

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

**Calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores
del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad
Provincial de San Martín-Tarapoto 2019.**

Por:

Edgar Iván Pajares Rocha

Asesor:

Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban

Morales, octubre de 2019

**DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS**

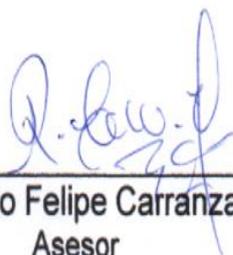
Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban, asesora de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulada: "CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO 2019" constituye a la memoria que presenta los Bachillere Edgar Ivan Pajares Rocha, para aspirar al título Profesional de Psicólogo, cuya tesis ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de los autores, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Tarapoto, a los 21 días del mes de octubre del año 2019.



Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban
Asesor

Calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores del
programa centro integral del adulto mayor de la municipalidad
provincial de san Martín-Tarapoto 2019

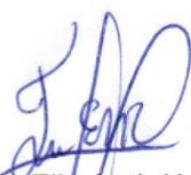
TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo

JURADO CALIFICADOR


Mg. Rosa Mercedes Ramírez Guerra
Presidente


Psic. Celina Ramírez Vega
Secretaria


Psic. Jesenia Elizabeth Huamán Ramos
Vocal


Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban
Asesor

Tarapoto, 21 de octubre del 2019

Dedicatoria

A Dios, el todopoderoso divino creador del universo, físico y abstracto, por amarme y darme fortaleza en cada segundo de mi vida.

A mis padres Pedro y Guillerma, por su apoyo físico y mental para seguir adelante en medio de las dificultades.

A todas aquellas personas que colaboraron para que pueda cumplir este sueño.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, por darme la fortaleza necesaria para alcanzar mis metas a pesar de las dificultades.

A mis padres, por su apoyo económico y emocional durante toda la etapa de mi vida académica.

A la Universidad Peruana Unión, por la oportunidad que nos brinda para formarnos profesionalmente, con ética y valores cristianos.

A mi asesor de tesis, Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban, por su apoyo y compromiso durante todo el proceso de la investigación, gracias por compartir su experiencia con nosotras.

Asimismo, a mis dictaminadoras, por su tiempo y dedicación ya que gracias a sus observaciones y sugerencias se ha ido perfeccionando esta investigación y se hizo posible culminarla.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que de una manera directa o indirecta hicieron posible el desarrollo y la culminación de esta investigación.

Índice

Resumen	x
Abstract.....	xi
Capítulo I: El problema	122
1. Planteamiento del problema	122
2. Pregunta de investigación.....	155
2.1 Pregunta general.	155
2.2 Preguntas específicas.....	155
4. Objetivos de la investigación.....	166
4.1 Objetivo general.	166
4.2 Objetivos específicos.....	177
Capítulo II: Marco teórico	188
1. Presuposición filosófica.....	189
2. Antecedentes de la investigación.....	1919
2.1 Antecedentes de Calidad de vida.....	1919
2.2 Antecedentes de Apoyo social percibido.....	222
3. Marco conceptual	255
3.1 Calidad de vida.	255
3.2 Apoyo social percibido.....	322
3.3 Marco conceptual referente a la población de estudio.	377
4. Definición de términos	422
4.1 Calidad de vida	422
4.2 Apoyo social percibido.....	422
5. Hipótesis de la investigación	433
5.1 Hipótesis general.	433

5.2 Hipótesis específicos.....	444
Capítulo III: Materiales y métodos.....	455
1. Diseño de la investigación.....	455
2. Variables de la investigación.....	455
2.1 Definición conceptual de las variables.....	455
2.2 Operacionalización de las variables.....	466
3. Delimitación geográfica y temporal.....	477
4. Participantes.....	477
5. Instrumentos.....	488
6. Proceso de recolección de datos.....	500
7. Procesamiento y análisis de datos.....	511
Capítulo IV: Resultados y discusiones.....	521
1. Resultados.....	522
1.1 Análisis descriptivo.....	522
1.2. Prueba de normalidad.....	600
1.3. Correlación entre las variables.....	600
Discusión.....	611
Capítulo V: Ronclusiones y recomendaciones.....	655
1. Conclusiones.....	655
2. Recomendaciones.....	666
Referencias.....	688
Anexos.....	788

Índice de tablas

Tabla 1 Matriz de Operacionalización de calidad de vida.....	466
Tabla 2 Matriz de operacionalización de apoyo social percibido	466
Tabla 3 Datos sociodemográficos.....	477
Tabla 4 Nivel de calidad de vida y sus dimensiones	522
Tabla 5 Nivel de calidad de vida según el género de los participantes	533
Tabla 6 Nivel de calidad de vida según grado de instrucción de los participantes	544
Tabla 7 Nivel de calidad de vida según estado civil de los participantes.....	555
Tabla 8 Nivel de apoyo social percibido y sus dimensiones	568
Tabla 9 Nivel de calidad de vida según género de los participantes	577
Tabla 10 Nivel de apoyo social percibido según grado de instrucción de los participantes.....	588
Tabla 11 Nivel de apoyo social percibido según estado civil de los participantes.....	59
Tabla 12 Prueba de Bondad de Kolmogorov - Smirnov	600
Tabla 13 Coeficiente de correlación entre calidad de vida y apoyo social percibido.....	611

Índice de anexos

Anexo 1 Propiedades psicométricas de la escala calidad de vida	788
Anexo 2 Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social	79
Anexo 3 Autorización de permiso de la comunidad de estudio	800
Anexo 4 Matriz operacional de calidad de vida	811
Anexo 5 Protocolo del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.....	833
Anexo 6 Matriz operacional de la escala multidimensional de apoyo social percibido	844
Anexo 7 Protocolo de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	866

Resumen

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre calidad de vida y apoyo social percibido, en los adultos mayores del programa centro integral del adulto mayor (CIAM) de la Municipalidad Provincial de San Martín, Tarapoto, 2019. Para lo cual se desarrolló un estudio no experimental, de corte transversal, de alcance descriptivo correlacional. En una muestra compuesta por 121 participantes adultos mayores de ambos sexos, los instrumentos utilizados para calidad de vida la escala WHOQOL-BREF de la OMS-1995; y para apoyo social percibido la escala multidimensional (MSPSS) de Zimet-1988. Los resultados obtenidos muestran que existe una correlación significativa calidad de vida y apoyo social percibido ($\rho = 0,523^{**}$; $p < .000$); es decir, cuanto mayor sea el nivel de calidad de vida en los adultos mayores, mayor será la percepción del apoyo social; de manera similar ocurre en las dimensiones de calidad de vida ya que en todas se evidencia una correlación significativa.

Palabras Claves: Calidad de vida, apoyo social percibido, adulto mayor.

Abstract

The objective of this study is to determine the relationship between quality of life and perceived social support, in older adults of the comprehensive center of the elderly (CIAM) program of the Provincial Municipality of San Martin, Tarapoto, 2019. For which a non-experimental, cross-sectional, descriptive correlational study. In a sample composed of 121 older adult participants of both sexes, the instrument used for quality of life was the WHOQOL-BREF scale of the WHO-1996; and for perceived social support the multidimensional scale (MSPSS) of Zimet-1988. The results obtained show that there is a significant correlation of quality of life and perceived social support ($\rho = 0.523^{**}$; $p < .000$); that is, the higher the level of quality of life in the elderly, the greater the perception of social support; similarly it occurs in the dimensions of quality of life since in all a significant correlation is evidenced.

Keywords: Social support perceived, Life quality and Elderly

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

El envejecimiento es una etapa normal durante el periodo de existencia del ser humano. Actualmente la proporción de personas adultas mayores (60 años a más) está en aumento en todo el mundo; esto en parte se debe al incremento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, en tal sentido, es transcendental indagar más sobre esta etapa de la vida del ser humano, ya que se ven comprometidas a la salud, y la economía de las personas; e incluso la intervención de las redes de apoyo sociales para que esta prolongación de la vida sea de calidad (Martínez, González, Castellón & González, 2018).

Las estadísticas muestran, que la cifra de adultos mayores está en aumento de forma notable en todo el mundo; es así que en el 2015, Japón era el único país, que tenía el 30% de adultos mayores en su población total; sin embargo, se asegura, que en la segunda mitad del siglo, muchos países de Europa, América del sur y del norte tendrán una proporción similar. Entre ellos países tales como Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, la República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam. Además, se calcula que en el norte de Europa las cifras de adultos aumentarán más rápido que en cualquier otro lugar ya que pasará de 46 millones en el 2015 a 157 millones en el 2050 (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Según el informe técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas (INFPA, 2015) refiere que en Latinoamérica y el Caribe, la población se encuentra en vías de envejecimiento,

es decir, de un 5.7% en la década de los cincuenta, a un 11.2% en el año 2015, asimismo, se estima que la población adulta mayor llegará a un 21.0% para el 2040. En relación a lo dicho, Urzúa & Caqueo (2012) mencionan que, en algunos países desarrollados los adultos mayores sobrepasan el 15% de la población total; en Latinoamérica los países tales como Argentina, México, Costa Rica y Uruguay, tienen índices altos de población adulta, es por esta razón que los países implementan programas y políticas públicas orientadas a la atención integral de las personas adultas para mejorar su calidad de vida.

La calidad de vida es comprendida como la percepción que la persona tiene en relación con su ambiente; donde influye su contexto social es decir, la cultura, los valores, normas e inquietudes con relación a su estilo de vida; asimismo, intervienen características tales como: bienestar físico, bienestar mental y bienestar social (Botero & Pico 2007)

Si vemos la realidad en el Perú, encontramos que la población peruana al igual que muchos países en desarrollo se identifica por una población joven. Sin embargo, en los últimos años se ha evidenciado un crecimiento en la población adulta del 1.9% del año 2015 al 11.9% de la población general en el 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018)

Este crecimiento se desarrolla en un contexto social particular que es desfavorable para los adultos mayores; por la evolución epidemiológica, caracterizada por un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Varela, 2016). Por otro lado, el aumento de enfermedades es un factor desequilibrante en la economía del país; lo cual causa un declive en la calidad de vida, del adulto mayor. El Perú cuenta con algunos programas de apoyo social para promover el envejecimiento activo y saludable; sin embargo, frente a esto Ramos y Salinas (2010) mencionan que en el mundo en el que vivimos, con grandes desigualdades sociales y con una cantidad importante de personas en pobreza y marginación;

no todas las personas adultas acceden al 100% de los beneficios de estos programas. Si se deja de lado el apoyo de parte de los programas sociales y analiza el apoyo que los adultos mayores reciben de sus familiares; se aprecia que del total de hogares de adultos mayores en el Perú; el 22.1% son uniparentales y el 3.9% pertenecen a hogares sin núcleo, es decir viven con otras personas con las que no tienen ningún parentesco. Asimismo, el departamento de San Martín no es ajeno a esa realidad ya que más del 7% de la población total son adultos mayores. Cabe resaltar que el mayor número de adultos mayores se encuentra en la provincia de San Martín (INEI, 2018).

Además, sabiendo que el envejecimiento es un fenómeno mundial que ha predispuesto la calidad de vida de las personas, se ha realizado muchos estudios tales como el de Alfonso, Soto y Santos (2016) realizaron un estudio sobre “Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores” se encontró que la alta percepción de apoyo social, se expresa una mayor calidad de vida en los adultos mayores. Así mismo Parraga (2017) encontró resultados similares en un estudio realizado en Huancayo, titulado “calidad de vida en los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo”, donde se encontró que la calidad de vida del adulto mayor es mala, porque no perciben que tienen apoyo en cuidados físicos, así mismo se encuentran en un estado económico y social malo y en su totalidad tienen un mal estado emocional.

En tal sentido, el apoyo social percibido, es saber que se puede disponer de ayuda en algún momento de la vida ya sea de parte de familiares, amigos o de la comunidad. Esto actúa a nivel global en el individuo, incrementando sus sentimientos de autonomía y autoconfianza, mejorando el afrontamiento a situaciones estresantes (Castillo, 2014).

2. Pregunta de investigación

2.1 Pregunta general.

¿Existe relación significativa entre calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019?

2.2 Preguntas específicas.

¿Existe relación significativa entre salud física y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019?

¿Existe relación significativa entre salud psicológica y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019?

¿Existe relación significativa entre relación social y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019?

¿Existe relación significativa entre medio ambiente y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019?

3. Justificación

De acuerdo a las estadísticas la población de mayor crecimiento será el de los adultos mayores y esto trae consigo una demanda específica de atención en salud física y salud mental. El presente estudio es relevante, pues permite conocer cuál es la relación entre la variable calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, Asimismo, el estudio se sustenta en la propuesta teórica planteado por la OMS, a través del grupo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) y de Yupanqui (2016), entendiendo que la calidad de vida es de percepción objetiva y de autoreporte subjetivo.

A nivel teórico, contribuirá dando nuevos conocimientos sobre todo porque será realizada con una población poco explorada (adultos mayores).

A nivel metodológico, se utilizarán dos instrumentos de medición debidamente adaptados a la población objetivo.

A nivel social, los resultados del estudio, beneficiará directamente a los adultos mayores pues conocerán los niveles de calidad de vida y apoyo social percibido, lo cual permitirá tomar decisiones a las autoridades locales para implementar proyectos que mejoren la vida personal y social de los adultos mayores.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo general.

Determinar si existe relación significativa entre calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

4.2 Objetivos específicos.

Determinar si existe relación significativa entre salud física y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Determinar si existe relación significativa entre salud psicológica y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Determinar si existe relación significativa entre relación social y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Determinar si existe relación significativa entre medio ambiente y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

Desde un punto de vista bíblico y cristiano, se aprecia que no solo escritores cristianos dedicaron tiempo a amonestar sobre el cuidado de los adultos mayores, sino también la propia biblia cientos de años atrás ya hacía referencia a la importancia del cuidado y la calidad de vida de las personas adultas. A continuación, se presenta algunas citas:

White (1987) menciona que la obligación de honrar a los padres perdura para toda la existencia de vida del ser humano; los adultos mayores con fuerzas limitadas y con muchas más necesidades, tanto físicas, mentales y espirituales, requieren que su descendencia les brindar el soporte necesario para tener mejor calidad de vida. Además, insta a los que están al cuidado de los ancianos deben moldear su conducta para evitar todo tipo de ansiedad y perplejidad. Cabe recalcar que los hijos son los más indicados para cuidar de sus padres en la ancianidad, porque de ninguna otra mano, puede ser aceptables los pequeños actos de bondad y de esa manera aprovechar el momento que tienen para sembrar bondad en sus corazones.

La Biblia exhorta diciendo “así mismo, vosotros los más jóvenes estad sujeto a sus mayores; y todos revestíos de humildad en vuestro trato mutuo, porque Dios resiste a los soberbios, pero da gracia a los humildes” (1 Pedro 5:5). Muy a menudo en la comunidad en la que vivimos, se ve muchos ancianos desamparados y que simplemente acaban sus días en un asilo, sus hijos se olvidan de la bondad, humildad e incluso de los seres que dieron todo por

ellos; es por eso si se estudiara más la palabra de Dios y se practicará no solo la salud mental de nuestra población adulta mejoraría, sino que se evitaría tantos males y problemas sociales.

En ese sentido, White (1987) menciona, que muchos hijos, cuando sus padres llegan a la vejes, consideran una carga dar un lugar para vivir, comida, vestimenta a sus progenitores dejando de mostrarles paciencia, amor y simpatía. Sabiendo que es en la vejez cuando las personas más anhelan expresiones de afecto; es así que el deber de los hijos debe ser inspirar un sentimiento de alegría en la vida de los ancianos para que puedan tener una vejez digna. La autora termina diciendo que no hay en este mundo mejor recomendación para un hijo el honrar a sus padres, ni mejor anotación en los libros del cielo que aquella consigna de amor y honor a sus patriarcas.

2. Antecedentes de la investigación

2.1 Antecedentes de Calidad de vida.

2.1.1 Antecedentes internacionales.

Aponte (2015) en Bolivia, realizó un estudio titulado, calidad de vida en la tercera edad, con el propósito de analizar la calidad de vida de una persona de tercera edad, los factores que garantizan una vida plena a pesar de los años. El estudio realizado fue de tipo cuantitativo. Las técnicas que se utilizaron para el recojo de la información fue la entrevista, los resultados fueron los siguientes; que la calidad de vida es un concepto multidimensional y multidisciplinario lo cual resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Y que debe ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales para facilitar el desarrollo psicobiológico y sociohistórico para el individuo en cada lugar y cada época

hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud.

García (2014) en México, realizó un estudio titulado, calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del Municipio de Toluca, con el propósito de describir cómo perciben su calidad de vida los adultos mayores. El diseño del estudio fue transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 años de sexo masculino. El instrumento utilizado fue el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). Los resultados obtenidos muestran que los adultos mayores perciben que sí pueden desempeñar sus actividades cotidianas que requieren esfuerzo físico, mostrando satisfacción de su aspecto físico, en sus funciones cognitivas presentan leves problemas, especialmente en la memoria y concentración, en cuanto a su percepción sobre sus padecimientos, no ha sido un obstáculo que dificulte sus actividades recreativas ya que sus familiares han sido su principal apoyo emocional y en segundo lugar sus amigos que también los ayudan a resolver sus problemas.

Luján (2014) realizó un estudio en Guatemala, titulado calidad de vida en adultos mayores dentro del asilo los Hermanos de Belén. Teniendo como objetivo conocer la calidad de vida del adulto mayor que se encuentra recluido dentro del asilo Hermanos de Belén. La investigación fue de diseño descriptivo, con un componente cuantitativo y utilizando el método de estudio de caso. La muestra estuvo compuesta por 8 adultos mayores de género masculino. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores, CUBRECAVI y la entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos muestran que los adultos mayores se encuentran satisfechos por el ambiente del asilo, sin

embargo, presentan dificultades para realizar ciertas funciones de la vida tales como caminar, ir al baño, leer y actividades de aseo personal, mayormente por enfermedades de su edad.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Pablo (2016), realizó un estudio en la ciudad de Lima, titulado calidad de vida del adulto mayor de la casa polifuncional Palmas Reales, cuyo objetivo era determinar la calidad de vida del adulto mayor que asiste a la casa polifuncional Palmas Reales. El enfoque del estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. En el estudio participaron 150 adultos mayores de ambo sexos. El instrumento utilizado fue El WHOQOL-BREF. Los resultados evidencian que del total de participantes el 46% presentan una calidad de vida baja o mala; el 41.3% se ubica en una calidad de vida media regular; y sólo un 12.7% presenta una calidad de vida buena.

Parraga (2017) realizó un estudio en Huancayo, titulado calidad de vida en los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo, cuyo objetivo de estudio fue analizar la calidad de vida de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Huancayo. En la investigación se utilizó el método descriptivo; la muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores, el dispositivo utilizado para la recopilación de datos fue la entrevista; los resultados obtenidos muestran que la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo es mala porque perciben que no tienen cuidados físicos, así mismo se encuentran en un estado económico y social malo y en su totalidad tienen un mal estado emocional.

Flores (2017) llevo a cabo un estudio en Arequipa – Perú, titulado apoyo social percibido como predictor de calidad de vida en los adultos mayores afiliados a la asociación arequipeña de alzheimer; cuyo objetivo fue determinar el nivel de apoyo social percibido como predice la

calidad de vida informada por los adultos mayores afiliados a la Asociación Arequipeña de Alzheimer. Su muestra estuvo conformada por 100 adultos mayores afiliados a la asociación, de los cuales 93 fueron mujeres y 7 varones; los instrumentos utilizados para dicha investigación fueron: el cuestionario DUKE-UNC-11 de apoyo social funcional y la escala WHOQOL-BREF de calidad de vida. Los resultados del estudio muestran que más de tres cuartos de la población perciben niveles medios y altos de apoyo social percibido y calidad de vida; confirmándose así, la relación entre las variables; además, se corroboró que el apoyo social es un predictor de la calidad de vida.

2.2 Antecedentes de Apoyo social percibido.

2.2.1 Antecedentes internacionales.

Castillo (2014) realizó un estudio en la Loja sobre identificación del apoyo social percibido en el centro para adulto mayor Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja. El objetivo fue identificar el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores, y la relación de las variables sociodemográficas. La metodología utilizada es de tipo descriptivo correlacional; en el estudio participaron 35 adultos mayores; los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario Sociodemográfico, cuestionario de apoyo social (Mos) los resultados indicaron que existe una prevalencia media baja de apoyo social percibido en los adultos mayores con un 47,02%; y en un análisis individual de los tipos de apoyo, se evidenció que el apoyo social de parte de las redes sociales es el que más se percibe con 61,71%. Y en la agrupación de todas las personas entrevistadas se tuvo mayor porcentaje en nivel medio 77,14%.

Campos y Morccolla (2016) realizaron un estudio en Lima sobre la efectividad del programa yo puedo cuidarme para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y

apoyo social percibido de los adultos mayores del centro adulto mayor – EsSalud. En un estudio cuantitativo, de tipo pre-experimental, de corte longitudinal en la cual participaron 30 personas mayores de 60 años, los instrumentos utilizados fueron la escala funcional de la autonomía, El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) y la Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet. Los resultados obtenidos muestran que antes de aplicar el programa educativo los adultos mayores en su mayoría presentaban apoyo social moderado y bajo, después de aplicar el programa se encuentran en un apoyo social moderado y alto, además, mejoraron su autonomía funcional completa, así mismo, algunos adultos mayores presentaron una mejoría significativa en el estado mental.

Esquivias (2016) realizó un estudio en Madrid sobre calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez; en la que participaron 60 personas mayores de 75 a 90 años de edad que viven en la comunidad de Madrid; de los cuales el 78.3% pertenece a la población femenina y el 21.7% fueron hombres. Los instrumentos utilizados fueron Mini Mental State Examination (MMSE), el cuestionario Duke-UNC y el cuestionario de la calidad de la vida OMS WHQOL-BREF. Los resultados obtenidos demostraron que a mayor apoyo social percibido mayor calidad de vida.

Alfonso, Soto y Santos (2016) realizaron un estudio en Cuba sobre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores; es un estudio descriptivo mediante un diseño no experimental de corte transversal con una muestra no probabilística; en la cual se contó con una participación de 20 personas mayores de 60 años de edad, los instrumentos aplicados fueron la escala M. G. H. de calidad de vida, y la escala multidimensional de apoyo social percibido. Los resultados obtenidos muestran que ante una alta percepción de apoyo social, se expresa una mayor calidad de vida en los adultos mayores.

2.2.2 Antecedentes nacionales

Chira (2016) realizó un estudio en Lima – Perú titulado percepción del apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del centro médico naval, 2016; el objetivo del estudio fue determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis del centro médico naval; el tipo de estudio se realizó con un enfoque cuantitativo de alcance correlacional; la muestra estuvo conformada por 49 pacientes con tuberculosis de ambos sexos. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el cuestionario DUKE-UNC-11 para apoyo social percibido y el cuestionario WHOQOL-BREF para medir calidad de vida; los resultados obtenidos muestran una alta relación entre apoyo social percibido y calidad de vida; así mismo, el 67% de la población presentó un apoyo normal y en cuanto a calidad de vida el 44.9% menciona tener una calidad de vida regular.

Mendoza (2018), realizó una investigación en Lima –Perú titulada apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con tuberculosis MDR del centro materno infantil el progreso. Carabayllo, 2018. Cuyo objetivo fue determinar la asociación entre apoyo social percibido y calidad de vida en los pacientes con tuberculosis MDR del C.M.I. el Progreso Carabayllo. El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo de tipo correlacional, no experimental; en dicho estudio se contó con la participación de 30 pacientes. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el cuestionario MOS de apoyo social y el cuestionario SF-36 para calidad de vida. Los resultados muestran un coeficiente de correlación de Rho de Spearman de $p: 0.991$, indicando así que no existe una correlación entre variables.

3. Marco conceptual

3.1 Calidad de vida.

El origen del término calidad de vida se remonta a la década de los 50 donde inicialmente se relacionaba a la industria y los derechos laborales, sin embargo, posteriormente estaría más relacionado a productos bien elaborados (Fernández, 2009); es así, que en la década de los 60 este término se extendió a ámbitos sociales, económicos, filosóficos y políticos, produciendo una noción sensibilizadora que buscaba el bienestar del hombre. Diez años más adelante este término se extendió a las ciencias médicas y fue considerado multidimensional ya que comprende todas las áreas de la vida humana (Grau, 2011). Según Fernández (2009) en esta década el término de calidad de vida fue usado por la psicología y la sociología, y estaría ligado al bienestar y la felicidad del ser humano.

3.1.1 Definiciones.

La OMS y el Grupo The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL (1995) refieren que calidad de vida es la percepción objetiva y de autoreporte subjetivo que tiene la persona vinculado a su ambiente, contextos que rigen las culturas en afinidad a sus valores, objetivos, expectativas, normas e inquietudes. El término calidad de vida es muy amplio, ya que está influido por factores físicos, psicológicos, independencia, relaciones sociales y ambientales.

Trujillo, Tobar y Lozano (2004), señalan que en la literatura existe tres componentes fundamentales para el término de calidad de vida: Primero es subjetiva, segundo el valor otorgado a cada aspecto es diferente en cada ser humano y tercero trascendencia asignada a cada dimensión puede variar a lo largo de su existencia (Citado por Urzúa & Caqueo, 2012)

La organización mundial de la salud (OMS, 1995); define la calidad de vida como la percepción que la persona tiene en relación con su ambiente, donde influye su contexto social como: la cultura, los valores, normas e inquietudes con relación a su estilo de vida; asimismo, intervienen características tales como: bienestar físico, bienestar mental y bienestar social. (Citado por Hernández Chávez, & Carreazo, 2016)

Herrera, Martínez y Navarrete (2015) señala que calidad de vida es el bienestar, la felicidad y la satisfacción que el ser humano, posee como capacidad de actuación y funcionamiento en relación a su vida, en la cual intervienen factores como la personalidad y el ambiente donde habita.

No existe una definición exacta para la terminología de calidad de vida, sin embargo, podemos definir que es el bienestar y satisfacción en las diferentes áreas del ser humano esto puede ser objetivo o subjetivo (Robles, Rubio, De la Rosa & Nava, 2016)

3.1.2 Características

a) Salud física. OMS Whoqol-Bref (1995) señala que la salud física está relacionado con el quehacer físico diario, la ingesta dependiente de sustancias medicinales y ayuda médica, la energía y fatiga, la movilidad, el dolor, el malestar del sueño, el descanso y la capacidad de trabajo.

El organismo necesita someterse a un entrenamiento planificado, el cual contribuye a mejorar la capacidad funcional de la estructura del organismo, las actividades de ejercicios físicos en los adultos mayores generan mejor calidad de vida, asimismo genera ahorro en los costos de servicios médicos (Landinez, Contreras & Castro, 2012)

b) Salud psicológica. OMS Whoqol-Bref (1995) manifiesta que intervienen aspectos tales como la imagen corporal, los sentimientos negativos y sentimientos positivos, la autoestima, espiritualidad- religión- creencias personales, aprendizaje, memoria y concentración.

Un elemento clave para optimizar el bienestar mental de los adultos mayores es la intervención en actividades positivas, hay investigaciones que refieren que la asistencia en actividades educativas decrece con la edad, lo cual significa que mientras más edad tenga la persona, menor será su participación en las actividades de aprendizaje. Los programas integrales de aprendizaje promueven la realización personal y social (Llopis & Gabilondo, 2008).

Pablo (2016) refiere que la importancia de la salud mental debe radicar en la sensación que la persona tiene del tipo de vida que lleva; y que no solo hace referencia a la ausencia de patologías, sino también está relacionado con el recurso intelectual y emocional fortaleciendo la integración social en los adultos mayores.

c) Relaciones sociales. OMS Whoqol-Bref (1995) sustenta que se refiere a aspectos como las relaciones personales, apoyo social y la actividad sexual. Las relaciones sociales en las personas mayores mejora la calidad de vida mostrando mayor satisfacción, obteniendo menores índices de depresión, mayor integración en la sociedad, entre otros, convirtiéndose también en un factor determinante en el empoderamiento de los adultos mayores frente a la sociedad (Pablo, 2016)

d) Medio ambiente. OMS Whoqol-Bref (1995) intervienen aspectos tales como: recursos financieros, libertad, seguridad, salud y asistencia social del mismo contexto ambiental, oportunidades para la obtención de información actualizada, participación y oportunidades para el ocio y libre transporte. Proporcionar un ambiente en óptimas condiciones en los que se

valoren esta etapa de vida y en consecuencia se proporcione un trato digno y especializado al adulto mayor, con lo que se podría lograr el disfrutar de esta última etapa de vida. (Pablo, 2016).

3.1.3 Modelos Teóricos

a). Modelo de la organización mundial de la salud (WHOQOL- Bref, 1995)

Señala que la calidad de vida es la percepción objetiva y de autoreporte subjetivo que tiene la persona en relación con su ambiente, está determinado por dimensiones tales como:

- *Salud física:* Hace referencia al bienestar corporal y el correcto funcionamiento del organismo del individuo, en el cual intervienen elementos como: dependencia de medicinas, energía para la vida diaria, movilidad, sueño y reposo, tareas de la vida diaria y de trabajo.
- *Salud Psicológica:* Hace referencia al bienestar mental, donde intervienen factores como: sentimientos positivos, espiritualidad, pensamiento, imagen corporal, autoestima y sentimientos negativos
- *Relación Social:* Son las relaciones interpersonales, que se manifiesta en las relaciones personales, actividad sexual y el apoyo social.
- *Medio Ambiente:* Interacción del individuo con el medio social, en la cual intervienen elementos como la libertad y seguridad, el ambiente físico, los recursos económicos, las oportunidades de información, el ocio y descanso, el hogar y la atención sanitaria/social - Transporte

b). Modelo de Schalock y Verdugo

Según Verdugo, Gómez, Fernández, Aguayo, & Arias, (2018) mencionan que este modelo sustenta que la calidad de vida es el estado de bienestar personal, en el que intervienen

diversas características centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones son iguales para todos los individuos, sin embargo, estas pueden variar de acuerdo a su importancia: a). Bienestar emocional: Interviene aspectos como sentirse apacible, despejado, seguro y sin angustia. b) Relaciones interpersonales: hace referencia a la relación óptima con su grupo de pares, tales como amigos y grupos sociales afines a su interés. c) Bienestar material, hace referencia a la posesión monetaria para la compra de enseres necesarios como alimentación, vestimenta y espacio laboral en óptimas condiciones. d) Desarrollo personal: Intervienen aspectos como la posibilidad de ilustrarse en diversas aptitudes, tener conocimientos y auto-realizarse. e) Bienestar físico: Poseer salud en óptimas condiciones, sentirse en buena forma física, conservar o adquirir hábitos de alimentación saludables. f) Autodeterminación: Interviene la oportunidad de decidir por sí mismo y la oportunidad de elegir las cosas necesita en su vida, su trabajo, su tiempo libre, hasta el modo de apego social y emocional. g) Inclusión social: Asistir a diversos espacios del medio ambiente como su barrio, centros de esparcimiento, laboral en la cual exista la presencia de otras personas con sus mismas características o diferentes a su persona, el cual pueda sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado y contar con el apoyo de los mismos. h) Derechos: la persona deberá ser considerada igual que el resto de seres humanos, y deberán tratarlo de acuerdo a sus derechos, respetando su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, etc.

c). Modelo Ecológico de Urie Bronfrenbrenner

Según Torrico, Santín, Andrés, Menéndez, & López, (2002) mencionan que el modelo ecológico de Bronfrenbrenner, sustenta que el ambiente social es la fuente principal de influencia de conductas de la persona; para esto realizaron un estudio en el que la observación

era la herramienta principal; el lugar de estudio era un ambiente cerrado como un laboratorio. Se encontró que estos espacios ofrecen una realidad escasa, por otro lado, el ambiente abierto ofrecía información que se asemejaba más al vivir diario de las persona, lo cual significa que a mayor interacción con el medio mayor será su aprendizaje social. El funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción con el ambiente o entorno que le rodea. Bronfrenbrenner, autor de esta teoría presenta cinco postulados los cuales se irán explicando en el mismo orden que lo presenta: **a) Microsistema:** lo define como un sistema inteligente y en miniatura. Es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que el individuo tiene en un entorno preciso en el cual actúa de forma directa. **b) Mesosistema:** Interrelación con un conjunto de personas que pueden ser dos o más con las cuales el individuo participa activamente. Un mesosistema es un sistema de microsistemas y, por tanto, la descripción y su análisis debe realizarse en los mismos términos que un microsistema. **c) Exosistema:** Incluye el entorno en el que la persona no participa activamente, pero produce hechos que afectan lo que ocurre en el entorno que comprende a las personas en desarrollo, es ahí donde radica la importancia de vincular de forma efectiva los hechos que suceden en un exosistema con los hechos que acontecen en un microsistema, teniendo siempre presente los cambios evolutivos de la persona en desarrollo. **d) Macrosistema:** Se refiere a las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor orden que existen o podrían existir en el nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad. El macrosistema es el nivel más amplio que incluyen las organizaciones sociales, creencias y estilo de vida. **e) Cronosistema:** Incorpora los cambios temporales en el ambiente que producen nuevas condiciones que inciden en el desarrollo.

d). Teoría social cognitiva de Albert Bandura

Tejada (2005) refiere que esta teoría enfatiza el papel de los fenómenos autorreferenciales como el medio por el cual el ser humano es capaz de actuar en relación al ambiente y transformarlo. En la teoría las personas son entendidas como productoras y productos de sus ambientes y de sus sistemas sociales. Los individuos son vistos como proactivos, autorganizados, autorreflexivos y autorregulados, en lugar de ser organismos conducidos por instintos internos escondidos o modulados por fuerzas ambientales (Ornelas, Blanco, Aguirre & Guedea, 2012)

Bandura señala que cuando un individuo se plantea la posibilidad de llevar a cabo una conducta de salud o cambiar un hábito no saludable hay tres elementos que explican la decisión resultante: 1) la creencia de que una situación determinada es perjudicial; 2) la creencia de que un cambio de comportamiento puede reducir la supuesta amenaza; y 3) la creencia de que es suficientemente competente como para tener una conducta beneficiosa o para dejar de practicar una que resultaría dañina. Ornelas et al. (2012)

Esta teoría asume entonces que las expectativas de autoeficacia son un importante predictor de las intenciones y acciones de los individuos frente a diversas situaciones, dado que un elevado nivel de autoeficacia percibida se ha mostrado como un elemento protector que hace aumentar la motivación y disminuyendo las alteraciones, al tiempo que se mejoran su calidad de vida.

La autoeficacia percibida, pues, desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento no sólo de manera directa. Las creencias de autoeficacia influyen en los pensamientos de las personas y en los cursos de acción que eligen para perseguir; los desafíos y metas que ellas se plantean para sí misma y su compromiso con

los mismos; la cantidad de esfuerzo que invierten en determinadas tareas; los resultados que esperan alcanzar por sus esfuerzos; la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos; su resistencia a la adversidad; el nivel de estrés y depresión que experimentan cuando se enfrentan con demandas exigentes del ambiente; y los logros que alcanzan. La teoría de aprendizaje social deja en claro la importancia de desarrollar programas de comunicación en salud que incorporen estrategias promoviendo estilos de vida saludable del individual y del entorno.

e). Modelo psicológico del envejecimiento con éxito de Margaret y Paul Baltes

La calidad de vida aplicada a personas mayores ha tenido poca atención. Neri (2007) señala que este modelo teórico sustenta que la optimización selectiva de compensación puestos en marcha posibilita a que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida. Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez; aunque son conscientes de los cambios de pérdidas y disminuciones en el desarrollo personal, los adultos mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal. Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos. Existen diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad. (Aponte 2015)

3.2 Apoyo social percibido.

El término apoyo social, surge en el proceso de industrialización, después de la segunda guerra mundial; diversas disciplinas como la psicología, la medicina, la sociología, entre otras,

empiezan a investigas como las relaciones sociales influyen en el bienestar y la salud de las personas ya que el apoyo social estaba vinculado a la vida del ser humano (Vaux, 1988) citado por Flores, (2017). Asimismo Flores (2017) menciona, que el apoyo social es reconocida científicamente, y es así wue hoy en día forma parte de la salud pública de muchos países, esto se debe gracias a los trabajos de sus pioneros Cassel, Caplan y Cobb, quienes realizaron estudios profundos sobre sus beneficios ante procesos psicosociales; descubriendo que el apoyo social es indispensable para el proceso de adaptación social y sirve como amortiguador de procesos vitales estresantes.

3.2.1 Definiciones.

Castillo (2014) menciona que el apoyo social percibido, es saber que podemos disponer de ayuda en algún momento de la vida ya sea de parte de familiares, amigos o de la comunidad. Esto actúa a nivel global en el individuo, incrementando sus sentimientos de autonomía y autoconfianza, mejorando el afrontamiento a situaciones estresantes.

El apoyo social percibido es un factor protector que regula los niveles de estrés, y contribuye al bienestar y satisfacción de la vida; en los adultos mayores existe un incremento de las enfermedades crónicas, que afectan la calidad de vida. En tal sentido la calidad de vida del adulto mayor está determinada por la interacción de los rasgos del individuo y su medio social en el que está inmerso. Vivaldi y Barra (citado en Campos y Morccolla, 2016)

Finalmente, Yupanqui (2016) menciona que el apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectados de una manera fiable en otros (que pueden ser personas de su entorno próximo, familiares, amigos y compañeros) los cuales son evaluados de manera subjetiva sus recursos disponibles que generen satisfacción. Esta valoración suele variar en cada individuo debido a la estructura mental la cual puede sufrir modificaciones. Se

crea que se puede llegar a una buena valoración cuando determinadas conductas de apoyo, como ser escuchado, préstamo de dinero, cuidado, etc. Son satisfechas.

Además, está compuesto por dos dimensiones; la familia - otros significativos; los cuales son consideradas como las primeras redes de soporte frente a los infortunios de la vida de cada individuo. Si analizamos las redes sociales de los adultos mayores, muchos se encuentran solos y sus redes sociales son limitadas. Ya que los amigos o las personas más cercanas son los que suplen la ausencia de una familia, es por eso se dice que son la primera fuente de soporte y apoyo emocional (Yupanqui, 2016).

3.1.3 Modelos teóricos.

Según Castilla (2014) el modelo transaccional de Lazarus y Folkman en 1986, sustenta que el apoyo social actuaría como una herramienta que consta de dos valoraciones; la primaria es porque genera un soporte de otras personas, ayudando así a redefinir la situación estresante y verse como menos amenazante. Y la valoración secundaria, consta en disponer de los resultados aportados por su red aumenta la capacidad de hacer frente a la situación.

Méndez y Barra (2008), mencionan que el apoyo social percibido se refiere al valor que la persona le da a su red social y los recursos disponibles de la red social, esto determina el nivel de satisfacción del apoyo disponible. También menciona que cumple dos funciones: la instrumental la cual vendría a ser un medio para llegar a un fin a partir de las relaciones sociales y la función expresiva que se considera las relaciones sociales caracterizadas por la presencia de afecto y emociones.

Asimismo, las dimensiones que componen al apoyo social son:

- a) Apoyo emocional; que es entendido como el compartir de sentimientos, pensamientos, experiencias personales que contribuyen un poderoso recurso contra las amenazas a la autonomía y ayudando así el equilibrio de la salud y el bienestar de las personas.
- b) Apoyo instrumental, que vendría a ser el apoyo o asistencia material directa.

Según el modelo de Alonso, Menéndez y González (2013) proponen que el apoyo social es un proceso interactivo donde el sujeto recibe ayuda emocional, instrumental o económica de su red social. Así mismo el apoyo social ayuda en los procesos de restablecimiento y adaptación en caso de enfermedad, prevenir la aparición de efectos psicológicos y mejora los índices de calidad de vida.

Asimismo, de acuerdo a este modelo teórico el apoyo social está conformado por las siguientes dimensiones:

- a) *Apoyo estructural o cuantitativo*. Se refiere a la cantidad de redes sociales a las que el individuo puede recurrir para resolver sus dificultades.
- b) *Apoyo funcional o cualitativo*. Es más de carácter subjetivo ya que se refiere a las percepciones de disponibilidad del apoyo. Sus componentes más importantes son:
 - Apoyo emocional: el cual tiene que ver con el cariño y la empatía.
 - Apoyo informativo: es la cantidad de información disponible que pueden ser empleadas para enfrentar las situaciones problemáticas.
 - Apoyo instrumental: es la utilización de materiales que ayudan directamente a quien lo necesita.
 - Apoyo afectivo: son las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo social.

- Interacción social positiva: esto hace referencia a la disponibilidad para pasar tiempo con otros con la finalidad de distracción y diversión.

Fernández y Manrique (2010), describen al apoyo social como la interacción entre personas; incluye expresión de afecto, afirmación de los comportamientos y ayuda material. Así mismo identifican diferentes tipos de apoyo entre ellos:

Área emocional, está relacionado a sentirse aceptado y valorado por los demás, esto ayuda a aumentar los niveles de autoestima.

Área afectiva. En esta área están involucrados los sentimientos, pensamientos y experiencias; así como la disponibilidad de tener alguien con quien hablar, etc.

Área expresiva, se refiere a las relaciones sociales como un medio a través del cual se satisface necesidades emocionales y fisiológicas.

Finalmente Yupanqui (2016) menciona que para entender el apoyo social percibido, se tiene que entender que forma parte de apoyo social; y está determinada por la experiencia vivida del individuo, en dicha experiencia intervienen dos procesos para el bienestar de la persona; el apoyo real y el apoyo subjetivo que son evaluados por el individuo que recibe el apoyo real. En ese sentido el apoyo social percibido es la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable a otros.

Así mismo el apoyo social está compuesto por dos dimensiones:

La familia - otros significativos: es la que se percibe como la primera red de soporte frente a las adversidades; no obstante, otros grupos como los vecinos también es una fuente importante; sobre todo para los adultos mayores quienes se encuentran solos y que tienen redes limitadas.

Los amigos: son los que pueden suplir la ausencia de una familia, llegando así a convertirse en la primera fuente de soporte y apoyo emocional

3.3 Marco conceptual referente a la población de estudio.

3.3.1 Adulto Mayor.

Es aquel individuo que tiene más de 65 años de edad. Por lo general, se considera adulto mayor a aquella persona que alcanza ese rango de edad, se considera esta etapa como la última en la vida, en la cual es posible poseer buenas condiciones de vida (Ayala, 2017)

a). Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Según Bordignon, (2005). Menciona que la teoría de desarrollo psicosocial de Erikson es una reinterpretación de las fases psicosexuales que fueron desarrolladas por Freud, desde un punto de vista no sexual, sino que él entiende que el individuo gracias a la interacción social va desarrollando su conciencia

Estadio: confianza versus desconfianza: Esta etapa comprende desde los 0 años hasta 1 año, en esta etapa, el lactante desarrolla la confianza y desconfianza de acuerdo al ambiente que lo rodea, es decir tales aspectos se construyen a partir de la influencia afectiva que le dan los padres. Si en el ambiente donde se desarrolla capta mayor desconfianza, el lactante desarrollará un aspecto suspicaz y puede ser aprehensivo, siendo más propenso a ser depresivo desarrollando una psicosis; por el contrario, si el lactante desarrolla en demasía la confianza a la cual Erikson la denomina desajuste sensorial debido a que el lactante va a ser incapaz de detectar que alguien le puede hacer daño. Tener un equilibrio entre la desconfianza y confianza esto conlleva a solucionar sus problemas satisfactoriamente

Estadio: autonomía versus vergüenza y duda: Esta etapa se encuentra entre los 2 a 3 años; en esta etapa el niño empieza su desarrollo cognitivo y alcanza cierta autonomía, por ello los padres tendrán que permitir que el niño explore y realice ciertas tareas lo que le va a permitir crear en el niño cierta autonomía e interdependencia. Asimismo, en esta etapa el niño, desarrolla vergüenza por no lograr lo que se propone, siendo las evaluaciones externas las que produce dicha vergüenza, poniendo en duda sus habilidades. por lo que realiza solo las actividades que le son seguras.

Estadio: Iniciativa versus culpa y miedo. Esta etapa abarca de los 3 a 5 años, el niño se desarrolla física e intelectualmente de manera más acelerada, siendo el campo de mayor desarrollo el aprendizaje sexual, mayor capacidad locomotora y el perfeccionamiento del lenguaje

Estadio: industria versus inferioridad-competencia: Esta etapa se encuentra entre los 5-6 a 11-13 años, en este periodo se minimiza el interés por la sexualidad personal y de grupo del niño, siendo su interés el relacionarse con grupos de su mismo sexo. Se desarrolla el sentido de industria en cuanto a lo cognitivo, investigación y tecnología, por lo que es capaz de interiorizar instrucciones, normas, ritos, leyes, sistematizaciones a fin de realizar sus tareas.

Estadio: identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe: Incluye desde los 12 hasta los 20 años; en esta etapa se encuentra la adolescencia en donde el niño se pregunta; ¿quién soy? La persona se torna independiente de los padres por lo que desea pasar mayor tiempo con los amigos y pensar en su futuro, asimismo en esta etapa se comienza definir su identidad en base a sus experiencias.

Estadio: intimidad versus aislamiento – amor: Este estadio comprende entre los 20 años hasta los 30 años; en esta etapa el individuo cambia su forma de relacionarse con las demás

personas; ya que prioriza las relaciones íntimas que le ofrezcan la sensación a seguridad, de compañía y de confianza; en caso de no desarrollar dicho tipo de intimidad el individuo generaría la sensación de soledad o aislamiento que podría conllevar a la depresión.

Estadio: generatividad versus estancamiento – cuidado y celo: Este estadio se da entre los 30 a 50; en esta etapa de la vida el individuo dedica el tiempo a su familia y busca priorizar la productividad a fin de ver el futuro y el porvenir de los suyos y busca sentirse necesitado por las personas cercanas, de otro lado el estancamiento es la sensación de no poder ofrecer algo mejor a los suyos.

Estadio integridad vs desespero – sabiduría: Este estadio se da después de los 50 años hasta la muerte, en este estadio la persona deja lentamente de ser productivo, sumado a eso la persona se enfrenta al cambio que produce por el fallecimiento de sus familiares amigos, así mismo debe afrontar la incidencia de la vejez tanto en su cuerpo como en la de los demás.

b). Teoría de la estratificación por edades de Mathilda Riley

Yuni (2008) menciona que la teoría de estratificación de edades de Mathilda Riley en el año 1971 se basa en la intercalación de capas sociales y que está compuesta por características específicas con las que se identifican un grupo determinado de personas o colectivos constituyendo a su lugar de pertenencia. Las personas de más de 65 años constituyen un grupo de edad que actualmente es muy numeroso, con capacidad para influir en decisiones políticas, en programas sanitarios, de seguridad social, etc. Constituyen un grupo social unido por compartir los mismos intereses e inquietudes, que tienen conciencia de ello y desarrollan acciones reivindicativas conjuntas.

La teoría de la estratificación por edad, toma categorías analíticas de la demografía como la cohorte y la generación, para utilizarlas como herramientas en el estudio de la vejez. De

acuerdo con esta teoría, las vivencias de las personas (adultos mayores) dependen de dos tipos de experiencia: 1) los de su curso de vida, que obedecen a cambios físicos y mentales y 2) del momento histórico que les tocó vivir como parte de la cohorte a la que pertenece. Un aporte importante de esta teoría es que expone variaciones significativas en las personas de edad mayor, y que éstas dependen de la cohorte de nacimiento. Esto ayuda a identificar las diferencias de las personas mayores por cambios de edad como parte del desarrollo, así como las diferencias históricas entre las cohortes (Curcio, 2010).

c). Enfoques sobre el envejecimiento individual de Huenchuan y Rodríguez 2010

- **El enfoque biologicista.**

Este enfoque está basado en dos teorías: la primera sostiene el envejecimiento programado, es decir los cuerpos envejecen regidos por un proceso o patrón normal de acuerdo a cada organismo. La segunda teoría del desgaste natural del envejecimiento, esta sostiene que el envejecimiento de los cuerpos se ocasiona por el uso continuo; es decir que el envejecimiento es producto de la acumulación de agravios (Alvarado & Salazar, 2014).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado se dice que, si el envejecimiento es algo programado; hay poco que hacer para prevenir la dependencia de una persona. Ya que todos los adultos mayores son dependientes debido a su etapa. Ahora si el envejecimiento está relacionado al desgaste continuo del cuerpo, se puede tomar acciones para prevenir niveles de estrés físico y psicológico e incrementar la calidad de vida.

- **El enfoque psicológico**

Se menciona que dentro de este enfoque está inmerso la teoría de Erik Erickson ya que se asocia a la etapa integridad versus desesperación del desarrollo psicosocial del yo. Es decir es

la preocupación de la vida frente a la muerte; esto ocurre como respuestas a los sentimientos de deterioro, desamparo y confusión (citado por Huenchuan & Rodríguez, 2010)

- **El enfoque social**

La teoría funcionalista del envejecimiento. Refiere que es la pérdida progresiva de las funciones (físicas, cognitivas y sociales); en tal sentido considera al envejecimiento como una ruptura social. Considerando a los críticos de esta teoría, se percibe al envejecimiento se convierte en un instrumento ideológico para justificar problemáticas de la población que envejece; ya que se considera como improductivas y que no aportan al crecimiento social. Por otro lado, buscar la adaptación de la persona adulta, trae el riesgo de que se torne un sujeto egocéntrico y se aislé de la sociedad (Huenchuan & Rodríguez, 2010)

d). Características del envejecimiento

- **Fisiológicas:** es el proceso de envejecimiento y deterioro del organismo que ocasiona alteraciones funcionales he incluso la muerte. Este deterioro progresivo, también afecta la capacidad de adaptación en el organismo, producir así una mayor vulnerabilidad ante las reacciones externas. El envejecimiento produce cambios inevitables en los sistemas cardiovascular, respiratorio, metabólico, motriz, etc., dichos cambios producen desequilibrio en las capacidades psicológicas, debilitando así la autonomía y la calidad de vida.
- **Psicológicas:** Se produce un declive de las capacidades intelectuales que puede iniciar a partir de los 30 años e incrementarse progresivamente en la vejez. Produciendo pérdida de la capacidad para la resolución de problemas, y alteraciones en el lenguaje y expresión, además producen alteraciones en la memoria.

- Sociales: Hace referencia al papel del anciano en la comunidad donde encontramos que algunos lo consideran una carga y otros una persona que merece mucho respeto.

En la sociedad se tiende a dar más valor al individuo activo que tiene la capacidad de producir para el crecimiento social; sin embargo, esta perspectiva muchas veces cambia al llegar la jubilación, y tener que realizar tareas de tipo hobby o participar en asociaciones de su tipo cultural y social; no habiendo una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos lo que podría generar en ellos sentimientos de inutilidad y poco reconocimiento social.

4. Definición de términos

4.1 Calidad de vida

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, 1995) refiere que la calidad de vida es la impresión que tiene la persona en relación con su ambiente, el cual es fluctuante y está relacionado con sus costumbres y cultura que están estrechamente vinculados a su escala de valores, objetivos, normas y leyes. El término de calidad de vida es muy extenso pues está influenciado por factores diversos; factores como físicos, psicológicos, relaciones sociales y ambientales.

4.2 Apoyo social percibido.

Finalmente, Yupanqui (2016), menciona que el apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectados de una manera fiable con otros (que pueden ser personas de su entorno próximo, familiares, amigos y compañeros) los cuales son evaluados de manera subjetiva; sus recursos disponibles que generen satisfacción. Esta valoración suele

variar en cada individuo debido a la estructura mental la cual puede sufrir modificaciones. Se cree que se puede llegar a una buena valoración cuando determinadas conductas de apoyo, como ser escuchado, préstamo de dinero, cuidado, etc. Son satisfechas.

4.3 Adulto mayor

Es aquel individuo que tiene más de 65 años de edad. Por lo general, se considera adulto mayor a aquella persona que alcanza ese rango de edad, se considera esta etapa como la última en la vida, en la cual es posible poseer buenas condiciones de vida (Ayala, 2017).

4.4 Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM)

Según el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (2018) refiere que en la ley 30490 ley del adulto mayor define que: los centros integrales de los adultos mayores Son espacios creados por los gobiernos locales con la finalidad de lograr la participación e integración social, económica y cultural de la persona adulta mayor, a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos

5. Hipótesis de la investigación

5.1 Hipótesis general.

Existe relación significativa entre calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa Centro Integral Atención del adulto Mayor (CIAM) de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto,

5.2 Hipótesis específicos.

Existe relación significativa entre salud física y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Existe relación significativa entre salud psicológica y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Existe relación significativa entre relación social y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Existe relación significativa entre medio ambiente y apoyo social percibido en los adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño de la investigación

El presente estudio es de diseño no experimental, ya que no se manipulan las variables. Asimismo, es de corte transversal pues los datos serán recolectados en un solo momento, de alcance descriptivo tipo correlacional, pues tiene la finalidad de determinar la relación entre las variables de estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación.

2.1 Definición conceptual de las variables

2.1.1 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud y el Grupo The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, 1995) refiere que la calidad de vida es la percepción subjetiva y de auto reporte subjetivo que tiene la persona en relación a su ambiente, contexto que rige a las culturas en relación a su sistema de valores, objetivos, experiencias, normas e inquietudes.

2.1.2 Apoyo social percibido

Yupanqui (2016), menciona que el apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectados de una manera fiable en otros (que pueden ser personas de su entorno próximo, familiares, amigos y compañeros) los cuales son evaluados de manera subjetiva con recursos disponibles que generen satisfacción. Esta valoración suele variar en

cada individuo debido a la estructura mental la cual puede sufrir modificaciones. Se cree que se puede llegar a una buena valoración cuando determinadas conductas de apoyo, como ser escuchado, préstamo de dinero, cuidado, etc. Son satisfechas.

2.2 Operacionalización de las variables

2.2.1 Calidad de vida

Tabla 1

Matriz de operacionalización de calidad de vida

Variable	Dimensión	Ítem	Instrumento	Categoría de respuesta
Calidad de vida	Salud física.	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	El WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality-of-Life.	Tipo Likert, de cinco puntos: 1 = Nunca 2 = Raramente 3 = Moderadamente 4 = Frecuentemente 5 = Siempre
	Salud psicológica.	5, 6, 7, 11, 19, 26		
	Relaciones Sociales.	20, 21, 22		
	Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25		

2.2.2 Apoyo social percibido

Tabla 2

Matriz de operacionalización de apoyo social percibido:

Variable	Dimensión	Ítem	Instrumento	Categoría de respuesta
Apoyo social percibido	familia - otros significativos Amigos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 9, 10, 11, 12	Escala Multidimensional de Apoyo social percibido en adultos mayores	Tipo Likert, de cuatro puntos 1 = nunca o casi nunca. 2 = a veces. 3 = con frecuencia. 4 = siempre o casi siempre

3. Delimitación geográfica y temporal

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto. Ubicado con dirección legal en el Jr. Gregorio Delgado 260 - Tarapoto. La investigación inició en el mes de setiembre del 2018 y culminó en el mes setiembre del 2019.

4. Participantes

Se contó con la participación de 121 adultos mayores, de ambos sexos, del programa centro integral del adulto mayor; que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico.

En la tabla N° se presenta la distribución sociodemográfica de los participantes según género, grado de instrucción y estado civil.

Tabla 3

Distribución sociodemográfica

Variable	Categoría	n	%
Género	Femenino	102	84,3%
	Masculino	19	15,7%
Grado de instrucción	Ninguno	2	1,7%
	Primaria	84	69,4%
	Secundaria	31	25,6%
	Tec/ Universitario	4	3,3%
Estado civil	Soltero	13	10,7%
	Separado	26	21,5%
	Casado	58	47,9%
	Divorciado	3	2,5%
	Viudo	21	17,4%

4.1 Características de la muestra

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1 Criterios de inclusión

- Personas de 65 años a más.
- Varones y mujeres
- Que acepten voluntariamente participar de la investigación.
- Estar inscritos al programa de adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto.

4.2.2 Criterios de exclusión

- Menores de 65 años de edad.
- No inscritos al programa de adultos mayores de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto.

5. Instrumentos

5.1. Cuestionario calidad de vida.

El WHOQOL-BREF fue construido por la Organización Mundial de la Salud; actualmente este instrumento se encuentra en más de treinta lenguas, permite una exploración de los elementos más relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores; el cuestionario está constituida por 26 preguntas de opciones de respuesta tipo likert agrupadas en 4 dimensiones: En la dimensión Física incluye 7 ítems (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18) que consta con puntajes en indicadores de 6-14 puntos en la calidad de vida baja, 15-25 moderada y 26-35 alta; en la dimensión Psicológica incluye 6 ítems (5,6, 7, 11, 19, 26,) cuenta con puntaje en indicadores 6-14 puntos en la calidad de vida baja, 15-23 moderada y 24-30 alta; en la dimensión Social

incluye 3 ítems (20, 21, 22) en indicadores cuenta con 3- 6 puntos en la calidad de vida baja, 7-10 moderada y 11-15 alta; en la dimensión Ambiente incluye 8 ítems (8, 9, 12, 13, 14, 20, 24, 25) cuenta con puntaje con 8-18 puntos en la calidad de vida baja, 19-28 moderada y 29-40 alta.

Sobre la validación y confiabilidad del cuestionario, el instrumento de evaluación fue aplicado a un grupo de 1186 mujeres y 334 varones mayores de 72 años de edad, para establecer su grado de validez y confiabilidad del instrumento las propiedades psicométricas fueron evaluadas realizándose un análisis factorial mediante el estadístico software LISRAEL, se aplicaron el cuestionario a 1503 personas debido a que 17 personas no respondieron completamente las preguntas. Los coeficientes de correlación muestran alfa de Crombach de 0.88 (Romero, 2018)

Por otro lado para ratificar la confidencialidad del instrumento, se aplicó la encuesta a 18 personas de ambos sexos; se utilizó el coeficiente del alfa de cronbach para analizar la consistencia y la fiabilidad; la prueba muestra un alto grado de confiabilidad de 0,910; de modo que los 26 ítems miden lo que se pretende medir.

5.2. Cuestionario apoyo social percibido.

La Escala Multidimensional de Apoyo social percibido en adultos mayores, fue construida por Zimet et al (1988) y adaptado por Yupanqui (2016).

Esta versión consta de 12 ítems que se agrupan en dos áreas. La primera área mide la percepción del apoyo social de la Familia (ítems 1, 2, 3 y 4) y Otros Significativos (ítems 5, 6, 7 y 8) y la segunda área que mide la percepción del Apoyo Social de los Amigos (ítems 9, 10, 11 y 12). La respuesta es de tipo Likert, de cuatro puntos (1 = nunca o casi nunca; 2 = a veces;

3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre). A mayor puntaje obtenido, se estima mayor percepción de apoyo social.

En cuanto a la validación y confiabilidad de la escala Multidimensional de Apoyo social percibido en adultos mayores, se realizó en población conformada por 400 adultos mayores inscritos en un Centro del Adulto Mayor, los resultados muestran de esta manera, para la escala global se encontraron valores que oscilaron entre .63 a .77; así también se evaluó el análisis ítem-test corregido de las áreas, y en base a esto se obtuvo para el área de “Familia - Otros Significativos” valores de .73 a .85; y para el área “Amigos” se hallaron valores de .85 a .90; con estos resultados se demostró que los ítems si contribuyen de manera efectiva a la medición de la variable de la escala de Apoyo Social, ya que cumplen con el criterio de tener un valor de correlación ítem – test corregido mayor a 0.20 (Kline, 1982; citado por Tapia & Luna, 2010), acorde a lo señalado, el instrumento evaluado cuenta con una validez de constructo aceptable, lo que muestra que la escala de Apoyo Social Percibido mide la variable en estudio.

6. Proceso de recolección de datos

Para la recolección se estableció contacto con el encargado del Programa de Adultos Mayores de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, a quien se le solicitó el permiso para la aplicación de los test correspondientes, seguidamente, se explicó los objetivos de la presente investigación y consecuentemente le invitaremos a participar de la misma, dejando en claro que la administración del test será de manera anónima y voluntaria.

Para el análisis de datos, una vez recogidos los protocolos, estos fueron ingresados al programa estadístico SPSS, en el cual se obtuvieron los porcentajes y frecuencias de los test evaluadas para luego ser analizadas por cada dimensión.

7. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS para Windows versión 22, aplicado a las ciencias sociales. Una vez recolectada la información se construyó una matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis. Los resultados que se obtuvieron fueron ordenados en tablas para su respectiva interpretación que permitió evaluar y verificar las hipótesis planteadas. Para ello, primero, se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para precisar la distribución de la muestra. Segundo, se utilizó la prueba estadística rho Spearman para determinar la correlación significativa entre las variables calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores encuestados.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1. Nivel de calidad de vida

En la tabla 4 se muestra el nivel de calidad de vida y sus dimensiones. En el cual se observa que el mayor porcentaje de encuestados es decir el 37.2% se ubican en un nivel bajo de calidad de vida. Así mismo, las mayores puntuaciones en las dimensiones salud física (42.3%) y medio ambiente (49.6%) se ubican en un nivel bajo; sin embargo, en las mayores puntuaciones en las dimensiones salud psicológica (43%) y relaciones sociales (43%) se ubican en un nivel medio de calidad de vida.

Tabla 4

Nivel de calidad de vida y sus dimensiones

	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	n	%	n	%
Calidad de vida	45	37.20%	41	33.90%	35	28.90%
Salud física	50	41.30%	38	31.40%	33	27.30%
Salud Psicológica	43	35.50%	52	43.00%	26	21.50%
Relaciones Sociales	44	36.40%	52	43.00%	25	20.70%
Medio ambiente	60	49.60%	37	30.60%	24	19.80%

1.1.4. Nivel de calidad de vida según datos sociodemográficos

La tabla 5 se muestra los niveles de calidad de vida según su género de los encuestados; en el cual se aprecia que el mayor porcentaje (37.3%) de mujeres encuestadas se ubican en un nivel medio; sin embargo, el mayor porcentaje (63.2%) de varones se ubican en un nivel bajo de calidad de vida. En cuanto a las dimensiones se aprecia que el mayor porcentaje (48%) de las mujeres se ubican en la dimensión salud psicológica con un nivel medio de calidad de vida. Sin embargo, el mayor porcentaje (73.7%) de varones se ubican en la dimensión medio ambiente presentando un nivel bajo de calidad de vida.

Tabla 5

Nivel de calidad de vida según género de los participantes

		Femenino		Masculino	
		N	%	N	%
Calidad de Vida	Bajo	33	32.4%	12	63.2%
	Medio	38	37.3%	3	15.8%
	Alto	31	30.4%	4	21.1%
Salud Física	Bajo	39	38.2%	11	57.9%
	Medio	34	33.3%	4	21.1%
	Alto	29	28.4%	4	21.1%
Salud Psicológica	Bajo	32	31.4%	11	57.9%
	Medio	49	48.0%	3	15.8%
	Alto	21	20.6%	5	26.3%
Relaciones Sociales	Bajo	36	35.3%	8	42.1%
	Medio	44	43.1%	8	42.1%
	Alto	22	21.6%	3	15.8%
Medio Ambiente	Bajo	46	45.1%	14	73.7%
	Medio	35	34.3%	2	10.5%
	Alto	21	20.6%	3	15.8%

La tabla 6 se presenta el nivel de calidad de vida según el grado instrucción de los participantes; se aprecia que al mayor número de participantes pertenece al grupo con grado de

instrucción primaria, asimismo, el mayor porcentaje es decir el 28.9% se ubica en un nivel medio; mejores resultados se aprecia en los mayores porcentajes de los grupos con grado de instrucción secundaria (12.4) y técnicos o universitarios (2.5) los cuales se ubican en un nivel alto; sin embargo, el mayor porcentaje en el grupo con ningún grado de instrucción (1.7%) se ubican en un nivel bajo de calidad de vida.

Asimismo, en cuanto a las dimensiones se aprecia que el mayor porcentaje de encuestados está en el grupo con grado de instrucción primaria es decir el 34.7% y se ubican en un nivel bajo en la dimensión Salud física.

Tabla 6

Nivel de calidad de vida según grado de instrucción de los participantes

		Ninguno		Primaria		Secundaria		Tec/Univ.	
		N	%	N	%	N	%	n	%
Calidad de Vida	Bajo	2	1.7%	32	26.4%	4	3.3%	0	0%
	Medio	0	0.0%	35	28.9%	12	9.9%	1	0.8%
	Alto	0	0.0%	17	14%	15	12.4%	3	2.5%
Salud Física	Bajo	1	0.8%	42	34.7%	7	5.8%	0	0%
	Medio	0	0%	26	21.5%	9	7.4%	3	2.5%
	Alto	1	0.8%	16	13.2%	15	12.4%	1	0.8%
Salud Psicológica	Bajo	0	0.0%	35	28.9%	8	6.6%	0	0%
	Medio	1	0.8%	34	28.1%	15	12.4%	2	1.7%
	Alto	1	0.8%	15	12.4%	8	6.6%	2	1.7%
Relaciones Sociales	Bajo	2	1.7%	34	28.1%	8	6.6%	0	0%
	Medio	0	0%	31	25.6%	11	9.1%	1	0.8%
	Alto	0	0%	19	15.7%	12	9.9%	3	2.5%
Medio Ambiente	Bajo	2	1.7%	37	30.6%	5	4.1%	0	0%
	Medio	0	0%	33	27.3%	18	14.9%	2	1.7%
	Alto	0	0%	14	11.6%	8	6.6%	2	1.7%

En la tabla 7 se muestra el nivel de calidad de vida según el estado civil de los participantes; se aprecia que el mayor grupo de participantes son casados, asimismo, los

mayores porcentajes es decir el 19 % de dicho grupo se ubica en un nivel medio de calidad de vida, en cuanto a los mayores porcentajes en los grupos de solteros (5%) y separados (9.1%) se ubican en un nivel bajo; sin embargo en cuanto al mayor porcentaje en los grupos de divorciados (1.7%) y viudos (9.9%) se ubican en un nivel medio de calidad de vida.

En cuanto a las dimensiones el mayor grupo de encuestados se ubica en el grupo de casados es decir un 21.5% en la dimensión psicológica y un 21.5% en la dimensión medio ambiente ubicándose ambos grupos en un nivel medio de calidad de vida.

Tabla 7

Nivel de calidad de vida según estado civil de los participantes

		soltero		Separado		Casado		Divorciado		Viudo	
		N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Calidad de Vida	Bajo	6	5%	11	9.1%	15	12.4%	0	0%	6	5%
	Medio	3	2.5%	8	6.6%	23	19%	2	1.7%	12	9.9%
	Alto	4	3.3%	7	5.8%	20	16.5%	1	0.8%	3	2.5%
Salud Física	Bajo	5	4.1%	9	7.4%	24	19.8%	1	0.8%	11	9.1%
	Medio	3	2.5%	9	7.4%	21	17.4%	0	0.0%	5	4.1%
	Alto	5	4.1%	8	6.6%	13	10.7%	2	1.7%	5	4.1%
Salud Psicológica	Bajo	3	2.5%	15	12.4%	18	14.9%	0	0.0%	7	5.8%
	Medio	6	5%	7	5.8%	26	21.5%	3	2.7%	10	8.3%
	Alto	4	3.3%	4	3.3%	14	11.6%	0	0.0%	4	3.3%
Relaciones Sociales	Bajo	7	5.8%	11	9.1%	19	15.7%	0	0.0%	7	5.8%
	Medio	4	3.3%	10	8.3%	19	15.7%	1	0.8%	9	7.4%
	Alto	2	1.7%	5	4.1%	20	16.5%	2	1.7%	5	4.1%
Medio	Bajo	6	5%	12	9.9%	18	14.9%	1	0.8%	7	5.8%

Ambiente	Medio	6	5%	8	6.6%	26	21.5%	2	1.7%	11	9.1%
	Alto	1	0.8%	6	5%	14	11.6%	0	0.0%	3	2.5%

1.1.3. Nivel de apoyo social percibido

En la tabla N° 8 se presentan el nivel de apoyo social percibido de los encuestados; en el que se aprecia que el mayor porcentaje de los encuestados es decir el 38.8% se ubica en un nivel medio de apoyo social percibido, sin embargo, un porcentaje significativo es decir el 38% se ubica en un nivel bajo de apoyo social percibido.

En cuanto a las dimensiones se aprecia que los mayores porcentajes de encuestados es decir el 40.5% y el 40.5% se ubican en los niveles bajo y moderado, en la dimensión familia y otros significativos, finalmente en la dimensión amigos el mayor porcentaje de encuestados (51.2%) se ubican en un nivel medio de apoyo social percibido.

Tabla 8

Nivel de apoyo social percibido y sus dimensiones

	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	n	%	n	%
Apoyo social percibido	46	38%	47	38.8%	28	23.1%
Familiares y otros	49	40.5%	49	40.5%	23	19%
Amigos	39	32.2%	62	51.2%	20	16.5%

1.1.4. Nivel de apoyo social percibido según datos sociodemográficos

En la tabla N° 9, se presentan los niveles de apoyo social percibido en relación al género de los participantes. En el que se observa que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas es decir 43.1% se ubican en un nivel medio de apoyo social percibido, con respecto al grupo de los varones encuestados el mayor porcentaje (57.9%) se ubican en un nivel bajo de apoyo

social percibido. En cuanto a las dimensiones se aprecia que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas es decir el 41.1% se ubican en un nivel medio en la dimensión familia- otros significativos, similares resultados se aprecia en la dimensión de amigos, donde el mayor porcentaje (49%) se encuentran en un nivel medio. Con respecto al grupo de varones el mayores porcentajes es decir 63.2% se ubican en un nivel bajo y 63.2% en la dimensión amigos se única en un nivel medio de apoyo social percibido.

Tabla 9

Nivel de apoyo social percibido según género de los participantes

		Femenino		Masculino	
		N	%	n	%
Apoyo Social Percibido	Bajo	35	34.3%	11	57.9%
	Medio	44	43.1%	3	15.8%
	Alto	23	22.5%	5	26.3%
Familia – otros	Bajo	37	36.3%	12	63.2%
	Medio	45	44.1%	4	21.1%
	Alto	20	19.6%	3	15.8%
Amigos	Bajo	34	33.3%	5	26.3%
	Medio	50	49.0%	12	63.2%
	Alto	18	17.6%	2	10.5%

En la tabla N° 10, se presenta el nivel de apoyo social percibido y el grado de instrucción de los participantes. En la que se observa que el 100% de los encuestados que no tienen ningún tipo de educación se ubican en un nivel bajo de apoyo social percibido; así mismo, el grupo con grado de instrucción primaria el mayor porcentaje (24.8%) se ubican en un nivel bajo. Mientras que el grupo con grado de instrucción secundaria el más alto porcentaje (13.3%) se ubica en un nivel medio, con respecto al último grupo el mayor porcentaje (3.3%)

de técnicos o universitarios encuestados se ubican en un nivel alto de apoyo social percibido. Con respecto a las dimensiones se aprecia que el mayor porcentaje (30.6%) de encuestados se encuentra en el grupo con grado de instrucción primaria en la dimensión familia – otros, ubicándose en un nivel medio de apoyo social percibido; resultados similares se aprecia en la dimensión de amigos en la que el mayor porcentaje (25.6%) que pertenece al grupo con grado de instrucción primaria, se ubica en un nivel medio.

Tabla 10

Nivel de apoyo social percibido según grado de instrucción de los participantes

		Ninguno		Primaria		Secundaria		Tec/Universitario	
		N	%	N	%	N	%	n	%
Apoyo Social Percibido	Bajo	2	1.7%	29	24%	8	6.6%	0	0.0%
	Medio	0	0%	30	24.8%	16	13.2%	0	0%
	Alto	0	0%	25	20.7%	7	5.8%	4	3.3%
Familia - otros	Bajo	2	1.7%	28	23.1%	6	5%	0	0%
	Medio	0	0%	37	30.6%	17	14%	1	0.8%
	Alto	0	0%	19	15.7%	8	6.6%	3	2.5%
Amigos	Bajo	2	1.7%	27	22.3%	10	8.3%	0	0%
	Medio	0	0%	31	25.6%	13	10.7%	2	1.7%
	Alto	0	0%	26	21.5%	8	6.6%	2	1.7%

En la tabla N° 11, se presenta el nivel del apoyo social percibido en relación al estado civil de los participantes; en la que se aprecia que el mayor grupo de encuestados pertenece al grupo de casados en el cual el mayor porcentaje es decir el 17.4% y el 17.4% se ubican en los niveles medio y alto; sin embargo, los mayores puntajes en los grupos de solteros (5.8%) y separados (9.1%) se ubican en un nivel bajo; con respecto a los puntajes más altos en los

grupos de divorciado (1.7%) y viudos (8.3%) se ubican en un nivel medio de apoyo social percibido.

Con respecto a la relación entre dimensiones y estado civil de los participantes se aprecia, que en la dimensión familia-otros, el mayor porcentaje (20.7%) de casados se ubica en un nivel medio, lo cual coincide con los demás grupos en los cuales se percibe que sus mayores porcentajes se ubican en un nivel medio; excepto en el grupo de solteros, el mayor porcentaje (5%) se ubica en un nivel bajo. Finalmente en la dimensión amigos se aprecia que el mayor porcentaje (18.2%) de casados se ubica en un nivel bajo; sin embargo, los mayores promedios en los grupos de solteros y viudos se ubican en un nivel medio de apoyo social percibido.

Tabla 11

Nivel de apoyo social percibido según estado civil de los participantes

		Soltero		Separado		Casado		Divorciado		Viudo	
		N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Apoyo Social Percibido	Bajo	6	5.8%	11	9.1%	16	13.2%	1	0.8%	4	3.3%
	Medio	4	3.3%	9	7.4%	21	17.4%	2	1.7%	10	8.3%
	Alto	2	1.7%	6	5%	21	17.4%	0	0%	7	5.8%
Familia - otros	Bajo	6	5%	10	8.3%	16	13.2%	0	0%	4	3.3%
	Medio	4	3.3%	12	9.9%	25	20.7%	3	2.5%	11	9.1%
	Alto	3	2.5%	4	3.3%	17	14%	0	0%	6	5%
Amigos	Bajo	5	4.1%	10	8.3%	22	18.2%	1	0.8%	1	0.8%
	Medio	6	5%	10	8.3%	17	14%	1	0.8%	12	9.9%
	Alto	2	1.7%	6	5%	19	15.7%	1	0.8%	8	6.6%

1.2. Prueba de normalidad

Con el propósito de realizar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar primero la prueba de normalidad de ajustes para precisar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido la tabla 12 Presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Se puede apreciar los datos correspondientes a las dos variables apoyo social percibido y calidad de vida, en su mayoría no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Por lo tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se utilizará la estadística no paramétrica.

Tabla 12

Prueba de Bondad de Kolmogorov - Smirnov

Instrumento	Variable	Media	D. E.	k-s	p
Calidad de vida	Calidad de vida	74.74	13.241	.06	,200
	Salud Física	21.06	4.565	.141	,000
	Salud Psicológica	18.39	3.484	.108	,001
	Relaciones sociales	8.43	2.559	.131	,000
	Medio ambiente	21.07	4.453	.09	,017
Apoyo social Percibido	Apoyo social percibido	30.12	8.901	.076	,080
	Familia y otros	20.77	6.371	.078	,066
	Amigos	9.35	3.216	.166	,000

1.3. Correlación entre las variables

En la tabla 13, se muestra los resultados del análisis de correlación, la cual permite observar que existe una relación directa y significativa entre calidad de vida y apoyo social percibido ($r=0,523^{**}$, $p < .000$); sin embargo las asociaciones más fuertes se dan entre las puntuaciones de dimensiones de apoyo social percibido por familiares y otros con medio ambiente ($r=$

0,62**, $p < .000$); por otra parte la asociación más baja se observa en la dimensión apoyo social percibido de amigos y salud física ($r = 0,177$ **, $p < .052$).

Tabla 13

Coefficiente de correlacion entre calidad de vida y apoyo social percibido

Variable predictor y dimensiones	Apoyo social percibido	
	R	p
Calidad de vida	,523**	,000
Salud física	,290**	.001
Salud psicológica	,344**	.000
Relaciones sociales	,461**	.000
Medio ambiente	,615**	.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Discusión

Durante las etapas de desarrollo, el ser humano está en constante cambios; desde el momento de nacer está enfrentando obstáculos y dificultades los cuales se superan con el apoyo constante de los padres; conforme pasa el tiempo el ser humano cada día va adquiriendo habilidades y conocimientos, lo que permite resolver solo sus dificultades. Si bien es cierto, el envejecimiento es una etapa normal durante el periodo de la existencia del ser humano, sin embargo; por ser la última etapa de la existencia, el ser humano va perdiendo progresivamente sus capacidades, esto lo torna en la etapa más difícil y triste para mucho, ya que depende del apoyo de su entorno social próximo. Teniendo en cuenta que la vida de la persona está en declive y que muchas veces son percibidos como los menos relevantes para los familiares y la sociedad, su bienestar físico, mental y social de la persona, se ven gravemente afectados (Organización Mundial de la Salud, 1995). En tal sentido, el apoyo social que perciban por parte ya se de sus familiares, amigos o de su comunidad, ayuda de manera positiva en sus sentimientos de autonomía, confianza y la manera de afrontamiento a situaciones estresantes, logrando así una mejor calidad de vida (Castillo, 2014). Con este marco, en esta sección se

discutirán los resultados obtenidos en el presente estudio en respuesta a los objetivos planteados.

El propósito del estudio fue determinar la relación que existe entre calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores del programa centro integral del adulto mayor de la municipalidad provincial de San Martín – Tarapoto 2019; donde se encontró relación significativa entre calidad de vida y apoyo social percibido ($r=0,523^{**}$, $p<.000$) indicando así que a mayores niveles de calidad de vida, mayor apoyo social percibido, ya sea de manera positiva o negativa. Estos resultados contrastan con los resultados encontrados por Esquivias, (2016) en Madrid, España, donde realizó un estudio cuyos resultados muestran que el apoyo social percibido es un predictor determinante de la calidad de vida. Asimismo, Alfonso, Soto y Santos (2016) en Cuba, en un estudio sobre calidad de vida y apoyo social percibido, encontraron que existe relación entre estas dos variables, pues en los resultados se evidencian que a mayor percepción de apoyo social que los adultos mayores tengan, expresarán mejores niveles de calidad de vida.

Asimismo, se encontró que la salud física se relaciona significativamente con el apoyo social percibido ($r=0,290^{**}$, $p<.001$) es decir; el organismo de un adulto mayor necesita someterse a un entrenamiento planificado para poder contribuir a la funcionabilidad del mismo, a través de actividades o ejercicios que a ellos les ayuden a mejorar su calidad de vida, más aún, si estos perciben o sienten el apoyo que les brinde su entorno, pues les será mucho más favorable (Landinez, Contreras & Castro, 2012). Ramírez, & Borja, (2017). señala que los hábitos saludables que estas personas adquieran o realicen, ya sea de manera positiva o negativa, se verá reforzada por el apoyo que el entorno genere en él. El apoyo social facilita las conductas adaptativas y tiene un efecto favorable para la salud (García, Sánchez & Ramón, 2019).

Los hallazgos del estudio muestran que la salud psicológica se relaciona significativamente con el apoyo social percibido ($r=0,344^{**}$, $p<.000$), similares resultados encontraron Bozo, Toksabay y Kurum (citado por Vivaldi & Barra, 2012) refieren que los adultos mayores que reciben el apoyo de sus familiares presentan mayores niveles de salud mental y emocional en comparación a aquellos que viven solos o que simplemente no perciben ese apoyo social que requieren. El apoyo social percibido no solo influiría en el bienestar al proporcionar estabilidad emocional si no también le permitirá sentirse productivo, con un

mayor control sobre sus sentimientos y la manera de afrontar las cosas (Fachado, Rodríguez, & Castro, 2013).

Del mismo modo, se encontró que existe relación significativa entre relación social y apoyo social percibido ($r=0,461^{**}$, $p<.000$), es decir a mayor relaciones sociales mayor apoyo social percibido, frente a esto Lefrancois (citado por Adrianzén & Arévalo, 2014) refiere que, si bien es cierto la vejez se caracteriza por un cierto alejamiento social, los adultos mayores pueden y deben mantenerse activos en el mundo, esto se verá fortalecida siempre y cuando sientan el apoyo de las personas que los rodean, involucrándolos en actividades en las que los adultos sientan un ajuste satisfactorio a nivel social. Los lazos que puedan establecer cada persona con su entorno, ayudan a proporcionar ayuda en casos de necesidad (Arechabala, & Miranda, 2002). Con un envejecimiento activo, el adulto mayor tiene la posibilidad y capacidad de participar y contribuir en la sociedad, cuanto más apoyo perciba de los demás, potenciará sus sentimientos de valía y autonomía importantes en esta etapa (Esquivias, 2016)

Además, se encontró que existe relación significativa entre medio ambiente y apoyo social percibido ($r=0,615^{**}$, $p<.000$) es decir, cuanto mejor sea el medio ambiente donde el adulto mayor vive mayor será el apoyo social percibido; en tal sentido la calidad de vida del adulto mayor mejorará en niveles significativos cuando sienta resguardado por sus familiares, amigos o demás personas que lo rodean, en lo que corresponde a su adecuado desenvolvimiento y apoyo a nivel financiero, teniendo un trato digno, con las mismas oportunidades de asistencia social e su medio ambiente (Pablo, 2016). En la etapa de la vejez, se experimentan grandes cambios que suponen una adaptación por parte del adulto mayor, estos, que a su vez influyen en su calidad de vida de manera positiva o negativa, si la persona percibe un adecuado o no apoyo social de su entorno (Ramírez & Borja, 2017)

Finalmente es importante mencionar que el mayor porcentaje (37.2%), de encuestados del programa centro integral del adulto mayor presentan un nivel de calidad de vida baja; es decir, este grupo mayoritario no disfruta de una buena salud física, psicológica, de buenas relaciones sociales y de un medio ambiente adecuado. Esto coincide con lo estudiado por Mazacón (2017), quien encontró que los adultos mayores de la comunidad Zapotal Nuevo del cantón Ventanas (Lima, Provincia de Los Ríos) presentan una calidad de vida media a baja. Iguales resultados obtuvo Pablo (2016), quien realizó un estudio en Los Olivos, Lima – Perú; encontró un 47,3% presentan una calidad de vida baja o mala. Sin embargo, se aprecia que el mayor

porcentaje (38.8%), de adultos mayores presentan un nivel medio de apoyo social percibido, es decir, este grupo mayoritario percibe apoyo de sus familiares y otros significativos y de sus amigos. Esto coincide con lo estudiado por Ortiz y Tapia (2013), realizaron su estudio Arequipa – Perú en la cual se aprecia que la mayoría de adultos mayores de EsSalud cuentan con un nivel de apoyo social adecuado que les permite satisfacer necesidades como las mencionadas anteriormente. Sin embargo, los adultos mayores de las Asociaciones de José Luis Bustamante y Rivero no ven satisfechas estas necesidades, lo cual les genera una baja satisfacción con la vida

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

De acuerdo a los datos y resultados obtenidos en esta investigación sobre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores beneficiarios del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019; concluye lo siguiente:

Respecto al objetivo general, se encontró relación significativa ($\rho = 0,523^{**}$; $p < .000$); entre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores beneficiarios del programa CIAM de la Municipalidad Provincial de San Martín - Tarapoto, 2019.

En relación al primer objetivo específico, se halló que el 37.2% de los participantes presenta un nivel bajo de calidad de vida, y solo un 28.9% presentan un nivel alto de calidad de vida; es decir, un porcentaje de los participantes percibe una baja calidad de vida.

Respecto al segundo objetivo específico, se halló que el mayor porcentaje en la distribución de las tres categorías bajo, medio y alto es un 38.8% que pertenece al nivel “medio” de apoyo social percibido, lo que demuestra que este porcentaje de participantes percibe que recibe apoyo social de una manera parcial.

Respecto al tercer objetivo específico; se encontró que existe correlación significativa ($\rho = ,290^{**}$; $p < .001$) entre la dimensión salud física y apoyo social percibido; es decir, que la salud física de los participantes está muy relacionada con el apoyo social que reciben.

Respecto al cuarto objetivo específico; se encontró que existe correlación significativa ($\rho = ,344^{**}$; $p < .000$) entre la dimensión salud psicológica y apoyo social percibido; es decir, que la salud psicológica de los participantes está muy vinculada con el apoyo social que reciben.

Respecto al quinto objetivo específico; se encontró que existe correlación significativa ($\rho = ,461^{**}$; $p < .000$) entre la dimensión relaciones sociales y apoyo social percibido; es decir, que el bienestar de las relaciones sociales de los participantes está muy relacionado con el apoyo social que reciben.

Respecto al sexto objetivo específico; se encontró que existe correlación significativa ($\rho = ,615^{**}$; $p < .000$) entre la dimensión medio ambiente y apoyo social percibido; es decir, que el medio ambiente de los participantes está muy relacionado con el apoyo social que reciben.

2. Recomendaciones

Al finalizar este estudio y con los resultados obtenidos se sugieren las siguientes recomendaciones:

A los futuros investigadores, continuar realizando estudios que brinden más aportes al conocimiento del adulto mayor; haciendo énfasis en temas tales como la sociedad, la demografía y la cultura, repercuten en la percepción del apoyo social y la calidad de vida.

A las entidades encargadas de velar por el bienestar físico, social, emocional y espiritual, de las personas; tales como el ministerio de salud, las municipalidades, iglesias, etc. Realizar campañas de sensibilización, sobre la importancia del apoyo social-familiar en el proceso de inclusión del adulto mayor a un grupo social, ya que son agentes que pueden mejorar la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva de las personas adultas.

Teniendo en cuenta la diversidad cultural, es indispensables realizar que las entidades mencionadas implementar un centro de educación al adulto mayor, con el objetivo de empoderar al adulto mayor en la búsqueda de un envejecimiento saludable.

A las autoridades competentes en este tema procurar involucrar más a las escuelas profesionales de la salud mental, en actividades relacionadas a este grupo etáreo; de tal manera tenga una intervención activa, más allá de una simple charla o visita a un centro de adulto mayor.

Referencias

- Aponte, V. (2015) Calidad de vida en la tercera edad. *Revista Ajayu*, 13(2), 152 -182.
Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es.
- Adrianzen, D. & Arévalo, C. (2014) *SopORTE social percibido y su relación con calidad de vida en salud del adulto de la casa del adulto mayor del AA.HH.7 de Junio Pucallpa 2014*. (Tesis de pregrado) Universidad nacional de Ucayali, Pucallpa – Perú.
Recuperado de: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/1979>
- Alfonso, L., Soto, C., & Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1)47 – 5.
Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942016000100012&lng=es&tlng=es.
- Alonso, A., Menéndez, M. & González, L. (2013) Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Revista Cadernos de atención primaria*, 19(2), 118 – 123. Recuperado de: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Revista Gerokomos*, 25(2), 57 - 62. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Arechabala, C., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región

- metropolitana. *Revista Ciencia y enfermería*, 8(1), 49-55. Recuperado de:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>
- Ayala, G. (2017). *Programa de adaptación del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II, aplicando la teoría de Callista Roy en el hospital de Ate Vitarte* (Tesis para optar grado de licenciatura). Universidad Alas Peruanas, Lima. Recuperado de:
<http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6074>
- Bordignon, N. (2005). Desarrollo psicosocial de Eric Erikson. Diagrama epigenético del adulto. *Revista lasallista de Investigación*, 2 (2), 50 – 63. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=695/69529210>
- Botero, B. & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionado con la salud (VVRM) en adultos mayores de 60 años una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, (12), 11 – 24 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Campos, L. & Marccolla, E. (2016) *Efectividad del programa “Yo puedo cuidarme” para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, Lima, 2015.* (Tesis de licenciatura) Universidad Peruana Unión, Lima. Recuperado de:
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/163/Lesly_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Castillo, M. (2014). *Identificación del apoyo social percibido en el centro del adulto mayor Daniel Álvarez Sánchez* (Tesis para titulación). Universidad Técnica Particular. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/9317>
- Chira, F. (2017). *Percepción del apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del centro Médico Naval, 2016.* (Tesis

- magistral). Universidad Cesar Vallejo. Lima – Perú. Recuperado de:
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8791/Chira_CFR.pdf?sequence=1
&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8791/Chira_CFR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Curcio, C. (2010). Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 144-166. Recuperado de:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-
75772010000100011&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100011&lng=en&tlng=es)
- Esquivias, V. (2016) *Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez*. (Tesis de licenciatura). Universidad Pontificia ICAICAIDE Comillas, Madrid. Recuperado de:
[https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1045/TFM000118.pdf?s
equence=1](https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1045/TFM000118.pdf?sequence=1)
- Fachado, A., Rodríguez, M., & Castro, G. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*, 19 (2): 118-123. Disponible en:
http://www.agamfec.com/wp/wpcontent/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Fernández, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid...1>
- Fernández, A. & Manrique, A. (2010). Rol de la Enfermería en el Apoyo social del Adulto mayor. *Enfermería Global* (19). Recuperado de:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-
61412010000200016&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es&tlng=es)

- Flores, G. (2017). *Apoyo Social Percibido como Predictor de Calidad de Vida en Adultos Mayores Afiliados a la Asociación Arequipeña de Alzheimer - 2017*. (Tesis de grado bachiller). Universidad Católica Santa María. Arequipa – Perú. Recuperado de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6676>
- García, F. (2014). *Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca* (Tesis para optar grado de licenciatura, Universidad Autónoma del estado de México). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/41351>
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/41351>
- García, M., Sánchez, D. & Román, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(1), 101-128. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>
- Grau (2011) *Evaluación evolutiva de la salud percibida según las etapas del cambio del modelo transteórico en el tabaquismo*. (Tesis doctoral). Universidad de Girona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/38712>
- Hernández, J., Chávez, S., & Carreazo, N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 680-688. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342016000400010&lng=es&tlng=es.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010) *Metodología de la Investigación*. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

- Herrera, P., Martínez, N., & Navarrete, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4)
Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252015000400005&lng=es&tlng=es.
- Huenchuan, S. & Rodríguez, L. (2010), Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Naciones Unidas CEPAL. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3803>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Crecimiento y distribución de la población peruana 2018. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf
- Landinez, Contreras, & Castro. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es&tlng=es.
- Luján, I. (2014). *Calidad de vida en adultos mayores dentro el asilo los hermanos de Belén* (Tesis de grado bachiller, Universidad Rafael Landívar). Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>
- Martínez, T., González, C., Castellón, G. & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59 – 64. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569>
- 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

- doctoral) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561>
- Méndez, P., & Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psykhe Santiago*, 17(1), 59-64. Recuperado de:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100006>
- Mendoza, M. (2018). *Apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con tuberculosis MDR del centro materno infantil el Progreso. Carabayllo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. Lima – Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/18100>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2018). Decreto supremo que aprueba el reglamento de la ley N° 30490 ley de la persona adulta mayor. Recuperado de:
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30490-decreto-supremo-n-007-2018-mimp-1685050-4>
- Neri, A. (2007). El legado de Paul B. Baltes a la psicología: el paradigma life span aplicado al desarrollo y al envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 413-417. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000200023&lng=pt&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=37D7492BB8547101F4296B454367D7F1?sequence=1

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2015) informe técnico; una mirada sobre el envejecimiento. Recuperado de: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Una%20mirada%20sobre%20el%20envejecimiento%20FINAL21junB.pdf>
- Ortiz, R. & Tapia, L. (2013), *Apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores*. (Tesis para Licenciatura). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3778>
- Organización Mundial de la Salud y el Grupo The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL (1995). Medición de la calidad de vida. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>
- Ornelas, M., Blanco, H., Aguirre, J., & Guedea, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso: Un estudio con alumnos de educación física. *Perfiles educativos*, 34(138), 62-74. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01852698201200040005&lng=es&tlng=es.
- Pablo, J. (2016). *Calidad de vida del adulto mayor en la casa Polifuncional Palmas Reales* (Tesis para optar grado de licenciatura). Universidad San Martín de Porres. Lima. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf
- Pablo, A. (2016). “*Características psicofisiológicas de las personas mayores y aspectos a considerar en su mejora de la condición física*”. Universidad de Valencia. Programa de Formación Permanente España. Recuperado de: http://www.cult.gva.es/dgd/form_amb_deportivo/JORNADA_DXTE%20MAYOES_S EPT/Carlos_Pablos.pdf.

- Párraga, Y. (2017). *Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo* (Tesis para optar grado de licenciatura). Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo. Recuperado de: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/3420>
- Ramírez, S. & Borja, G. (2017). *Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica* (Tesis para optar grado de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Lima. Recuperado de: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/392/Shirley_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramos, J. & Salinas, R. (2010) Vejez y apoyo social. *Revista de educación y desarrollo*, 6(15) 69-76. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/15/015_Ramos.pdf
- Remache, A (2017). *La soledad en el adulto mayor y su incidencia en la calidad de vida, en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio* (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica del Norte. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.unt.edu.ec/handle/123456789/7489>
- Romero Y. (2018) *Calidad de vida y funcionamiento familiar del adulto mayor centro de salud Carmen Alto, Comas*. (Tesis de licenciatura) Universidad César Vallejo. Lima. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/18067>
- Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E. & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Revista El Residente* 11(3), 120 - 125. Recuperado de: <https://docplayer.es/60076141-Generalidades-y-conceptos-de-calidad-de-vida-en-relacion-con-los-cuidados-de-salud.html>

- Llopis, J., & Gabilondo, A. (2008). Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealtholderpeople.pdf>
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 1657 – 8961. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80100510>
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Revista Anales de Psicología*, 18 (1), 45-59. Recuperado de: https://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol*, 30 (1), pp.61-71. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev. perú. ped. exp. Salud pública*, 33 (2), 199 - 201. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/199-201/>
- Verdugo, M., Gómez, L., & Fernández, M., Aguayo, V., Arias, B. (2018). Escala CAVIDACE - Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Daño Cerebral. Recuperado de: <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO27366/Herramientas13.pdf>

- White, E. (1987). *Hogar cristiano*. Asociación Casa Editora Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Yuni, Y., & Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: Perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6 (10), 151 – 169. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/269/26961011.pdf>
- Yupanqui, M. (2016). *Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet en una población geriátrica de un centro de adulto mayor en Trujillo* (tesis para optar título de licenciada, Universidad Privada del Norte. Trujillo – Perú). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11537/13168>
- Zimet, G., Dahlem, N.; Zimet, S. & Farley, G. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1): 30-41. Recuperado de: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexos

Anexo 1

Propiedades Psicométricas de la escala de calidad de vida

Fiabilidad

La fiabilidad global del cuestionario se valoró calculando los índices de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach. La tabla 1 muestra que la consistencia interna global (26 ítems) en la muestra estudiada es de ,81 que puede ser valorado como un indicador de fiabilidad para el instrumento (George & Mallery, 2003). Asimismo, se observa que los puntajes obtenidos en las dimensiones, son fiables.

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna de la escala WHOQOL- BREF de calidad de vida

Sub dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Salud física	7	,745
Salud Psicológica	8	,762
Relaciones Sociales	3	,797
Ambiente	8	,727
Calidad de vida Global	26	,817

Validez

Respecto a la validez, en la tabla 2, se muestran los coeficientes de correlación de Pearson (r) son significativos, lo que indica validez del constructo. Asimismo, los coeficientes de correlación entre cada una de las dimensiones y el constructo en general son altamente significativos.

Tabla 2

Correlación de la escala WHOQOL-BREF de calidad de vida

Dimensiones	Test	
	Rho	P
Salud física	,807**	,000
Salud Psicológica	,824**	,000
Relaciones Sociales	,713**	,000
Ambiente	,878**	,000

Anexo 2

Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido

Fiabilidad

La fiabilidad global del cuestionario se valoró calculando los índices de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach. La tabla 1 muestra que la consistencia interna global (12 ítems) en la muestra estudiada es de ,93 que puede ser valorado como un indicador de fiabilidad para el instrumento (George & Mallery, 2003). Asimismo, se observa que los puntajes obtenidos en las dimensiones, son fiables.

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna de la escala multidimensional de apoyo social percibido

Sub Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Familiares – otros significativos	8	,925
Amigos	4	,878
Apoyo social percibido global	12	,936

Validez

Respecto a la validez, en la tabla 2, se muestran los coeficientes de correlación de Pearson (r) son significativos, lo que indica validez del constructo. Asimismo, los coeficientes de correlación entre cada una de las dimensiones y el constructo en general son altamente significativos.

Tabla 2

Correlación de la escala multidimensional de apoyo social percibido

Dimensiones	Test	
	Rho	P
Familiares – otros significativos	,956**	,000
Amigos	,855**	,000

Anexo 3

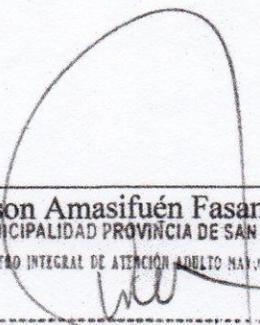
**AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLAR EL CUESTIONARIO WHOQOL - BREF
DE CALIDAD DE VIDA Y LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO**

EL RESPONSABLE DE AREÁ DRL PROGRAMA SOCIAL CENTRO INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR (CIAM), DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE SAN MARTÍN.
SUSCRIBE QUE:

AUTORIZA

Al bachiller en Psicología Edgar Ivan Pajares Rocha, identificado con DNI N° 77167490,
para la aplicación del cuestionario WHODOL – BREF de calidad de vida y la escala
multidimensional de apoyo social percibido, en los adultos mayores del programa centro
integral del adulto mayor de la municipalidad Provincial de San Martín – Tarapoto 2019,
dando a conocer los resultados de la investigación.

Atentamente:


Wilson Amasifuén Fasanando
MUNICIPALIDAD PROVINCIA DE SAN MARTÍN
CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN ADULTO MAYOR - CI.
Wilson Amasifuén Fasanando
RESPONSABLE

Anexo 4

Matriz operacional de calidad de vida

Vari able	Dimen siones	Ítem	Categoría de Respuesta	Instru mento
Cali dad de Vida		1 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1 Muy mala. 2 Regular. 3 Normal. 4 Bastante buena. 5 Muy buena	El WHOQ OL- BREF: World Health Organiz ation Quality- of life
		2 ¿Cuán satisfecho estás con tu salud?	1 Muy satisfecho. 2 Un poco satisfecho. 3 Lo normal. 4 Bastante Satisfecho. 5 Muy satisfecho	
	<i>Salud Física</i>	3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita? 4 ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? 10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? 15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1 Nada 2 Un poco 3 Lo normal 4 Bastante 5 Totalmente	
		16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño? 17 ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 18 ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1 Muy insatisfecho 2 Poco 3 Lo normal 4 Bastante Satisfecho 5 Muy satisfecho	
		<i>Salud Psicoló gica</i>	5 ¿Cuánto disfruta de la vida? 6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? 7 ¿Cuál es su capacidad de concentración? 11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	
	19 ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?		1 Muy insatisfecho. 2 Poco. 3 Lo normal 4 Bastante Satisfecho. 5 Muy satisfecho	
	26 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?		1 Nunca. 2 Raramente. 3 Moderadamente. 4 Frecuentemente. 5 Siempre	
	<i>Relacio nes Sociale s</i>		20 ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales? 21 ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual? 22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	

	Ambiente	8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? 9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor? 12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? 13 ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? 14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1 Nada 2 Un poco 3 Lo normal 4 Bastante 5 Totalmente	
		23 ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? 24 ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? 25 ¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1 Muy insatisfecho 2 Poco. 3 Lo normal 4 Bastante Satisfecho 5 Muy satisfecho	

Anexo 5

Matriz operacional de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Variabl e	Instrume nto	Dimen siones	ítems	Categoría de respuesta
Apo yo Social Percibi do	Escala Multidimens ional de Apoyo Social Percibido en adultos mayores	Famili ares- otros significati vos	<p>1. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.</p> <p>2. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.</p> <p>3. Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia.</p> <p>4. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.</p> <p>5. Cunado necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.</p> <p>6. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar.</p> <p>7. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.</p> <p>8. Hay una persona que se interesa por mis sentimientos.</p>	Tipo Likert de cuatro puntos: 1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con frecuencia 4= Siempre o casi siempre
		Amigo s	<p>9. Mis amigos tratan realmente de ayudarme.</p> <p>10. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.</p> <p>11. Cuando tengo penas o alegrías puedo compartirlo con mis amigos.</p> <p>12. puedo conversar de mis problemas con mis amigos.</p>	

Anexo 6

Protocolo del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

Cuestionario WHOQOL-BREF

Haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco

Sexo: *Hombre Mujer* **¿Cuándo nació?** *Día ___ Mes ___ Año ___*

¿Qué estudios tiene? *Ninguno - Primarios - Secundarios - Tec. /Universitarios*

¿Cuál es su estado civil? *Soltero /a - Separado/a - Casado/a - Divorciado/a - Viudo/a*

¿En la actualidad, está enfermo/a? *Sí No*

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____

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

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas.

N°	Ítems	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su Salud?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5

1 2	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
1 3	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
1 4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1 6	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
1 9	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
2 0	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
2 1	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
2 3	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
2 6	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 7 Protocolo de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Escala Multidimensional de apoyo social percibido

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente e indique su acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4
Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre

Ítems	1	2	3	4
1. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme				
2. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
3. Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				
4. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
5. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
6. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar				
7. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
8. Hay una persona que se interesa por mis sentimientos				
9. Mis amigos realmente tratan de ayudarme				
10. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
11. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				