UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
12/02/15
BIBLIOTECA CENTRAL
UNU

10987

SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO Y SU RELACION CON CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL ADULTO DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR DEL AA.HH 7 DE JUNIO PUCALLPA - 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORES:

BACHILLER ENF. ADRIANZÉN DELGADO, AMANDA SOLANGE
BACHILLER ENF. ARÉVALO PEÑAHERRERA, CINTHIA JULIANA

PUCALLPA-PERÚ
2014

Esta tesis fue aprobada por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Ucayali.

.....
Enf. Marcelina Dany Obando Solis.
Presidenta

.....
Lic. Enf. Rosa del Carmen Delgado Soria
Miembro

.....
Lic. Enf. Yolanda Palazuelos Pezo
Miembro

.....
Mg. Gaby Luz Panduro Salas
Asesora

.....
Amanda Solange Adrianzén Delgado
Tesista

.....
Cinthia Juliana Arévalo Peñaherrera
Tesista

DEDICATORIA

El siguiente trabajo lo dedicamos en primer lugar a Dios por guiarnos por el buen camino: el camino del estudio, a nuestros padres por confiar en nosotros y apoyarnos incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta etapa, deseamos agradecer a todas aquellas personas que nos acompañaron siempre, porque fueron de gran ayuda y motivación en la realización de nuestra tesis.

A la Universidad Nacional de Ucayali, nuestra Alma Mater y a los docentes de nuestra Facultad Ciencias de la Salud, que nos forman día a día para ser profesionales competentes.

A los docentes del curso de investigación que nos brindaron su apoyo incondicional en todo momento, y los conocimientos necesarios para desarrollar y finalizar nuestro trabajo con éxito.

Al presidente de la Asociación de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio, quien nos autorizó y facilito para la aplicación de las encuestas.

Y nuestra mayor gratificación es para los setenta adultos mayores pertenecientes a la mencionada asociación y a sus familias, que nos permitieron entrar en sus vidas cotidianas, en el mundo de sus significados y deseos, gracias por brindarnos su colaboración.

INDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema 13
1.2 Justificación e importancia 14
1.3 Objetivos de la investigación 15

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema 16
2.1.1 A nivel internacional 16
2.1.2 A nivel nacional 17
2.1.3 A nivel regional 18
2.2 Marco teórico conceptual 18
2.3 Definición de términos básicos 46
2.4 Hipótesis, variables y operacionalización de variables 47

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación 50
3.2 Población y muestra 51
3.3 Técnicas e Instrumento de recolección de datos 51
3.4 Procedimientos para recolección de datos. 52
3.5 Tratamiento de datos 52

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultado y discusión 53

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones 62

5.2 Recomendaciones 63

BIBLIOGRAFÍA 64

ANEXO

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Soporte Social Percibido del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 53

Tabla 2 Calidad de vida del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 55

Tabla 3 Soporte familiar y calidad de vida en salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 56

Tabla 4 Soporte de los amigos y calidad de vida en salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 58

Tabla 5 Soporte de personas importantes y Calidad de Vida en salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 60

INDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1 Soporte Familiar y Calidad de Vida en salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 86

Gráfico 2 Soporte de los amigos y Calidad de Vida en salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 87

Gráfico 3 Soporte de personas importantes y Calidad de Vida en salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. 87

RESUMEN

El objetivo de la investigacion es determinar la relacion entre el Soporte Social Percibido con la Calidad de Vida en Salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio en el año 2014. El diseño es no experimental, descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra está conformada por 70 adultos mayores pertenecientes a la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio. Para medir el soporte social percibido se utilizó la escala multidimensional de Zimet y para medir el nivel de calidad de vida en salud se utilizó el cuestionario de salud SF36. Para establecer la relacion de las variables se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Correlación de Spearman con un nivel de significancia de 0,05. Se encontró el siguiente resultado: existe relación significativa entre el soporte de amigos y la calidad de vida en salud con un nivel de significancia de 0,05; encontrando un p valor = 0,006.

Palabras clave: *Soporte social percibido, calidad de vida en salud*

ABSTRACT

The objective of the research is to determine the relationship between Perceived Social Support with the Quality of Life of Adult Health Seniors Residence of AA.HH June 7 at the 2014 Design is not experimental descriptive correlational cutting transversal. The sample consisted of 70 older adults from the house of the elderly AA.HH June 7. To measure perceived social support will Zimet multidimensional scale was used to measure the level and quality of life in health SF36 health questionnaire was used. To establish the relationship of the variables the nonparametric statistical test of Spearman correlation was applied with a significance level of 0.05. The following result was found: there is significant relationship between friends support and quality of life in health with a significance level of 0.05; finding a p-value = 0.006.

Keywords: perceived social support, quality of life in health

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se observa la falta de respeto de la familia y de la sociedad hacia la persona de la tercera edad, ya que merecen llevar una vida digna y tranquila, no tomando en cuenta sus defectos, ya que como seres humanos no somos perfectos y ante todo debemos mostrar humanismo ante las personas.

Vivimos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma. Entrar a una edad avanzada, lleva obligatoriamente el mensaje de "no apto para ciertas cosas", incluida la de las oportunidades laborales, porque peyorativamente ya son "viejos". La ignorancia colectiva hace pensar que una persona "entrada en años" representa una carga para la familia y la sociedad; sin embargo, hoy existen esfuerzos para replantear el concepto de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad

Es importante conocer en la actualidad el problema del soporte social y como va afectando este en la calidad de vida de las personas adultas mayores.
Así mismo tenemos que tomar en cuenta que todas las personas vamos a llegar a la etapa del adulto mayor y a través de esta investigación llegar a comprender la importancia de la relación familiar para sobrellevar esta etapa de vida.

Este trabajo tiene como objetivo determinar la relacion entre el soporte social percibido con la calidad de vida en salud del adulto mayor. Para dar respuesta a las interrogantes planteadas a través de la observación directa, se estableció la relación del soporte social percibido con la calidad de vida en salud, teniendo en cuenta a los familiares, amigos y otras personas importantes en la vida de los adultos mayores.

El estudio se realiza con el propósito de contar con la información que nos permita establecer si es que el soporte social percibido influye en la calidad de vida de los adultos mayores, y de esta manera contribuir para lograr un mejor nivel de calidad de vida de los adultos mayores teniendo en cuenta las relaciones entre sus familiares, amigos y otros significantes.

El trabajo esta dividido en cinco capítulos, en los cuales se hablará los diferentes puntos del trabajo.
En el primer capitulo: Planteamiento del problema, justificacion y objetivos.

En el segundo capitulo: Marco teorico, antecedentes del problema, nivel internacional, nacional y regional, definicion de terminos basicos, hipotesis, variables y operacionalizacion de variables.

En el capitulo tres: Metodologia de la investigacion, poblacion y muestra, instrumento y recoleccion de datos, y para finalizar este capitulo tratamiento de datos.

En el cuarto capítulo: exponemos los resultados y discusion de datos que respondan a las hipotesis planteadas.

Para finalizar, con el capítulo cinco; hablaremos sobre las conclusiones y recomendaciones según los objetivos planteados en el estudio.

En el anexo: Consentimiento informado, instrumento para medir la calidad de vida en salud y escala para medir el soporte social percibido, resultado de la prueba de hipótesis y gráficos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OMS (2007). La sociedad y la Organización Mundial de la Salud considera al ser humano de 60 años en adelante, como un anciano, persona de la tercera edad, viejo, adulto mayor, y actualmente lo llaman adulto en plenitud. Es la persona que encaja en una categoría colectiva de edad, como ocurre igualmente el ser niño, adolescente y adulto.

Es en esta última etapa de la vida donde se presentan los mayores problemas en las personas, ya sea en el aspecto psicológico o físico afectando la integridad del adulto mayor.

Guillen, V., et.al. (1998). Es común que para los seres vivos los ancianos son molestias, porque no saben lo que dicen. Que por el simple hecho de ser ancianos se debe considerar que sus condiciones son distintas ya que atraviesan diferentes cambios tanto físicos, psicológicos y sociales, los cuales son determinantes en la conducta y estado de ánimo, es frecuente que estos cambios no sean favorables, los cuales ocasionan el abandono de sí mismo, llevándolo a la depresión e incluso a la muerte.

Giusti, L. (1999). La calidad de vida del adulto mayor va disminuyendo por el mismo hecho que en esta etapa como consecuencia del envejecimiento se ven con la necesidad de usar lentes, su vida sexual no es la misma que cuando era joven, empieza a fallar su memoria, su piel se hace flácida, sus huesos se han

encogido, endurecido los ligamentos, se eleva la presión arterial y colesterol, es decir se complica cada día más su padecimiento.

Campbell, A., et al. (1976). El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida. En estos últimos años se lleva en muchos casos al aislamiento, la soledad y la vejez no asumida como etapa vital íntegra, no importando si viven en la misma vivienda de sus familiares, pues aparece un factor social más predominante y de difícil diagnóstico que limita un adecuado enfrentamiento de un envejecimiento activo y autónomo. Pero no se trata de cuántos años se viven, sino de cómo se viven.

Los adultos de la casa del adulto mayor del AA.HH 7 de Junio, enfrentan una variedad de situaciones a nivel social, psicológico, económico, entre otros, ocasionado por la pérdida de familiares y amigos. El anciano se siente como miembro secundario sin autoridad ya que sus consejos, opiniones y participaciones suelen aparecer de poca utilidad e importancia, tal situación suele ubicar al adulto mayor en una condición minusválida tanto social, familiar y laboral y sobre todo como ser humano.

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

Problema general:

¿Cómo se relaciona el soporte social percibido con la calidad de vida en salud del adulto de la casa del adulto mayor del AA.HH 7 de Junio, Pucallpa 2014?

Problema específico

1) ¿En qué medida se relaciona el soporte familiar con la calidad de vida en salud en el adulto mayor?

2) ¿Cómo se relaciona el soporte de los amigos y la calidad de vida en salud en el adulto mayor?

3) ¿Cómo se relaciona el soporte de personas importantes y la calidad de vida en salud en el adulto mayor?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica por los siguientes motivos:

Impacto social

Los resultados tienen un impacto social, pues los mismos sirven para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, sociales y familiares, considerando la participación activa de los adultos mayores pertenecientes a la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio y propiciando una cultura que fomente un adecuado soporte social y de esta manera mejorar el nivel de su calidad de vida. Esto busca contribuir con el planteamiento de estrategias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor con el propósito de llevar una vida con calidad y dignidad.

Institucional

Esta investigación tendrá un impacto para la sociedad en su conjunto pues permitirá a los decisores de establecimientos de salud implementar estrategias para mejorar su nivel de calidad de vida, y motivar a que la familia de los adultos mayores también participen, y de esta manera fortalecer los lazos familiares.

Práctica

Con esta investigación se espera hacer un aporte a la práctica de enfermería logrando de esta manera una atención integral del adulto mayor para mejorar su calidad de vida.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar la relación entre el Soporte Social Percibido y la Calidad de Vida en Salud del Adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio, Pucallpa 2014.

Objetivos específicos:

1) Conocer la dimensión del soporte social percibido en el adulto mayor.
2) Determinar la calidad de vida del adulto mayor.
3) Identificar la relación entre el soporte familiar y la calidad de vida en salud del adulto mayor.
4) Establecer la relación entre el soporte de los amigos y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.
5) Identificar la relación entre el soporte de personas importantes y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1 Nivel internacional

Peña, T., et al. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con el Objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor mediante la aplicación del Cuestionario Breve de la Calidad de Vida (CUBRECAVI). Obteniendo los siguientes resultados, el 32.7% de los pacientes fueron hombres. Todos los participantes tuvieron algún tipo de enfermedad, sin datos de demencia. Llegando a la conclusión que la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida.

Vera, M., et al. (2005). "Bienestar subjetivo, enfrentamientos y redes de apoyo social en adultos mayores". El objetivo de este trabajo es analizar la variación del bienestar subjetivo en una muestra de la población de adultos mayores en la zona urbana y rural del estado de (Sonora), en función de las estrategias de enfrentamiento, la percepción de apoyo social y variables sociodemográficos. Como resultado se encontró que se perciben con puntajes más altos las personas que reportan mayor

apoyo social, una frecuencia alta de contactos y una extensa red de apoyo social.

2.1.2 Nivel nacional

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Facultad de Medicina- Lima, con el Objetivo de Comprender el significado de la expresión lingüística calidad de vida del adulto mayor. Utilizando un Estudio descriptivo, interpretativo, comprensivo, fundamentado en la teoría de representaciones sociales, mediante la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios, con ocho preguntas previamente validados, dónde participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006,obteniendo como resultado cuatro representaciones sociales: Conocimiento sobre la vejez y ser adulto mayor, elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor, valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida y necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Llegando a la conclusión que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia, con amor y respeto y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, comunicación, e información y para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Coronado, J., et al. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo, como metodología se utilizó un muestreo por conglomerados, participando 400 sujetos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socio epidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 HealthSurvey, como resultado y examinando cada una de las dimensiones que componen la escala se pudo observar que la calidad de vida en esta población es de regular a baja. La Función Social

(72,75%), Salud Mental (68,76%), y Vitalidad (64,61%) obtuvieron las puntuaciones más altas, y Salud General (52,28%), Rol Físico (61,18%), y Dolor Corporal (62,29%) obtuvieron las puntuaciones más bajas. Los promedios de las escalas Función Social y Rol Emocional fueron los más altos en los hombres y en las mujeres fueron Función Social y Salud Mental. Por otra parte, los de Salud General fueron más bajos en ambos sexos; además, se aprecia las puntuaciones muy bajas en Rol Físico, Salud General y Rol Emocional en mujeres y Salud General en varones.

2.1.3 Nivel regional

Elespuro, T., et al. (2014), Implementación de un programa de Atención Integral "PROATIN" para el mejoramiento de la Calidad de Vida del Adulto Mayor: Casa del Adulto Mayor AA.HH. 7 de Junio, 2012 – 2013, con el objetivo de determinar el efecto de un programa de Atención Integral de Salud, sobre la capacidad funcional y en la percepción de la Calidad de Vida en los Adultos Mayores, utilizando como instrumento el Senior Fitness Test, la Escala de Barthel, el índice de Lawton y el cuestionario de salud SF – 36, como resultado los Adultos Mayores mejoran significativamente la capacidad funcional al realizar actividades mágicas e instrumentales de la vida diaria, la percepción de salud y la calidad de vida al optimizar el componente físico.

2.2 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.2.1 La Adultez Mayor: cambios y proceso de envejecimiento.

Florenzano, R. (1993). La adultez mayor constituye la última etapa del ciclo vital e implica una serie de cambios biológicos, cognitivos y sociales a los que el adulto mayor deberá adaptarse poco a poco. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas personas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se

les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se les llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Perlmutter, M. (1992). Otra manera de entender el proceso de envejecimiento es distinguir entre el envejecimiento primario, secundario y terciario. El envejecimiento primario, también conocido como "envejecimiento normal", constituye todos aquellos cambios que van produciéndose con el paso del tiempo y que no pueden ser evitados, tal como la pérdida de la agudeza visual.

El envejecimiento secundario es un proceso que atañe a casi todas las personas, pero no es universal ni irreversible, siendo el resultado de un proceso de vida que involucra la enfermedad o los malos hábitos de salud. Finalmente, el envejecimiento terciario se refiere a un proceso rápido de deterioro en la salud, que comúnmente culmina con la muerte.

Belsky, J. (1996). Resulta importante distinguir que estos procesos no se desarrollan consecutivamente, sino que interactúan entre si y dependen de las características de personalidad, de los estilos de vida, de los ambientes en que se desarrolle el adulto mayor, entre otros.

Perlmutter, M. (1992). Ahora bien, más allá de las sub-etapas previamente planteadas, de los estilos de vida que lleve el adulto mayor o de la interacción entre el proceso primario, secundario o terciario, cada organismo envejece y sus sistemas gradualmente se deterioran. Al respecto, se presentan algunas características generales del envejecimiento que pertenecen en su mayoría al proceso primario previamente descrito.

2.2.1.1 Cambios físicos.

Perlmutter, M. (1992). Entre los numerosos cambios que contribuyen a la apariencia de la vejez, quizás uno de los más

evidentes es el que se produce en la piel, la cual se vuelve más seca, áspera y menos elástica. Otro de los cambios notorios se observa en el cabello, el cual se torna más fino y va perdiendo poco a poco su coloración, volviéndose cada vez más canoso.

Stassen, K. (2001). En tercer lugar, otro de los cambios físicos perceptibles lo constituyen la alteración de la estatura, la silueta y el peso corporal. Este último se asocia a la reducción de los tejidos musculares y al proceso de osteoporosis, el cual eleva el riesgo de roturas óseas y dificulta su adecuada recuperación.

Florenzano, R. (1993). Sumado a todo ello, durante el envejecimiento muchos otros sistemas y funciones corporales se ven afectados, tal como el decaimiento del sistema nervioso central. Este se evidencia, entre otras cosas, en la disminución del peso cerebral, así como en la aparición de placas seniles que causan diversos problemas, especialmente en los procesos de memoria. Asimismo, estos cambios tienen como resultado una serie de fenómenos neuropsicológicos, tales como la disminución en la discriminación sensorial, la velocidad motora, la pérdida de las destrezas motoras finas y la velocidad de los reflejos.

Belsky, J. (1996). Finalmente, otro importante sistema corporal que se ve afectado es el sistema inmunológico, el cual se debilita y con ello incrementa el riesgo de contraer enfermedades.

Stassen, K. (2001). Todos estos cambios tienen graves implicaciones sociales y psicológicas. Así, mientras los cambios externos pueden tener un impacto negativo sobre el autoconcepto el adulto mayor, los cambios internos pueden afectar su capacidad de autonomía y desenvolvimiento.

Frente a todo ello, Stassen, K. (2001) plantea que el adulto mayor debe desarrollar una capacidad de ajuste activa "... encontrando el equilibrio correcto entre el mantenimiento de las actividades habituales y la modificación de las rutinas para compensar las capacidades deterioradas". No obstante, los cambios fisiológicos no son los únicos a los que el adulto mayor deberá adaptarse.

2.2.1.2 Cambios cognitivos

Stassen, K. (2001). Si bien durante la juventud y la adultez las capacidades intelectuales aumentan o se mantienen relativamente estables, a medida que una persona ingresa a la etapa adulta mayor empieza a experimentar ciertos cambios cognitivos. Aunque resulta importante reconocer que éstos no serán homogéneos entre esta población, se ha podido constatar que el deterioro cognitivo suele ser común a la mayor parte de personas.

Stassen, K. (2001). Más allá de la disminución de la memoria, los cambios que tienen el mayor impacto sobre el aspecto cognitivo están relacionados con la relentización de los procesos de comunicación cerebral. Esto impide procesar la información rápidamente y dificulta el que ésta pueda ser asimilada por completo o analizada de manera secuencial.

Florenzano, R. (1993). Todo ello da cuenta de la disminución de la rapidez mental del adulto mayor y permite comprender por qué a esta edad, el aprendizaje de material nuevo es más lento y dificultoso que en años anteriores.

Otro de los elementos que ha sido ampliamente estudiado en la etapa adulta mayor es la inteligencia. Florenzano, R. (1993) indica que si bien las investigaciones han demostrado que la capacidad intelectual disminuye con la edad, el mayor deterioro realmente comienza a partir de los 67 años en adelante. Ahora bien, más allá de poder identificar los cambios intelectuales desde una perspectiva cuantitativa, resulta más interesante poder aproximarnos a ellos desde un punto de vista cualitativo.

2.2.1.3 Cambios sociales

Florenzano, R. (1993). El proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios, separaciones y pérdidas que reestructuran la vida del adulto mayor. Frente a esta situación, la personas se ven en la necesidad de adaptarse, pudiendo bien desvincularse o asumir otro tipo de roles y actividades. Vega, J. (1995). Estas formas de adaptación son desarrolladas por dos teorías que intentan explicar la manera en que el adulto mayor se adapta a su nueva realidad. La primera postura es la llamada "Teoría del desligamiento", la cual señala que a medida que el individuo va envejeciendo, voluntariamente se va desligando de todo aquello que suponga actividad y participación social, replegándose sobre sí mismo

Lefrancois, G. (2001). Frente a esta teoría, surge una nueva perspectiva denominada teoría de la actividad. Esta plantea que si bien la vejez está marcada por el paulatino apartamiento social y psicológico, los adultos mayores pueden y deben mantenerse activos en el mundo, siendo esto una de las principales necesidades para lograr un ajuste satisfactorio.

Ahora bien, más allá del tipo de afrontamiento que se desarrolle, resulta importante dar cuenta de los cambios y pérdidas que ocurren durante la última etapa de vida.

2.2.2 Soporte social percibido

Walker, A., et al. (1977), definen el soporte social como el conjunto de contactos personales que permiten a una persona mantener su identidad social y recibir soporte emocional, ayuda material e instrumental, servicios e información.

Para Barrera, M. (1986), quien estableció las bases conceptuales del soporte social, estos hacen referencia a los lazos que se establece como persona del entorno inmediato porque puede proporcionar ayuda en casos de necesidad. Estos lazos permiten al individuo enfrentar situaciones de estrés y a disminuir sus efectos.

Para Avlund, K. (1998), el soporte social constituye una función de las relaciones sociales, las cuales poseen una dimensión estructural y una funcional. La dimensión estructural de las relaciones sociales hace referencia a las relaciones interpersonales y a los lazos entre individuos. La dimensión funcional de las relaciones sociales se refiere a las interacciones interpersonales que se dan dentro de la estructura de las relaciones sociales; esta dimensión cubre los aspectos cualitativos y comportamentales de las relaciones sociales e incluye el soporte social, emocional e instrumental.

El interés por los efectos de las relaciones sociales sobre el individuo ha estado presente desde hace muchos años atrás. En Sarason (1990), se desarrolló el campo de estudio de lo que hoy en día se conoce como soporte social.

Sarason, B. (1990) definió el soporte social como la ayuda de la que dispone una persona en términos emocionales y prácticos, la cual proviene de las interrelaciones que mantiene con otros individuos, grupo de individuos o una comunidad. Otras definiciones más actuales como la de Conrado, Y. (2005), indica que el soporte social implica una interacción social en la que se brinda ayuda y dentro de la cual el individuo se siente apegado a un grupo o a una persona que es percibida como cuidadora.

Dada la amplitud y complejidad del constructor y dado que hasta la actualidad no se ha desarrollado una única conceptualización del mismo, el soporte social ha sido entendido y estudiado desde sus diferentes componentes.

2.2.2.1 Componentes del Soporte Social

A partir de la revisión teórica del concepto del soporte social y de los distintos aspectos del mismo, se ha concluido que éste presenta los siguientes componentes.

Redes Sociales

Barrera, M. (1981) señala que la red social se refiere a las diversas conexiones que los individuos tienen con sus otros significativos dentro de un medio ambiente particular. Así, las redes sociales pueden ser concebidas como el vehículo por medio del cual se distribuye o se intercambia el soporte social.

Según Marsella, A., Et al. (1981), las redes sociales presentan cuatro dimensiones: 1) estructura de la red, lo cual incluye variables morfológicas tales como la posición del individuo dentro de la red, la cantidad de contactos sociales, el tamaño de la red y la densidad de la misma; 2) interacción, la cual se

refiere a las variables que describen la relación entre varios miembros de la red; 3) cualidad de la red social, lo cual resulta de las características afectivas, tales como los niveles de amistad o de intimidad que se tenga con los demás miembros y 4) función, la cual describe las funciones específicas que cumplen los miembros de la red (ej. compañerismo o asistencia).

De otro lado, investigaciones como las de Crosnoe, R., Et al. (2002) han señalado que las redes sociales cumplen un papel estabilizador, pues son la base desde la cual se constituye la integración social, elemento muy importante para la adaptación, en especial durante la adultez mayor.

Asimismo, otras investigaciones como las de Antonucci, L. (1985) han estudiado la relación entre las redes sociales y el nivel socioeconómico. Los resultados indican que las personas que tienen menores recursos económicos, menor status, menor educación y menor ingreso tienen una red social más pequeña, menores contactos con las amistades y mayores sentimientos de soledad en comparación a aquellos que cuentan con mayor status, educación e ingresos.

Soporte Social Efectivo

Según Barrera, M. (1986), este concepto se refiere a la cantidad de miembros de la red social que realmente brinda su apoyo, cumpliendo por lo menos con una de las funciones del soporte social.

Sarason, B. (1990) señala que el soporte social recibido muchas veces está en función de la situación en la que uno se encuentre. Así, en aquellas situaciones en las que se prevé

algún cambio, como en la pérdida de algún ser querido por enfermedad, las personas tienden a prepararse y suelen recibir mayor soporte por parte de sus redas sociales. Por el contrario, aquellas situaciones en las que los cambios son imprevistos suelen estar marcadas por la recepción de una menor cantidad y calidad de soporte, pues aquellos que lo brindan también se ven sorprendidos y pueden tener algunas dificultades para responder o brindar su ayuda de manera efectiva.

Soporte Social Realizado

Para Barrera, M. (1986), el soporte social también puede ser concebido como las acciones realizadas por otros cuando brindan ayuda a una persona. Según el mismo autor, las medidas del soporte realizado resultan convenientes para evaluar el grado de respuesta de los otros cuando una persona se encuentra ante situación estresante y necesita ayuda.

Ahora bien, es conveniente resaltar que si bien el soporte realizado resulta importante en cualquier etapa del ciclo vital, existen diferencias significativas entre las personas que brindan soporte a los jóvenes y aquellas que lo brindan a los adultos mayores. Sin embargo, en el caso de estas últimas, los resultados obtenidos en las diversas investigaciones no resultan concluyentes.

En la misma línea, Stassen, K. (2001) plantea que durante la adultez mayor las relaciones amicales y la calidad de las mismas resultan cruciales y muchas veces se constituyen como una barrera contra la pérdida del nivel de reconocimiento social característico de esta etapa de vida. Aunque los adultos mayores puedan mantener lazos con generaciones menores o con familiares, la presencia de amigos de la misma generación

incrementa los recuerdos compartidos y la sensación de bienestar, pues estos se convierten en fuentes de alegría, ofrecen intimidad y brindan oportunidades para compartir actividades recreativas.

Ahora bien, si bien todas estas investigaciones enfatizan la importancia de los amigos como fuente alternativa de seguridad durante la etapa adulta mayor, Crosnoe, R., Et al. (1990) indican que los hermanos también pueden brindar dicho soporte, por lo que resultan muy importantes durante esta etapa de vida. Sin embargo, tal como plantea Vega, J. (1995), la disponibilidad de su ayuda dependerá de sus posibilidades, de su proximidad geográfica y de su estado de salud.

De otro lado, en cuanto al ámbito familiar se ha encontrado que el soporte social que los hijos brindan a sus padres durante su proceso de envejecimiento depende de si los primeros son hombres o mujeres. En relación a esto, Crosnoe, R., Et al. (1990) señalan que los adultos mayores que tienen hijas mujeres suelen recibir un mayor y más diverso soporte y asistencia que aquellos que tienen hijos pero no hijas.

En base a los planteamientos previamente mencionados, Crosnoe, R., et al. (1990) realizaron una investigación que pretendía evaluar los patrones de soporte social proveídos por los hijos mayores en base a tres criterios: el contacto personal, la ayuda brindada a los padres en las actividades del día a día y el contacto telefónico. Las conclusiones obtenidas indicaron que el tener por lo menos una hija se relacionaba con las tres clases de soporte. Todo esto muestra que durante la etapa adulta mayor existen diversas fuentes de soporte que cumplen con las distintas funciones del soporte social, las cuales son explicadas a continuación.

2.2.2.2 Teorías del soporte social

Walker, A., et al. (1977), desde la teoría del Interaccionismo Simbólico, establece tres grandes mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos:

1) Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempañar sus diferentes roles sociales.
2) Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
3) Un aumento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

Para Lazarus, R., et al. (1984), todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes. Para Barrón, A. (1996), a su vez, este aumento en la seguridad autopercibida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto, que, de esta manera, se ve incrementado.

Según Barrón, A., et al. (1988). La teoría, denominada del Efecto Buffer o Amortiguador, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. Esta teoría señala dos efectos principales derivados de la disposición de apoyo social.

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus, R., et al. (1986), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación

primaria como secundaria. Sobre la primera, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, como instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación.

Heller, K., et al. (1983) han desarrollado un modelo de apoyo social en el que, basándose en la hipótesis original del modelo de buffer, incorporan otros aspectos tales como: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que presenta el sujeto. Todos estos elementos, junto con la provisión o disponibilidad subjetiva de apoyo proveniente de la red social, van a influir en la valoración cognitiva de la situación de estrés, así como en las respuestas de afrontamiento.

Según estos autores, los resultados equívocos que han ofrecido los estudios que trataban de validar el efecto amortiguador se deben a la no consideración del sujeto como agente activo en el desarrollo y uso de su red social. En este sentido, el que una persona utilice o no de una manera efectiva el apoyo social durante un evento estresante, va a deberse tanto a la disponibilidad que tenga de ese apoyo como a las características y competencias personales para acceder y emplear ese apoyo, así como de los patrones de afrontamiento desarrollados previamente. Esto modifica la visión estática en la relación entre apoyo social y estrés, que pasa a contemplarse de modo dinámico como una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo y el ambiente que le rodea, en la que el apoyo recibido va a depender no sólo del apoyo

disponible, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo.

Barrera, M. (1988) ha reformulado la conexión entre estrés, apoyo social y salud, proponiendo una relación curvilínea. Según la cual, el apoyo social no da lugar a un decremento del distrés cuando la persona se ve expuesta a unos niveles intensos de estrés. Será en situaciones de estrés moderado cuando se apreciarán diferencias en la aparición de síntomas entre aquellas personas que cuentan con un alto apoyo social y las que no.

Lin, N., et al. (1989) proponen un paradigma integrador, en el que incorporan tanto el ambiente social como el puramente fisiológico, así como, por supuesto, el psicológico. Cada uno de estos ámbitos, según los autores, viene determinado por la presencia de estresores y de recursos que facilitan su afrontamiento. En este sentido, un claro estresor fisiológico para el sujeto será la presencia de una enfermedad, mientras que la práctica de ejercicio físico, una dieta adecuada o, en general, el mantenimiento de unos hábitos saludables constituye recursos útiles para hacer frente a estas adversidades.

El padecimiento de síntomas depresivos supone un claro estresor psicológico, mientras que una alta autoestima se sitúa dentro de los recursos psicológicos. Por último, el apoyo social representa el recurso social más importante con el que superar las adversidades que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes. Todos elementos en conjunto van a ejercer su influencia sobre el bienestar del sujeto.

Frente a aquéllos, el presente modelo permite estudiar, no sólo los efectos de amortiguación del apoyo social en condiciones de estrés elevado, sino analizar dichos efectos en compañía de estresores o recursos procedentes de otros ámbitos. Lo que otorga un valor especial a este paradigma, al dar la posibilidad de abordar los efectos del apoyo social de manera aislada o en interacción con otros elementos relevantes para la explicación del bienestar personal. Los resultados del análisis de este modelo Lin, N., et al. (1989) confirman la teoría del efecto buffer.

2.2.2.3 Tipos o Funciones del Soporte Social.

Bàrrera, M. (1986) identificó diversas funciones del soporte social: a) interacción íntima, que implica la confianza y comportamientos tales como la escucha, el respeto y la expresión de estima, preocupación, cuidado y comprensión; b) ayuda material, que implica el proveer elementos materiales en forma de dinero u otros objetos físicos; c) consejo e información, que implica la disposición para aconsejar o brindar alguna información que se necesite; d) retroalimentación, que implica el brindar retroalimentación positiva acerca de los comportamientos, pensamientos o sentimientos de los otros; e) asistencia física, que implica el ayudar a otro en actividades que no puede realizar por sí solo y F) participación social, que implica el tomar parte en las interacciones sociales para relajarse y divertirse.

Asimismo, se ha encontrado que el soporte social parece tener efectos positivos sobre el bienestar, mejorando el estado de salud y previniendo que las situaciones estresantes generen un malestar intenso o amenacen la integridad del individuo.

2.2.2.4 Efectos del Soporte Social en el Adulto Mayor.

Se ha identificado que el soporte social tiene dos tipos de efectos sobre las situaciones estresantes, los cuales responden a los modelos del efecto principal y el modelo de amortiguación de estrés (o buffering), respectivamente Cohen, S., et al. (1985)

Según Siebert, D., et al. (1999).En cuanto al primer modelo, este postula que el soporte social resulta beneficioso para el bienestar y para la salud física y mental de los individuos. En el caso de los adultos mayores, se ha indicado que aquellos individuos que tienen pocos contactos sociales presentan mayores riesgos de mortandad que aquellos que se encuentran integrados en una red social, a partir de la cual reciben un mayor soporte.

Segrin, C. (2003). En cuanto al estudio de los problemas mentales, se ha planteado que el soporte social percibido (de tipo amical) y el contacto con los familiares correlacionan negativamente con los síntomas depresivos, los cuales tienden a presentarse en la etapa adulta mayor.

Lakey, B., et al. (1988) Por otro lado, según el modelo del efecto "buffering", los altos niveles de soporte social protegen al individuo del impacto negativo del estrés. Así, en primer lugar, el soporte social puede intervenir en el proceso de valoración de cierta situación, previniendo o reduciendo la posibilidad de que ésta pueda ser percibida como altamente estresante. No obstante, si la situación es evaluada como tal, un adecuado soporte social podría prevenir las respuestas patológicas o desadaptativas.

Según Cohen, S., et al. (1985), en ambas situaciones el soporte social cumple con distintas funciones: a) soporte de estima, que implica informar a otra persona de que es estimada y valorada; b) soporte informativo, que implica el consejo y guía para incrementar la capacidad de entendimiento y afronte de la situación, c) compañía social, lo cual reduce el estrés por medio de actividades recreativas que distraen a las personas de sus problemas y satisfacen sus necesidades de contacto y afiliación y d) soporte instrumental, que implica la provisión de la ayuda financiera y los recursos y servicios necesitados.

Si bien todo ello reduce la vulnerabilidad de las personas ante el impacto del estrés, Stroebe, W., et al. (1996) indican que el soporte social también resulta beneficioso durante el proceso de recuperación (luego del evento estresante), ayudando a las personas a sobreponerse más rápidamente. En el caso de los adultos mayores, quizás el estresor más intenso por el que muchos deban atravesar es la pérdida de la pareja.

Según Stroebe, W., et al. (1996), la viudez trae consigo una serie de déficits en aquellas áreas en las que la pareja se había constituido como una fuente de soporte y ayuda, por lo que su partida implica una pérdida en el soporte instrumental, emocional, de contacto y de validación. Frente a ello, el modelo de déficit plantea que el soporte social podrá aliviar el estrés en la medida en que la ayuda recibida pueda reducir las carencias producidas por la pérdida de la pareja.

Por otro lado, autores como Stroebe, W., et al. (1996) indican que mientras el soporte social percibido no tiene efectos positivos sobre el estrés, la integración social (relacionada con el soporte recibido) si los tiene, en especial tras la pérdida de la pareja. Para comprobar esto, dichos autores realizaron una

investigación en donde se evaluó a un grupo de adultos mayores de 55 años que habían perdido recientemente a su pareja, a uno de sus padres o a su hijo. Los resultados indicaron que la integración de estos individuos en su red social reducía los síntomas depresivos, lo cual no ocurría cuando la variable estudiada era la ayuda esperada (soporte percibido). Además, la asociación encontrada entre la integración en la red social y la disminución de síntomas depresivos (luego de nueve meses después de la perdida) era mayor para aquellos que habían perdido a su pareja, en comparación a quienes habían perdido a su hijo o a uno de sus padres. Desde este punto de vista, se podría plantear entonces que la disponibilidad y uso de las redes sociales contribuyen a un mayor bienestar del adulto mayor, permitiéndole evaluar su etapa de vida como un periodo satisfactorio.

2.2.3 Soporte familiar

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se puede concluir que: la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Álvarez, M. (2006).

Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos y donde se profundizan los lazos de solidaridad: Conrado, Y. (2005).La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre

será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. Álvarez, M. (2006).

No cabe dudas que estamos en presencia de una situación de alta significación social, ante lo cual el derecho, como fenómeno cultural, histórico, social y humano que abraza todos los ángulos de la vida, no puede estar ajeno a ello, y es precisamente el Derecho de Familia, rama que regula el complejo de relaciones jurídicas familiares, estas incluyen las establecidas entre los cónyuges, entre los padres e hijos, así como las establecidas con motivo del parentesco y de la tutela. Cicerón, W. (1937).

Si se considera lo anteriormente planteado, se deduce que la familia tiene un papel rector en garantizar al anciano los recursos alimentos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar el devenir de un gran número de enfermedades y discapacidades, entre ellas la demencia. Espín, A. (2001). El pensar y reflexionar sobre la vejez no es patrimonio del pensamiento moderno. Desde los tiempos primordiales el hombre ha percibido cómo su cuerpo se modificaba con los años, cómo sus fuerzas decaían en la batalla y en la cacería y, al mismo tiempo, advertía su sustitución por la generación más joven. A medida que transcurre el tiempo los pensamientos se aquietan, la actitud madura y los impulsos vitales se apaciguan.

Conrado, Y. (2005). Por otro lado podemos decir que la vejez es una construcción social a lo largo de la historia y de las diversas teorías sociológicas y psicológicas aparecidas sobre este tema, para hacer hincapié en la necesidad de una nueva ética social que contrarreste los

efectos de una sociedad hedonista, consumista y apegada a la juventud como referente vital.

Históricamente la actitud de las comunidades ante la vejez ha pasado por vicisitudes diversas. Si bien poco se sabe de las sociedades prehistóricas, donde debieron de existir pocos ancianos por las dificultades que implicaba la vida cotidiana, si es cierto que las culturas orientales han sólido guardar y mantener una visión positiva y de veneración a la ancianidad que ha alcanzado incluso a la mujer de edad, aunque sólo sea por su papel de intermediaria entre generaciones. Álvarez, O. (2001).

2.2.4 Soporte de personas importantes.

Meléndez, J. (2008). La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que estén en su entorno sean personas que tengan una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor y se convierta en personas importantes, en quien puedan confiar.

Ebrad, M. (2008). Las personas importantes para el adulto mayor deben ayudar a enfrentar el envejecimiento, como un proceso natural y adaptativo e interviniendo en el favorecimiento de sus fuentes de poder. Estas últimas son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

Hernández, A. (2008). Las personas de su entorno del adulto mayor, son consideradas como un apoyo emocional, físico y espiritual para el adulto mayor, porque le genera satisfacción y confianza en él, logrando establecer un equilibrio en la vida del adulto mayor.

2.2.5 Calidad de vida en salud

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales Campbell, A., et al. (1976) sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida.

Cardona, D., et al. (2006). De ahí que cuando se pretender dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad. Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente

Algunas de las definiciones que se han sugerido son:

Para Velarde, E., et al. (2002), la calidad de vida ès un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Giusti,L. (1991). Define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización delas Naciones Unidas (ONU) que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida.

Levi, L., et al. (1980). Delimitan el concepto y señalan: "entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa" Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas. De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Sánchez, J., et al. (2006). La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante Nivel de dependencia Relación con pares, Relación familiar, Permanencia laboral.

2.2.5.1 Calidad de vida en la vejez

Es a partir de este tipo de planteamientos que los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona en este caso específicamente del adulto mayor–, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

Velasco, M., et al. (2001). Pero ello no es tarea fácil, ya que el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las

circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo.

2.2.5.2 Teorías de la calidad de vida

Teoría del autocuidado: Dorothea Orem, enfermera creadora de esta teoría, la presentó por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en (1972). La define como déficit de autocuidado, compuesta por tres teorías relacionadas. El autocuidado: consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Maslow, A. (1954) en su libro habla de una sabiduría biológica, una tendencia innata en el hombre a elegir lo que es beneficioso para él, o, por lo menos, a desearlo. Sabiendo, entonces, que existen en nosotros los conocimientos biológicos suficientes como para poder reconocer lo adecuado para nuestro bienestar, parece contradictorio que, a pesar de tener bien marcada la senda, sin darnos cuenta, insistamos en tomar la dirección contraria. De esta forma, muchos de nosotros escapamos a la posibilidad de crecer. Hemos perdido el instinto de lograr la calidad de vida.

2.2.5.3 Calidad de vida en salud.

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo los médicos han utilizado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud para

medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona.

Testa, M. (1996). Asimismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones. El seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes poblaciones puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada y ayudar a orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

Angermeyer, M., et al. (2000), los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades:

1) Necesidad de relación emocional con otras personas.
2) Necesidad de aceptación social.
3) Necesidad de realización y de sentido.

Sirgy, D (2001), entre las dimensiones o subdominios se incluyen capacidad funcional, estado físico, funcionamiento social, vida familiar, funcionamiento ocupacional, control sobre la

propia salud, satisfacción con el tratamiento, bienestar emocional, comunicación, espiritualidad, sexualidad, estigmas, autoestima, o imagen corporal

Badía, A., et al. (2000), la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se preocuparía por aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud.

Bowling, A., et al. (1995), debe tener en cuenta el estado o funcionamiento físico, psicológico y social, el bienestar mental y social, y las percepciones de, y la satisfacción con, los niveles que se hayan alcanzado en estos aspectos.

Funcionamiento Físico

La salud definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, es un don que los seres humanos pueden aquilatar y conservar o que pueden perder irremediablemente, para la conservación de un cuerpo saludable se identifican cuatro valores como vitales: alimentación, ejercicio, descanso y evitación del estrés.

Sánchez, G., et al. (2008). Hay que reconocer la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de invalidez, dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo. La sociedad necesita adultos mayores sanos, los profesionales de la Atención Primaria de Salud tenemos la responsabilidad social de desarrollar acciones

de prevención y rehabilitación del deterioro mental en el adulto mayor, porque su salud y calidad de vida están muy relacionadas con un adecuado funcionamiento cognitivo.

Vitalidad

Envejecer activamente significa vivir con energía cada ciclo de nuestra vida: mantener hábitos saludables (previniendo la enfermedad), optimizar nuestro funcionamiento físico y cognitivo, regular nuestra emoción, controlar nuestra vida y participar activamente en nuestra familia y nuestra sociedad.
De esta forma mejoramos nuestra autoestima, mantenemos hábitos de vida saludables y evitamos, siempre que sea posible, la dependencia y el aislamiento.

Rol Emocional

Desde este enfoque, las emociones son consideradas como indicadores fundamentales de la calidad de vida de las personas mayores, esto es, como componentes principales de la experiencia del envejecimiento saludable. A pesar de que es obvio que las trayectorias evolutivas del funcionamiento emocional (cambio o estabilidad) a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital son múltiples y varían en función de las circunstancias y características de cada persona y su contexto, los investigadores se han interesado, entre otras cuestiones, por la existencia de diferencias asociadas a la edad en distintas facetas de la experiencia emocional en la edad adulta, tales como el bienestar emocional, la experiencia de la emoción, la regulación emocional o la naturaleza de las relaciones entre procesos cognitivos y emocionales.

Márquez, I., et al. (2004). Aunque la evidencia disponible es aún escasa y la ambigüedad e inconsistencia de resultados abundan todavía en esta área de estudio, dada la juventud del área de investigación, una revisión de la literatura permite apreciar ciertas diferencias entre jóvenes y mayores en cuanto a diversos aspectos de su experiencia emocional.

Kressin, N., et al. (2000). Las emociones también afectan a la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Así, existen datos que indican, por un lado, que las personas con mayor tendencia a experimentar emociones negativas perciben tener una peor calidad de vida relacionada con su salud, independientemente de sus condiciones de salud objetiva.

2.2.5.4 Medición de la calidad de vida

Para medir el estado de salud es necesario realizar tres tipos de mediciones: Biológicas, Generales, Específicas. El estado de salud biológico se centra en los sistemas de órganos, por ejemplo los exámenes de laboratorio específicos para cada enfermedad. El proceso diagnóstico dicta las pruebas y evaluaciones necesarias. El estado de salud general evalúa aspectos de la salud relevantes para todas las edades, razas, sexos y niveles socioeconómicos.

Las preguntas sobre salud general cubren el rango completo de un estado patológico, desde una condición que pone en peligro la vida hasta una sensación de bienestar global. Muchas escalas de medición comúnmente utilizadas son específicas para una enfermedad, en consecuencia sólo resaltan Mediciones del Estado de Salud el extremo negativo de un continuo de salud.

Las mediciones sobre salud general deben evaluar por lo menos cuatro aspectos de la salud: función física, salud mental, función social y de rol, y percepciones sobre la salud general.

Función física. Estas medidas intentan aislar limitaciones e incapacidades físicas Jette, A. (1980). Los problemas se describen en forma de movilidad, dolor y limitaciones.

Salud mental. Sus medidas se suelen centrar en la frecuencia y la intensidad del sufrimiento psicológico (Ansiedad o depresión) e incluyen tanto la percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital como una evaluación de la función cognitiva. Veit, C., et al. (1983).

Funcionamiento social y de rol. El funcionamiento social se define como la capacidad para crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras. Las medidas de funcionamiento social reflejan el estado de salud física y mental, sirven para indicar la necesidad de atención de salud y reflejan los resultados de la misma. Las investigaciones revisadas por Wortman, C. (1984), muestran que las circunstancias sociales están relacionadas con los resultados de la salud tanto física como mental.

Percepciones de la salud general. Las creencias y evaluaciones sobre su salud general que manifiesta una persona, sin considerar un aspecto mental o físico en particular, constituyen sus percepciones de la salud general. Las preguntas reflejan las preferencias valores, actitudes y necesidades sobre la salud de cada persona.

2.2.5.5 Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud.

Los instrumentos que miden calidad de vida con relación a salud se aplican en estudios sobre: Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual, detección de problemas de salud percibidos por la población, auditoria médica, evaluación de servicios de salud, estudios clínicos y análisis de costo-efectividad.

Una de las aplicaciones mejor conocidas son los estudios clínicos para evaluar los efectos de ciertas intervenciones sobre la Calidad de Vida, midiendo como la intervención la mejora (perfil terapéutico de la intervención) o la deteriora (perfil de efectos adversos). Existen dos tipos de instrumentos básicos para medir calidad de vida relacionada con salud: los genéricos y los específicos para cada problema de salud.

Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en una amplia gama de problemas de salud. Entre los más usados por su extensa validación y fiabilidad se encuentra el MOS SF-36 HEALTH SURVEY. Es un cuestionario de 36 items que obtiene la evaluación del paciente sobre su funcionamiento físico, bienestar y percepciones de su salud en general. Permite comparaciones entre diferentes enfermedades y tratamientos, porque no es específico para ninguna edad, enfermedad o tratamiento. Ware, J, et al. (1993).

2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Calidad de vida: Es el bienestar general que se da en los adultos mayores en el nivel: biológico, psicológico, social y espiritual.

Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

Función física : Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Redes Sociales: Las diversas conexiones que los individuos tienen con sus otros significativos dentro de un medio ambiente particular.

Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Soporte Familiar: Aporte afectivos y sobretodo materiales necesarios por parte de la familia para el desarrollo y bienestar de sus miembros

Soporte Personas Importantes: Acciones realizadas por personas significativas para el adulto mayor que pertenecen a su entorno, quienes

brindan cuidados humanitarios, que implican valores como el respeto, autonomía y compasión.

Soporte Social: Implica una interacción social en la que se brinda ayuda y dentro de la cual el individuo se siente apegado a un grupo o a una persona que es percibida como cuidadora.

Soporte Social Efectivo: Cantidad de miembros de la red social que realmente brindan su apoyo, cumpliendo por lo menos con una de las funciones del soporte social.

Soporte Social Realizado: Acciones realizadas por otros cuando brindan ayuda a una persona.

Vitalidad: Es una condición que solemos disponer las personas y que implica la presencia de vigor, de energía en todo cuanto se realiza y la eficacia con respecto a las funciones vitales.

2.4 HIPOTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

2.4.1 Hipótesis

Hipótesis general:

H1: Existe relación significativa entre Soporte Social Percibido y la Calidad de Vida en Salud del Adulto de la casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio, Pucallpa – 2014.

Hipótesis específicas:

1) Existe relación significativa entre el soporte familiar y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.
2) Existe relación significativa entre el soporte de los amigos y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

3) Existe relación significativa entre el soporte de personas importantes y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

2.4.2 Variables

Variable independiente: **Soporte Social Percibido** será evaluada como:

Soporte Social Percibido malo	:	12 – 23 PTS
Soporte Social Percibido regular	:	24-30 PTS
Soporte Social Percibido bueno	:	31-48 PTS

Variable dependiente: **Calidad de Vida en Salud** será considerado como:

Calidad de vida bajo	:	64-88 PTS
Calidad de vida regular	:	89-100 PTS
Calidad de vida alto	:	101-120 PTS

2.4.3 Operacionalizacion de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Variable Independiente: Soporte social percibido	Es el conjunto de contactos personales que permiten a una persona mantener su identidad social y recibir soporte emocional, ayuda material e instrumental, servicios e información.	Familia Amigos Personas importantes	Ayuda emocional Comunicación Toma de decisiones Solidaridad confianza Compartir Comunicación Compartir Comunicación Consuelo Apoyo
Variable Dependiente: Calidad de vida en salud	Estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso, a servicios públicos, comunicaciones y otros que conforman el entorno social y que influyen en el desarrollo humano de la comunidad.	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental	Subir escaleras Transportar cargas Correr Levantar objetos pesados Trabajo habitual Tareas Domesticas Enfermedad Saludable Cansancio Desanimo Problemas físico Problema emocional Estrés Ansiedad Feliz Triste Deprimido Nervioso

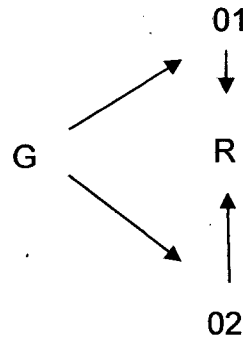
CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental porque no realizamos manipulación de variables, es de tipo descriptivo correlacional de cohorte transversal, que tiene como propósito analizar el grado de relación existente en las variables de Soporte Social Percibido y la Calidad de Vida en Salud de los adultos de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH. 7 de Junio, se trabajó con un solo grupo (G) de adultos mayores a quienes se les aplicó los test para evaluar los niveles de Apoyo Social y Calidad de Vida en Salud, identificando los factores que tienen mayor efecto en su vida diaria cuyo impacto fue evaluado, para finalmente mejorar la Calidad de Vida en salud del adulto mayor.

Como resultado del diseño; a continuación se presenta el diagrama correspondiente:



Leyenda:

G: Muestra compuesta por 70 adultos mayores.

R: Relación entre variables

01: Variable independiente: Soporte Social Percibido

02: Variable dependiente: Calidad de Vida en Salud

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo compuesta por 176 adultos mayores de los cuáles 106 son mujeres y 70 son varones.

La muestra estuvo compuesta por 70 adultos mayores que representan el 40% de la población, con edades que fluctúan entre los 60 y 80 años de edad, de ambos sexos, que asisten regularmente al programa del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de junio.

Técnica de muestreo:

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia mediante el cual se seleccionó a los adultos que acuden regularmente a la casa del adulto mayor.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores de 60 a 80 años de edad

Adultos mayores que se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales.

Adultos mayores sanos

Adultos mayores que desean participar.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas: Encuesta; Instrumentos: Cuestionario

En la presente investigación se hizo uso de encuestas y de entrevistas a cada uno de los adultos mayores.

Para medir la variable dependiente, utilizamos como instrumento la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) la cual está

compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información de los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos.

Para la variable independiente, utilizamos el Cuestionario de Salud SF-36, compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos nos presentamos ante las autoridades de la Casa del Adulto Mayor que se encuentra ubicado en el AA.HH 7 de Junio, se coordinó y solicitó la autorización para la aplicación de instrumentos de recolección de datos.

Para realizar las encuestas se solicitó el consentimiento informado y se les indicó que los datos se mantendrán en el anonimato y confidencialidad.

Las encuestas se realizaron en la casa del Adulto Mayor donde se reúnen los adultos todos los domingos y aquellas personas que no asistieron ese día a la reunión se le realizó las encuestas en su domicilio.

3.5 TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS versión 18, y se analizaron a través de la estadística descriptiva e inferencial, ésta última a través de la prueba estadística no paramétrica de Correlación de Spearman con un nivel de significancia de 0,05, mediante la cual se identificó la relación que existe entre el soporte social percibido y la calidad de vida en salud de los adultos mayores.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 1. Soporte Social Percibido del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio

Soporte social percibido	Nº	%
Malo	37	52.9%
Regular	15	21.4%
Bueno	18	25.7%
Total	70	100%

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio

En la tabla Nº 1 se observa con respecto a la dimensión del Soporte Social Percibido que el 52.9% (37 adultos mayores) tienen un soporte social percibido malo, el 21.4% (15) tienen un nivel de soporte social percibido regular, y el 25.7% (18) tienen un nivel de soporte social percibido bueno.

Teniendo en cuenta que la mayoría de adultos mayores tienen un soporte social percibido malo que corresponde al 52.9% (37 adultos mayores) de la población total.

Lo encontrado en el estudio tiene su fundamento teórico referido por Barrera, M. (1986), quien estableció las bases conceptuales del soporte social, hacen referencia a los lazos que se establece como persona del entorno inmediato porque puede proporcionar ayuda en casos de necesidad. Estos lazos permiten al individuo enfrentar situaciones de estrés y a disminuir sus efectos. Para Avlund, K. (1998), el soporte social constituye una función de las relaciones sociales, las cuales poseen una dimensión estructural y una

funcional. La dimensión estructural de las relaciones sociales hace referencia a las relaciones interpersonales y a los lazos entre individuos. La dimensión funcional de las relaciones sociales se refiere a las interacciones interpersonales que se dan dentro de la estructura de las relaciones sociales; esta dimensión cubre los aspectos cualitativos y comportamentales de las relaciones sociales e incluye el soporte social, emocional e instrumental.

Tabla 2. Calidad de Vida del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio.

Calidad de vida	Nº	%
Bajo	34	48.6%
Regular	27	38.6%
Alto	9	12.8%
Total	70	100%

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio

En la tabla Nº 2 con respecto a la calidad de vida, el 48.6% (34 adultos mayores) tienen nivel de calidad de vida bajo, el 38.57% (27) tienen un nivel de calidad de vida regular, y solo el 12.86% (9) tienen un alto nivel de calidad de vida alto.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se percibe que los adultos mayores tienen baja calidad de vida.

Lo encontrado en el estudio tiene su fundamento teórico referido por Maslow, A. (1954), quien estableció una tendencia innata en el hombre a elegir lo que es beneficioso para él, o, por lo menos, a desearlo. Sabiendo, entonces, que existen en nosotros los conocimientos biológicos suficientes como para poder reconocer lo adecuado para nuestro bienestar, parece contradictorio que, a pesar de tener bien marcada la senda, sin darnos cuenta, insistamos en tomar la dirección contraria. De esta forma, muchos de nosotros escapamos a la posibilidad de crecer. Hemos perdido el instinto de lograr la calidad de vida.

Para Velasco, M., et al. (2001). El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo.

Tabla 3. Soporte Familiar y la Calidad de Vida en Salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio.

Nivel de soporte familiar	Nivel de calidad de vida							
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malo	14	20%	12	17.2%	2	2.8%	28	40,0%
Regular	14	20%	14	20%	3	4.3%	31	44,3%
Bueno	6	8.6%	1	1.4%	4	5.7%	11	15,7%
Total	34	48.6%	27	38.6%	9	12.8%	70	100,0%

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla N° 3 se observa que el 40% (28 adultos mayores) tienen un mal nivel de soporte familiar, el 44.3% (31) tienen un regular nivel de soporte familiar y solo el 15.7% (11) tienen un buen nivel de soporte familiar.

Con respecto al nivel de calidad de vida, el 48.6% (34) tienen bajo nivel de calidad de vida, el 38.6% (27) tienen regular nivel de calidad de vida, y solo el 12.8% (9) tienen alto nivel de calidad de vida.

Al establecer la relación entre las variables, se observa que más de la tercera parte 20% (14 adultos mayores), tienen un mal y regular nivel de soporte familiar con bajo nivel de calidad de vida respectivamente, y solo el 8.6% (6) tienen un buen nivel de soporte familiar pero un bajo nivel de calidad de vida.

El 17.2% (12) tienen un mal nivel de soporte familiar y un regular nivel de calidad de vida, el 20% (14) tienen un regular nivel de soporte familiar y de calidad de vida, y solo el 1.4% (1) tienen un buen nivel de soporte familiar y un regular nivel de calidad de vida.

El 2.8% (2) tienen un mal nivel de soporte familiar y un alto nivel de calidad de vida, el 4.3% (3) tienen un regular nivel de soporte familiar con un alto nivel de calidad de vida, y solo el 5.7% (4) tienen un buen nivel de soporte familiar con un alto nivel de calidad de vida.

Vera, M.(2007) señala en su estudio que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia, con amor

y respeto y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, comunicación, e información y para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades.

Para contrastar la hipótesis de investigación "Existe relación significativa entre el soporte familiar y la calidad de vida en salud" se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Spearman con un nivel de significancia de 0,05; encontrando un p valor = 0,543; en el cual no existe relación significativa entre el soporte familiar y la calidad de vida en salud. Ver resultado de prueba de hipótesis en anexo Nº 3

Lo encontrado en el estudio tiene sus fundamentos teóricos referido por Dorothea Orem (1972) "Teoría del autocuidado", consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Álvarez, M. (2006) señala que la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

Tabla 4. Soporte de los amigos y Calidad de Vida en Salud del adulto de la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de Junio

Nivel de soporte de amigos	Nivel de calidad de vida							
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malo	21	30%	20	28.6%	5	7.2%	46	65.8%
Regular	12	17.2%	6	8.6%	2	2.8%	20	28.6%
Bueno	1	1.4%	1	1.4%	2	2.8%	4	5.6%
Total	34	48.6%	27	38.6%	9	12.8%	70	100,0%

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla N° 4 se observa que el 65.8% (46 adultos mayores) tienen un nivel de soporte de amigos malo, el 28.6% (20) tienen un nivel de soporte de amigos regular y sólo el 5.6% (4) tienen un nivel de soporte de amigos bueno.

Con respecto al nivel de calidad de vida, el 48.6% (34) tienen un nivel de calidad de vida bajo, el 38.6% (27) tienen un nivel de calidad de vida regular, y solo el 12.8% (9) tienen un nivel de calidad de vida alto.

Al establecer la relación entre las variables se observa que más de la tercera parte 30% (21 adultos mayores) tienen un nivel de soporte de amigos malo con un nivel de calidad de vida bajo, el 17.2% (12) tienen un nivel de soporte de amigos regular con un nivel de calidad de vida bajo y solo el 1.4% (1) tienen un nivel de soporte de amigos bueno pero un nivel de calidad de vida bajo.

El 28.6% (20) tienen un nivel de soporte de amigos malo y un nivel de calidad de vida regular, el 8.6% (6) tienen un nivel de soporte de amigos regular y de calidad de vida respectivamente y solo el 1.4 % (1) tienen un nivel bueno de soporte de amigos y un nivel de calidad de vida regular.

El 7.2% (5) tienen un nivel de soporte de amigos malo, con un nivel de calidad de vida alto, el 2.8% (2) tienen un regular y buen nivel de soporte de amigos con un nivel de calidad de vida alto.

Para contrastar la hipótesis de investigación "El soporte de amigos influye significativamente en la calidad de vida en salud". Existe relación significativa entre el soporte amigos y la calidad de vida en salud" se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Spearman con un nivel de significancia de 0,05; encontrando un p valor = 0,618; en el cual no existe relación significativa entre el soporte de amigos y la calidad de vida en salud. Ver resultado de prueba de hipótesis en anexo Nº 3

Lo encontrado en el estudio tiene sus fundamentos teóricos referido por Dorothea Orem (1972) "Teoría del autocuidado", consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar

Stassen, K., et al. (2001) plantea que durante la adultez mayor las relaciones amicales y la calidad de las mismas resultan cruciales y muchas veces se constituyen como una barrera contra la pérdida del nivel de reconocimiento social característico de esta etapa de vida. Aunque los adultos mayores puedan mantener lazos con generaciones menores o con familiares, la presencia de amigos de la misma generación incrementa los recuerdos compartidos y la sensación de bienestar, pues estos se convierten en fuentes de alegría, ofrecen intimidad y brindan oportunidades para compartir actividades recreativas.

Tabla 5 Soporte de Personas Importantes y la Calidad de Vida en Salud del adulto de la Casa del Adulto mayor del AA.HH 7 de Junio.

Nivel de soporte de personas importantes	Nivel de calidad de vida							
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malo	19	27.2%	8	11.4%	0	,0%	27	38.6%
Regular	7	10%	13	18.6%	4	5.7%	24	34.3%
Bueno	8	11.4%	6	8.6%	5	7.1%	19	27.1%
Total	34	48.6%	27	38.6%	9	12.8%	70	100,0%

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla N° 5 se observa que el 38.6% (27 adultos mayores) tienen un nivel de soporte de personas importantes malo, el 34.3% (24) tienen un nivel de soporte de personas importantes regular y solo el 27.1% (19) que corresponde a menos de la mitad tienen un nivel de soporte de personas importantes bueno.

Con respecto al nivel de calidad de vida, el 48.6% (34) tienen un nivel de calidad de vida bajo, el 38.6% (27) tienen un nivel de calidad de vida regular, y solo el 12.8% (9) tienen un nivel de calidad de vida alto.

Al establecer la relación entre las variables se observa que el 27.2% (19 adultos mayores) tienen un nivel de soporte de personas importantes malo y a la vez un nivel de calidad de vida bajo, el 10% (7) tienen un nivel de soporte de personas importantes regular y un nivel de calidad de vida bajo y el 11.4% (8) tienen un buen nivel de soporte de personas importantes pero un bajo nivel de calidad.

El 11.4% (8) tienen un nivel de soporte de personas importantes regular y un nivel de calidad de vida bajo, y solo el 8.6% (6) tienen un nivel de soporte de personas importantes bueno y un nivel de calidad de vida regular.

El 5.7% (4) que corresponde a más de la tercera parte tiene un nivel de soporte familiar regular y un nivel de calidad de vida alto, y el 7.1 %(5) tienen un nivel de soporte de personas importantes bueno y a la vez un nivel de calidad de vida alto.

Para contrastar la hipótesis de investigación "Influye significativamente el soporte de personas importantes en la calidad de vida en salud" Existe relación significativa entre el soporte amigos y la calidad de vida en salud" se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Spearman con un nivel de significancia de 0,05; encontrando un p valor = 0,006; en el cual existe relación significativa entre el soporte de personas importantes y la calidad de vida en salud. Ver resultado de prueba de hipótesis en anexo Nº 3

Lo encontrado en el estudio tiene sus fundamentos teóricos referido por Dorothea Orem (1972) "Teoría del autocuidado", consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar

Barrera, M. (1986), señala que la red social se refiere a las diversas conexiones que los individuos tienen con sus otros significativos dentro de un medio ambiente particular. Así, las redes sociales pueden ser concebidas como el vehículo por medio del cual se distribuye o se intercambia el soporte social.

De otro lado, investigaciones como las de Crosnoe, R., Et al (2002) han señalado que las redes sociales cumplen un papel estabilizador, pues son la base desde la cual se constituye la integración social, elemento muy importante para la adaptación, en especial durante la adultez mayor.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La mayoría de adultos mayores tienen un nivel de soporte social percibido malo.

2. La mayoría de adultos mayores tiene un nivel de calidad de vida bajo.

3. Al establecer la relación entre las variables soporte familiar y calidad de vida; se observa que la mayor parte de adultos mayores tienen un mal y regular nivel de soporte familiar con bajo nivel de calidad de vida respectivamente.

4. Al establecer la relación entre las variables soporte de los amigos y calidad de vida, se observa que la mayoría de adultos mayores tienen un mal nivel de soporte de amigos malo con un nivel de calidad de vida bajo.

5. Al establecer la relación entre las variables soporte de personas importantes y calidad de vida, se observa que la mayor parte de adultos mayores tienen un nivel de soporte de personas importantes malo y a la vez un nivel de calidad de vida bajo.

5.2 RECOMENDACIONES

1) A las entidades gubernamentales realizar convenios con los Centros y Puestos de salud para la creación de entornos favorables que mejoren el soporte social del adulto mayor y de esta manera logren una vida sana y autónoma el mayor tiempo posible.

2) A las universidades realizar programas donde se involucre al adulto mayor a participar activamente en diferentes actividades recreativas, físicas y mentales y motivar a la práctica de estilos de vidas saludables, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

3) A la Universidad Nacional de Ucayali, que involucren al personal adulto mayor que labora en dicha institución, que realicen actividades para mejorar su calidad de vida, utilizando los recursos que cuenta la universidad como el gimnasio, mediante sesiones de actividad física y relajación.

4) A las familias recomendamos que los lazos familiares sean cada vez más fuertes, ya que la familia desempeña un rol decisivo en la vida de los adultos mayores.

5) A las instituciones que cuenten con Centros de Adultos Mayores, promover entre instituciones reuniones grupales, actividades sociales y de esta manera fortalecer los lazos amicales y lograr una sensación de bienestar.

6) A todas las personas que brindan la atención a personas adultos mayores crear un ambiente de confianza para desarrollar en el adulto mayor un sentimiento de acompañamiento mutuo.

Bibliografía

1. Álvarez Suárez, M. (2006). El Derecho de familia y su repercusión en las relaciones familiares.

2. Avlund, K (1998).Social relations and mortality: An eleven-year follow-up study,of 70 year old men and woman in Denmark.Social Science and medicine.

3. Álvarez Torres, O. M. (2001). El Procedimiento Familiar en Cuba, una necesidad impostergable.

4. Antonucci, L. (1985). Personal características, social support and social behavior. En Binstock, R.H. & Shanas, E. (Eds.) Handbook of Aging and the Social Sciences. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

5. Angermeyer, M y Killian R, (2000). Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En: Katschnig, H.; Freeman, H.; Sartorious, N., Calidad de vida en los trastornos mentales, 19-29. Masson, Barcelona

6. Badia, A. y García, C. (2000). La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación de Resultados en Salud.

7. Barrera, M. (1981). Preliminary developments of a scale or social support studies on college students. American Journal of Community Psychology

8. Barrera, M. (1986). Distinctions between social concepts, measures and models. American Journal of Community Psychology.

9. Barrera, M. & Ainlay, S. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical Analysis. Journal of Community Psychology

10. Barrón, A. (1996). Apoyo social. aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.

11. Barrón, A., Lozano, P., & Chacón, E. (1988). Apoyo social y autoayuda. In A. Martín, E. Chacón & M. Martínez (Eds.), *Psicología comunitaria* (). Madrid: Visor.

12. Belsky, J.K (1996). Psicología del envejecimiento: Teorías, investigaciones intervenciones. Barcelona: Masson. Bossé, R., Aldwin, C. M., Levenson, M. R & Workman-Daniels, K. (1991). How stressful is retirement? Findings from the normative aging study. Journal of Gerontology

13. Bowling, A. y Brazier, J. (1995). Quality of Life in Social Science and Medicine». Social Science & Medicine, nº 10, pp. 1337-1338.

14. Campbell, A., Converse, P y Rodgers, W. (1976). The quality of life. Nueva York: Russell Sage Foundation.

15. Cardona, D, Estrada A. y Agudelo, H., (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica.

16. Carrasco M. R. (2005). Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana

17. Cea D'Áncora, M.A. (1999) Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de Síntesis.

18. Cicerón. (1937). Las leyes, la vejez, la amistad. Ediciones Ercilla. Santiago de Chile.

19. Cohen, S. & Wills, T.A (1985) Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin

20. Conrado González, Y. (2005). El Procedimiento Familiar, un reto para la jurisdicción cubana. Tesis para optar por el grado de especialista en Derecho Civil y Patrimonial de Familia

21. Coronado, Díaz, Apoyala (2009).Percepcion de la calidad de vida relacionado con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo.

22. Crosnoe, R. & Elder, G. H. (2002). Successful adaptation in later years: a life course approach to aging. Social Psychology Quarterly.

23. Elespuro, T., Et al. (2014), Implementación de un programa de Atención Integral "PROATIN" para el mejoramiento de la Calidad de Vida del Adulto Mayor: Casa del Adulto Mayor AA.HH. 7 de Junio, 2012 – 2013.

24. Espín Andrade A. M. (2001). Familia y vejez. Revista Noticias Médicas.

25. Florenzano, R. (1993). En el camino de la vida: Estudios sobre el ciclo vital.

26. Guillen. V., Montoya A, Pérez S. (1998). Antología del crecimiento y desarrollo Tomo I

27. Giusti, L., (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.

28. Heller, K., Swidel, R.W, & Dusenbury, L. (1983) Redes sociales, apoyo social percibido y líderes con el estrés.

29. Jette, A (1980) Functional Status Index: rehability of a chronis disease evaluation instrument. Archives of physical medicine and rehabilitation.

30. Kressin, N, Spiro III y Skinner, K.M. (2000). Negative Affectivity and Health-Related Quality of Life. Medical Care

31. Lakey, B &Heller, K (1988). Social support from a friend, perceived support, and social problema solving.

32. Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos.

33. Lefrançois, G.R. (2001). El ciclo de la vida. México D.F: International Thompson Editores

34. Levi, L. y Anderson, L., (1980). Psychosocial stress: population, environment and quality of life. Nueva York: S. P. Books Division of Spectrum Publications, Inc.

35. LEVI, L. (2001). Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. En: Coping with stress and depression related problems in Europe.

36. Lin, N & Ensel, W (1989). Life stress and health: stressores and resources.

37. Marsella, A. y Snyder, K. (1981). El estrés, el apoyo social: Hacia un modelo interactivo.

38. Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales y Galvez(2010).Violencia hacia el adulto mayor: Centros de emergencia mujer del Ministerio de la Mujer y el desarrollo social.

39. Martinez, P. (2004). Perspectiva Temporal Futura y Satisfacción con la Vida a lo largo del ciclo vital. España: Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona.

40. Márquez, Izal., Montorio y Pérez (2004). Emoción en la vejez:una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de lavida de las personas mayores. Revista Española de Geriatría y Gerontología.

41. Maslow, A (1954) Teoría de las necesidades.

42. Organización Mundial de la Salud (2007). Programa de envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Revista especial. Geriátrica de gerontología.

43. Peña, Teran, Moreno y Bazan (2009). "Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE"

44. Perlmutter, M. (1992). Adult development and aging. New York: John Wiley & Sons.

45. Sánchez, G y Pérez, I. (2008) El funcionamiento cognitivo en la vejez:atención y percepción en el adulto mayor.

46. Sánchez, J. y González R, (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica.

47. Sarason, B. R. (1990). Social support: an interactional view. New York: John Wiley Sons.

48. Segrin, C. (2003). Age moderates the relationship between social support and psychosocial problems. Human Communication Research.

49. Stassen Berger,K. S. & Thompson, R.A. (2001). Psicología del desarrollo: adultez y vejez.

50. Stroebe, W., Stroebe, M & Abakoumkin, G (1996). The role of loreliness and social support in adjustament to loss: A test of attachment versus stress theory.

51. Siebert, D. C. , Mutran , E. J. , & Reitzes , D. C. (1999). Friendship and social support: The importance of role identity to aging adults.

52. Sirgy, D. (2001): Handbook of Quality of Life Research. An Ethical Marketing Perspective. Dordrecht, Kluwer.

53. Testa M. Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med 1996 March;

54. Vega, J. (1995). Desarrollo adulto y envejecimiento. Madrid: Síntesis.

55. Veit, C., & Ware, J. (1983) The structure of psychological distress and well-being in general populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

56. Velarde, E. y Ávila, C., (2002). Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México,

57. Velasco, M y Siibaldi (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. Mexico, D.F: Manual moderno.

58. Vera, Martha (2007) "Significado de calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia"

59. Vera, Sotelo y Dominguez (2005) "Bienestar subjetivos, enfrentamientos y redes de apoyo social en adultos mayores".

60. Walker,Mcbride y Vachon (1977).Social support networks and the crisis of bereavement.Social Science and medicine

61. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 (1993) Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA. The Health Institute.

62. Wortman, C (1984). Social Support and the cancer patient: conceptual and methodologic isues.

ANEXO Nº 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....acepto participar voluntariamente del proyecto "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", que se realizará en la Casa del Adulto Mayor del AA.HH 7 de junio.

Estoy en conocimiento que éste programa es parte del proyecto de tesis realizado por las bachiller en enfermería Amanda Solange Adrianzén Delgado y Cinthia Juliana Arévalo Peñaherrera, por tal motivo acepto realizar las encuestas propuestas, para los fines que estime convenientes en su investigación.

Firma

_____

ANEXO Nº 2

"Año de la Promocion de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Universidad Nacional de Ucayali
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

Escala para medir el soporte social percibido y cuestionario para medir la calidad de vida en salud.

I. Datos Generales:

Edad :
Sexo :
Grado de instrucción :
Religion :
Ocupación :
Procedencia :

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitiran saber como se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET.

FAMILIA	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre ó Siempre
Mi familia realmente trata de ayudarme.	1	2	3	4
Yo consigo ayuda emocional y apoyo, de mi familia.	1	2	3	4
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia.	1	2	3	4
La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones.	1	2	3	4
AMIGOS	**Casi Nunca**	**A Veces**	**Con Frecuencia**	**Casi Siempre ó Siempre**
Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal.	1	2	3	4
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.	1	2	3	4
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4

OTROS SIGNIFICATIVOS	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre ó Siempre
Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad.				
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas.				
Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí.				
Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos.				

CLASIFICACION DEL SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO SEGÚN LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ZIMET.

SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO MALO : 12 – 23 PTS

SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO REGULAR : 24-30 PTS

SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO BUENO : 31-48 PTS

CUESTIONARIO SF 36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Mala
2 Regular
3 Buena
4 Muy buena
5 Excelente

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho peor ahora que hace un año
2 Algo peor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año
4 Algo mejor ahora que hace un año
5 Mucho mejor ahora que hace un año.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 ☐ Sí, me limita mucho
2 ☐ Sí, me limita un poco
3 ☐ No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Si

2 ☐ No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ☐ Si

2 ☐ No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Si

2 ☐ No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ Si

2 ☐ No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 ☐ Si

2 ☐ No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Si

2 ☐ No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Si

2 ☐ No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 ☐ No, ninguno

2 ☐ Sí, muy poco

3 ☐ Sí, un poco

4 ☐ Sí, moderado

5 ☐ Sí, mucho

6 ☐ Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió agotado?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Muchas veces
4 ☐ Algunas veces
5 ☐ Sólo alguna vez
6 ☐ Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 ☐ Siempre
2 ☐ Casi siempre
3 ☐ Algunas veces
4 ☐ Sólo alguna vez
5 ☐ Nunca

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
BIBLIOTECA CENTRAL
U N U

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

CLASIFICACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO SF 36.

CALIDAD DE VIDA BAJO	:	64-88 PTS
CALIDAD DE VIDA REGULAR	:	89-100 PTS
CALIDAD DE VIDA ALTO	:	101-120 PTS

ANEXO Nº 3

RESULTADO DE LA PRUEBA DE HIPOTESIS

Correlaciones

			NIVEL DE SOPORTE FAMILIAR	NIVEL DE SOPORTE DE AMIGOS	NIVEL DE SOPORTE PERSONAS IMPORTANTES	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA	NIVEL DE SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO
Rho de Spearman	NIVEL DE SOPORTE FAMILIAR	Coeficiente de correlación	1.000	.582	.534	.074	.665
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000	.543	.000
	NIVEL DE SOPORTE DE AMIGOS	Coeficiente de correlación	.582	1.000	.485	-.007	.730
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000	.957	.000
	NIVEL DE SOPORTE DE PERSONASIMPORTANTES	Coeficiente de correlación	.534	.485	1.000	.326	.801
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.	.006	.000
	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA	Coeficiente de correlación	.074	-.007	.326	1.000	.126
		Sig. (bilateral)	.543	.957	.006	.	.298
	NIVEL DE SOPORTE SOCIAL PERCIBIDO	Coeficiente de correlación	.665	.730	.801	.126	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.298	.

ANEXO Nº 4

GRÁFICOS

GRÁFICO N°1
Relacion entre nivel de soporte familiar y calidad de vida

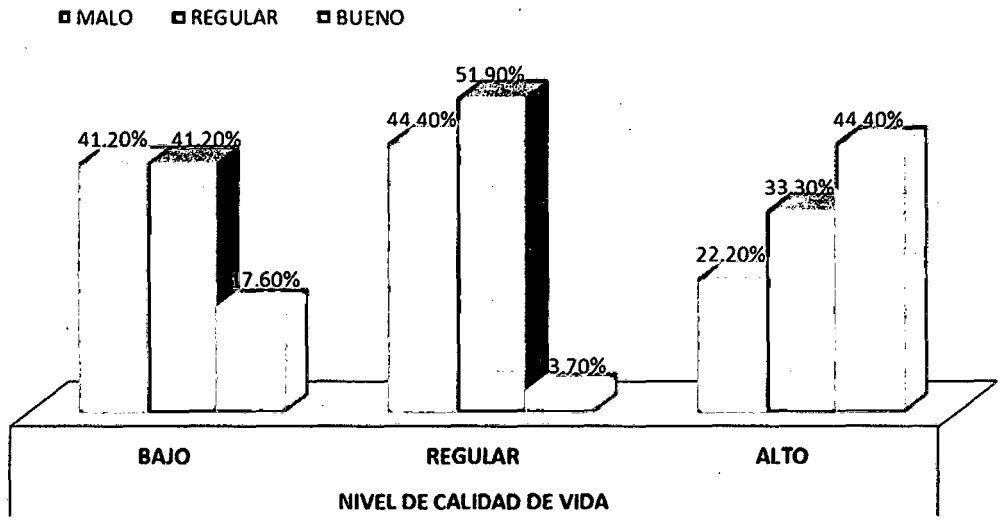


GRÁFICO N°2
Relacion entre soporte de amigos y calidad de vida

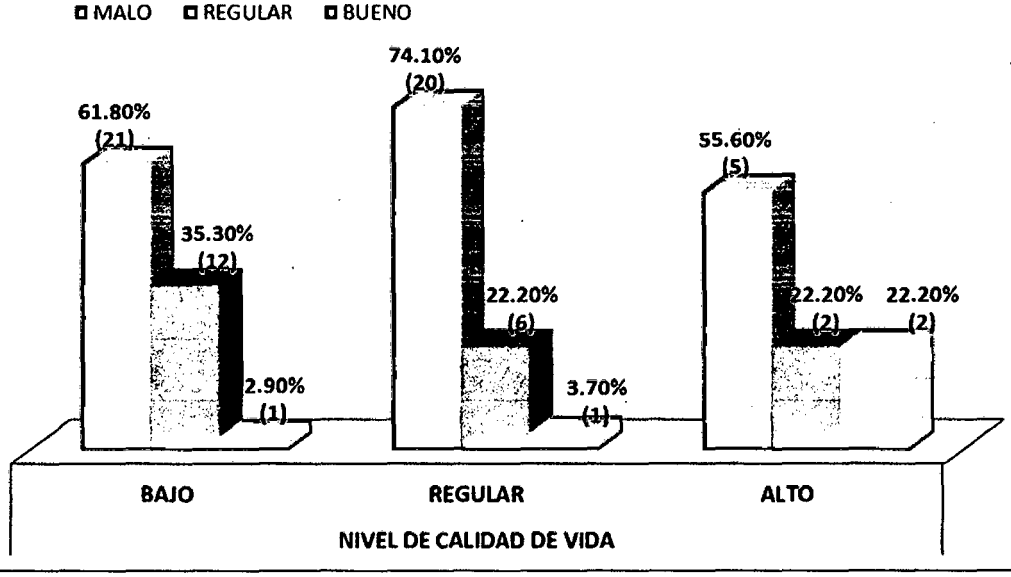
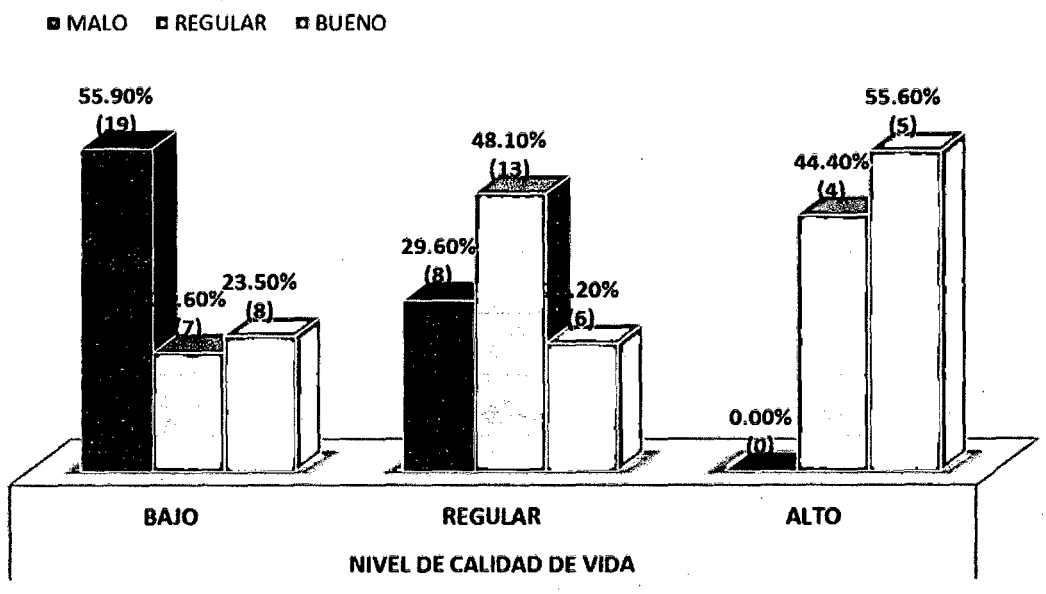


GRÁFICO N° 03

Relacion entre soporte de personas importantes y calidad de vida



1098T