



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA CON
CALIDAD DE VIDA EN
PARTICIPANTES DEL PROGRAMA
ADULTO MAYOR DE CENTROS DE
SALUD EN UN DISTRITO DE
CHICLAYO, 2017”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FIGURELLA ELIANA SOZA CARRILLO

LIMA – PERÚ

2020

DR. GIANCARLO OJEDA MERCADO
ASESOR

JURADO DE TEIS

**DRA. CARMEN ESTELA MONTENEGRO SERKOVIC
PRESIDENTE**

**DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES
VOCAL**

**MG. GERALDINE ZIDAE SALAZAR VARGAS
SECRETARIA**

Dedicatoria

A mis padres: Ana y David que, con su esfuerzo, hicieron posible todo esto, me apoyaron, y me siguen apoyando y orientando incondicionalmente, en todo momento, en cada paso que doy.

Agradecimientos

A Dios y a la Virgen María, por el regalo de la vida, y por todas las bondades que me brindan día a día.

A mis padres, mis hermanos, mis sobrinos: Mariah Belén y David, y a Carlos, gracias por todo su apoyo, paciencia y ánimos que me proporcionan en cada paso.

Al Dr. Giancarlo Ojeda que, como asesor, me orientó en todo el proceso, con bastante paciencia y sabiduría.

Fuentes de Financiamiento

Autofinanciada

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
MARCO TEÓRICO.....	6
ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES.....	6
ADULTO MAYOR.....	6
APOYO SOCIAL.....	10
RESILIENCIA.....	12
CALIDAD DE VIDA.....	15
APOYO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR.....	18
RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR.....	20
CALIDAD DE VIDA Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES.....	21
ANTECEDENTES.....	22
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	29
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
OBJETIVO GENERAL.....	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
METODOLOGÍA.....	33
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	33
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
NATURALEZA DE LOS PARTICIPANTES.....	33
POBLACIÓN.....	33
MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.....	34
CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN.....	35
HIPÓTESIS.....	35
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
INSTRUMENTOS.....	39
PROCEDIMIENTO.....	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	43
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS	

Resumen

La investigación realizada tuvo como objetivo general, determinar la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, y como objetivos específicos, identificar la frecuencia por niveles del apoyo social y la resiliencia, así como, los niveles de calidad de vida por dimensiones y la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida por dimensiones en 82 personas de ambos sexos; la técnica utilizada fue la encuesta a través del Cuestionario de Apoyo Social de Moss (1991), adaptado por Villalobos (2014) en Chiclayo, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptada por Castilla *et al.* (2016) en Lima, y el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), adaptada en Chile por Espinoza *et al* (2011); obteniéndose como resultado que el apoyo social y la resiliencia se relacionan con calidad de vida de manera alta (0.632).

Palabras clave: Apoyo social, resiliencia, calidad de vida, adulto mayor.

Abstract

The main objective of the research was, to determine the relationship between social support and resilience with quality of life in participants of the Elderly Adults Program of Health Centres in a District of Chiclayo, and as specific objectives, to identify the frequency by levels of social support and resilience, as well as, levels of quality of life by dimensions, and the relationship between the social support and resilience with quality of life by dimensions 82 people of both sexes, the technique used was the survey through the Social Support Questionnaire of Moss (1991), adapted by Villalobos (2014) in Chiclayo, the Resilience Scale of Wagnild and Young (1993), adapted in Peru by Castilla *et al.* (2016) in Lima, and the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), adapted in Chile by Espinoza *et al* (2011); obtaining as a result that social support and resilience are related to quality of life in a high way (0.632).

Keywords: Social support, Resilience, Quality of life, Elderly Adults.

INTRODUCCIÓN

La investigación aborda temas sobre la situación de los adultos mayores, en cuanto a cómo es percibida esta etapa, y qué aspectos están relacionados con la salud del adulto mayor; así como, una revisión acerca del apoyo social, la resiliencia y la calidad de vida, respaldado por bases teóricas.

Desde la perspectiva psicológica, se encuentra que la senectud implica un declive gradual de las capacidades físicas y cognitivas, tornando a la persona más vulnerable a adquirir enfermedades; las mismas que, si no son detectadas y tratadas correctamente, y a tiempo, podrían conducir a la persona a la muerte. Además que, esta etapa está asociada también, a cambios en la vida como la jubilación, el traslado a *lugares de reposo*, el fallecimiento de amigos o de la pareja (Quintanar, 2010); así como, la adaptación al trato que puedan recibir por parte de la familia o de la sociedad, por el simple hecho de llegar a esta etapa; por ello, resulta relevante considerar los elementos que puedan atenuar estos cambios, como el apoyo social y la resiliencia; así como también, reconocer la calidad de vida que ellos puedan tener, para liberarlos de esa *imagen* de soledad e incapacidad, y ayudarles más bien, a redescubrir sus capacidades y habilidades, a través de elementos que fortalezcan la adaptación psicosocial, y así, enriquecer su autoestima al verse como protagonistas activos dentro de la sociedad; en otras palabras, despertar en ellos, habilidades resilientes para alcanzar la calidad de vida que realmente merecen como personas que son, y contribuir a consolidar su ámbito personal, familiar y social; puesto que, de alguna u otra manera, toda persona llega a esta etapa. Es así que, lo que se pretende alcanzar con este estudio es identificar la correlación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida, en los participantes de la investigación;

así como, presentar los respectivos resultados a las instituciones y se retome la importancia del aspecto psicológico como parte de la prevención e intervención de manera integral; además de que, en caso presentarse resultados negativos, los participantes pudiesen recibir intervención por parte del personal del programa de la institución a la que asisten.

Tres años después de haber realizado la investigación, se encontró que la situación de los adultos mayores no ha variado tanto en el Perú pues, de acuerdo al informe técnico presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2020, cuya información fue obtenida a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), en donde se encontró que el 43.9% de los hogares del país, vivía con al menos una persona de 60 años a más; con respecto a los problemas de salud crónica en esta etapa, casi tampoco ha variado en cifras, puesto que, se mantiene un 82.3% en mujeres y 72.9% en varones; en cuanto al motivo de no asistir a atender su salud a algún establecimiento, la cifra aumentó a 74.3%, que no acude por recurrir a remedios caseros o por automedicarse, y un 22.2% por motivos de que demoran en la atención, el establecimiento les queda lejos para asistir, o simplemente, no les genera confianza, lo que aumenta el riesgo de cuidado de la salud en los adultos mayores; a pesar que se incrementó un poco la cifra de afiliados a algún seguro de salud, siendo ahora de 86.2%, (40.8% al SIS y 39.1% a EsSalud).

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Existen investigaciones que han considerado el estudio del apoyo social y la resiliencia en el adulto mayor, debido a la implicancia que éstas pueden poseer sobre la calidad de vida; de forma específica, se ha identificado que el apoyo social permite la ayuda emocional de parte de la red en la que se encuentra (Bowling, como se citó en Gracia, 2008), mientras que por su parte, la resiliencia facilita el afronte de situaciones negativas que puedan presentarse, para recuperarse emocionalmente y salir adelante de manera positiva (Águila, 2000); por tanto, como es entendible, ambas variables ayudarían a enfrentar de mejor manera, todos los cambios físicos, psicológicos y sociales que son propios en esta etapa, y que además, contribuirían a mejorar su calidad de vida.

A pesar que existen estudios sobre las variables mencionadas, se encontró que, en esa época, estas investigaciones estaban dirigidas a estudiar las variables de manera aislada, o en todo caso, correlacionar sólo dos de ellas, como es el caso del autor Perdomo en el 2014, sin considerar una posible relación entre todas éstas, y cómo es que la presencia o ausencia del apoyo social o de la resiliencia, podrían ser un predictor de la calidad de vida.

Por lo anteriormente señalado, se planteó la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de salud en un Distrito de Chiclayo, 2017?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adultez tardía se suele considerar como una situación de vulnerabilidad por causa del declive físico, psicológico y social que suele acompañarla, pero, sobre todo, por la cantidad de adversidades que deben atravesar los adultos mayores en esta etapa, como la pérdida de sus amistades, de su pareja y un posible cambio de residencia (Quintanar, 2010).

Y es que, como lo refiere Berger (2001), todos los cambios que se presentan en la vida del adulto mayor, es decir, cambios físicos, sociales y psicológicos, incluyendo en éste último, la pérdida de roles y de pertenencia; compromete más rápidamente su estado de salud, y favorece la probabilidad de que se generen enfermedades crónicas degenerativas y algún grado de indefensión en ellos, afectando su capacidad funcional, generando dependencia física y, por ende, afectando su autoestima. Pues, como lo afirma Zapata, Delgado y Cardona, (2015), un contexto familiar de desapego y desinterés acarrea sentimientos de abandono, en donde podría desarrollarse más fácilmente la depresión, lo que a su vez generaría la propensión a adquirir enfermedades.

Gazzotti (2010) menciona que, en Latinoamérica, se evidencia una situación de marginación hacia los adultos mayores, en el que no cuentan con su propio espacio para desarrollar lo que compete a su etapa de vida, como la transmisión de su experiencia y el disfrute de lo que con esfuerzo lograron; puesto que, la *ignorancia social* conlleva a pensar que una persona mayor representa una *carga* para la familia y la sociedad en sí, al no estar supuestamente *aptos* para algunas actividades, obviando el hecho de que también son personas, sólo que atraviesan

una etapa diferente del ciclo vital, a la que los demás miembros puedan estar atravesando (Molina, 2008).

A pesar que, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) afirma que, la esperanza de vida ha ido incrementando debido a la reducción de la mortalidad en el parto, la infancia, y la juventud, como también en los progresos en la higiene pública, lo que permite ofrecer mayores oportunidades para la sociedad y muy específicamente para las personas mayores y sus familias. En el Perú, el INEI (2017) a través de la ENAHO, menciona que un 82.3% de mujeres y un 70.7% de varones presentaban problemas de salud crónica, pese a que un 83.3% de personas contaba con algún tipo de seguro de salud, específicamente el 43.7% afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS), el 34.3% a EsSalud y un 5.3% a otro tipo de seguro, se encontró que el 70.5% consideraba que no era necesario asistir a centros de salud u hospitales, para atender su salud, debido a que recurrían a remedios caseros o simplemente se automedican; y otro dato importante que también proporcionó ésta encuesta es que sólo el 37.1% de la población vivía con adultos mayores en casa, lo que a su vez, resulta preocupante al cuestionarse sobre la situación de los demás adultos mayores en el país.

Surgiendo la necesidad de contar con factores como el apoyo social, la resiliencia entre otros, debido a las implicancias que tienen al mejorar la calidad de vida en los adultos mayores, así como también, contribuir de alguna manera a un envejecimiento saludable, que de acuerdo con la OMS (2019), implica ese proceso para generar y conservar la capacidad funcional necesaria para el bienestar en la vejez.

MARCO TEÓRICO

Aspectos conceptuales pertinentes

Adulto Mayor.

Envejecer es un proceso de declive por la degeneración progresiva de las competencias sensoriales y cognitivas, que varían de persona en persona; resultando evidente que en esta etapa se requiere de una mayor atención clínica en relación a otras, por lo que son más vulnerables a enfermedades; sin dejar de considerar, a las personas que viven de manera saludable por bastante tiempo hasta su muerte (Quintanar, 2010).

Risco (2007) refiere que, la última etapa del ciclo de vida es la adultez tardía e involucra cambios a nivel biológico, cognitivo y social a los que deberá gradualmente adaptarse.

La OMS (2002) manifiesta que se considera sana a una persona si es que, “los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran en armonía; de esta forma, las personas con un organismo en buenas condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada, manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente, consigo mismo”.

Motlis (1995) por su parte, hace referencia a una concepción funcional de la persona en el ámbito laboral, mencionando que los adultos mayores son las personas que adquieren una determinada edad en la que abandonan el trabajo de manera formal, entendiéndose por la población que dedicó su vida a trabajar y luego debe jubilarse de acuerdo a lo que determina la ley, según la edad y el tiempo de trabajo. Lo que de cierta manera es corroborado por Quintanar (2010), quien afirma que “al adulto mayor se le asocia generalmente con una etapa productiva terminada,

con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. Sin embargo, se ve que los adultos mayores tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de la vida; y es porque, continuamente se suele olvidar que es otra etapa más de la vida, por tanto, se debe vivirla y respetarla como tal”.

Cambios en el adulto mayor.

Cambios físicos.

De acuerdo con Papalia, Wendkos & Duskin (2001), mencionan que los principales cambios físicos que se presentan en el adulto mayor son: los cambios en los sistemas y órganos del cuerpo, ocasionado por enfermedades; disminución de pigmentación, textura y elasticidad de la piel, pérdida de cabello, reducción del tamaño corporal, adelgazamiento de los huesos y tendencia a dormir menos, así como la susceptibilidad del corazón a las enfermedades, pérdida o reducción de células nerviosas y de la capacidad de respuesta, a pesar que al parecer el cerebro es capaz de crear nuevas neuronas así como conexiones neuronales; problemas de visión y audición pueden interferir la vida diaria, a pesar que pueden corregirse, a diferencia de las pérdidas gustativas y olfativas que pueden conducir a una nutrición deficiente.

Florenzano (2003) menciona que, durante el envejecimiento, se ven afectados varios sistemas y funciones corporales, como el declive del sistema nervioso central, evidenciado en la aparición de placas seniles, la reducción del volumen cerebral, las cuáles ocasionan numerosos problemas en los procesos de la memoria, merma de las destrezas motoras finas y la velocidad de los reflejos.

Además, que como lo refiere Belsky (1996) se ve afectado también, el sistema inmunológico, que aumenta el peligro de contraer enfermedades.

Cambios cognitivos.

Un estudio longitudinal en Seattle, realizado por Schaie y sus colegas en 1994, respecto a la inteligencia adulta, descubrió que el funcionamiento cognitivo es muy variable en la vejez, puesto que, aunque pocas personas experimenten pérdidas en todas o en gran parte de las áreas y varias mejoren en algunas de éstas; aun así, no se reduce la capacidad para solucionar problemas interpersonales o de índole emocional, sin embargo, algunos aspectos de la memoria a corto plazo y la capacidad para recodar información recientemente aprendida o acontecimientos específicos, son menos eficientes. Además, la disminución de la percepción, así como, los cambios neurológicos, pueden explicar en gran parte, la disminución de la actividad de la memoria de los adultos mayores. Los rasgos de la personalidad tienden a permanecer estables, surgiendo ciertos cambios en la productividad (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001).

Florenzano (2003) refiere que, los cambios que tienen mayor impacto con respecto a los procesos cognitivos de los adultos mayores, vendrían a ser la ralentización de los procesos de comunicación cerebral, lo que limita el procesamiento y asimilación de información; lo que, a su vez, sugeriría un aprendizaje más lento y con dificultad, referente a nueva información.

Cambios psicológicos.

Papalia (2009) menciona que el verdadero problema que deben enfrentar los adultos mayores, sería el ocasionado por la política y la economía debido a que estos dos aspectos repercuten en su estatus más que el envejecimiento mismo, así

como también los grupos de edad más jóvenes, puesto que son estos quienes tienden a determinar el orden social.

Es por ello que, uno de los principales objetivos de los adultos mayores debería ser el comprender y aceptar su etapa de vida, incluyendo aquí, la debilitación de la fuerza y de la salud física, la jubilación y la propia muerte; para más bien, utilizar sus experiencias de vida para afrontar los cambios personales que se le presentan y adaptarse a su situación actual (Hoffman, 1996).

Cambios sociales.

Papalia, Wendkos & Duskin (2001), mencionan que conforme las personas envejecen, tienden a pasar menos tiempo con otros, debido a que el trabajo es una fuente beneficiosa de contacto social, por lo que las personas jubiladas, llevan tiempo con menor contacto social, en comparación a quienes continúan trabajando; además que, los adultos mayores con frecuencia, pasan por alto las oportunidades para aumentar el contacto social, puesto que las enfermedades les dificulta salir a ver a otras personas, entonces es probable que disfruten más de redes sociales más pequeñas, considerando que gran parte de su vida está enriquecida por la presencia de amistades de tiempo, como de miembros de su familia y amigos de la infancia, lo que hace que éstas sean más relevantes que otras, a pesar de la frecuencia con que vean a estas personas.

Entre otros cambios sociales resaltantes en la vida de los adultos mayores, está la pérdida de amistades y del cónyuge, generando sentimientos de tristeza en ellos, especialmente la viudez al tornarse como la separación más difícil a la cual adaptarse; asimismo, otro cambio social importante, vendrían a ser las variaciones

de roles dentro de la familia a las que deben adaptarse los adultos mayores (Vega, 2004).

Se puede entender entonces que la compañía de otras personas, les permitirá a los adultos mayores, saber que están rodeados por personas en las que pueden confiar y con las cuales contar en caso de tener algún problema, brindándole un ambiente de seguridad, lo que a su vez incrementaría su tranquilidad y bienestar (Villalobos, 2014).

Apoyo Social.

Definiciones.

Cassel (como se citó en Pinazo y Sánchez, 2005) enfatizó que la función primordial del apoyo social es ayudar a que se genere en la persona el sentirse amado, cuidado, y que se preocupen por él, sentir que es estimado y valorado, así como, que es parte de una red de deberes mutuos.

Thoits (como se citó en Fachado, Menéndez y Gonzales, 2013) afirma que el apoyo social consiste en cómo son satisfechos el afecto, la necesidad de seguridad, la identidad, pertenencia y aprobación, a través de la interacción con los demás.

Bal, Combez, Van Oost y Debourdeaudhuij (2003) indican que el apoyo social “tiene aspectos como recibimiento de amor y afecto, ayuda cuando se está enfermo, consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento importante en la vida, recibir visitas de amigos y familiares, entre otros”.

Morales, Moreno y Vallejo, (2003) complementan esta idea afirmando que esto es relevante, en cuanto a que forma parte del afrontamiento exitoso de vicisitudes que se acontecen en la vida.

En esta investigación se utilizó la definición de Bowling (como se citó en Gracia, 2008) quien refiere que el apoyo social es “un proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra”.

Perspectiva teórica del Apoyo Social

Durá y Garcés (1991) mencionan que, ésta perspectiva teórica sobre el apoyo social es conocida como *el efecto amortiguador*, es una concepción más compleja respecto a la influencia del apoyo social, el cual no repercute directamente ni en los estresores, ni en la salud; el apoyo social busca regular la relación entre la salud y el estrés, es decir, es un amortiguador para la salud, ante el impacto de eventos estresantes, conocido como *Hipótesis del efecto amortiguador* (The buffering hypothesis), planteada por Cohen y Willis (1985), que refiere que el estrés psicosocial genera consecuencias negativas en la salud y en el bienestar de las personas si es que no se cuenta con apoyo social, es así que, estas consecuencias se reducirían si las personas tienen fuertes apoyos sociales, puesto que algunos estudios mencionan que quienes han sobrellevado el estrés, se recuperan antes, alcanzando un estado de salud y bienestar mejor, siempre y cuando hayan recibido apoyo social.

Funciones del apoyo social.

De acuerdo con Pinazo y Sánchez (2005), existen tres tipos de funciones que cumple el apoyo social, de acuerdo al ámbito en el que se desarrolle, siendo las siguientes:

Apoyo Afectivo: también conocido como apoyo emocional o expresivo, el cual, englobaría compartir experiencias, pensamientos y sentimientos, según la disponibilidad de otra persona con la cual poder hablar, así como la necesidad de expresar emociones, estableciendo confianza e intimidad, afecto positivo e intenso, expresiones de respeto y sentimientos de ser valorado.

Apoyo informacional o estratégico: entendido como el consejo o la información necesaria para resolver situaciones estresantes o problemas presentados; en ocasiones se puede confundir con el apoyo emocional, debido a percepción del receptor, puesto que un consejo puede ser considerado como una manifestación de afecto o de preocuparse por la persona.

Apoyo material, tangible o instrumental: se refiere a la utilización de las interacciones sociales como fuente para lograr objetivos, considera también como la prestación de ayuda material directa o servicios, lo que reduce la sobrecarga de deberes, dejando tiempo libre para actividades de recreación; sin embargo, este tipo de apoyo puede generar a su vez, efectos negativos en el receptor, como sentimientos de tener una *deuda* con la persona que le brindó la ayuda.

Resiliencia

Definiciones

Según la Real Académica Española (s.f), la resiliencia es “la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ella”.

Wagnild y Young (1993) definen a la resiliencia como, un rasgo de la personalidad que controla el resultado negativo del estrés y promueve la adaptación al medio, a pesar de las adversidades.

Mientras que, Águila (2000) explica que consiste en la capacidad para enfrentar situaciones, recuperarse emocionalmente y salir adelante de manera positiva, posteriormente de haber tolerado alguna necesidad económica, así como, daños graves en el ámbito psicológico, moral y social.

Similar a la definición antes mencionada, Salgado (2005) manifiesta que la resiliencia es la aptitud para hacer frente, sobreponerse y aprender de las vicisitudes, e inclusive, convertirlas en oportunidades, debido al optimismo y a la inteligencia emocional propia de cada etapa de desarrollo.

Richardson en el 2002 (como citó Villalba, 2004) menciona que, la resiliencia se usa para examinar las competencias intrapersonales e interpersonales, así como, las fuerzas internas que se producen para aprender y crecer por medio de circunstancias adversas.

Vanistendael (2003) refiere que, la resiliencia es la aptitud de un sistema social o de una persona para desenvolverse entre las dificultades, incluyendo mecanismos como protegerse, resistir, defenderse, construir y planear en el tiempo; además que, se construye a lo largo de toda la vida, por la interacción de una persona con su entorno.

Modelo del desafío de Wolin y Wolin

Wolin y Wolin (1993) sugieren que “cada desgracia o adversidad que representa un daño o una pérdida puede significar el desafío o capacidad de afronte, o un escudo de resiliencia que no permitirá a estos factores adversos dañar a la persona sino por el contrario rebotarán para luego transformarlos positivamente, lo cual constituye un factor de superación, y apoyándose en las características resilientes que el sujeto posee”.

Díaz *et al.* (2017) nos dan una aproximación respecto a los factores protectores y a los factores de riesgo, los cuales se presentan a continuación.

Factores Protectores: Según Rutter (1985), son situaciones que cambian, optimizan o alteran la conducta de la persona hacia algún riesgo que induce a una consecuencia desadaptativa. A pesar de ello, existen dos clases de factores protectores incluidos en el desarrollo de la resiliencia, como lo son: los factores internos y los externos; entre los *factores internos* estarían la asertividad, la autoestima, el control de impulsos, la autonomía, la iniciativa, la creatividad, la espiritualidad, la flexibilidad, la moralidad, la motivación de logro, la personalidad, el ser buen amigo, la sociabilidad, la solución de problemas y la toma de decisiones (González Arratia, 2011); mientras que entre los *factores externos* estarían la relación de calidad con algún cuidador principal, la presencia de padres competentes, el apoyo social de la familia, la participación en instituciones formales como escuela o grupos religiosos y el desarrollo de vínculos informales, son las circunstancias socioambientales que benefician el desarrollo de la resiliencia (Mothner, 1995).

De acuerdo a Pesce *et al.* (2005), los factores protectores tienen cuatro funciones principales: reducir el impacto cuando una persona está expuesta a una situación de riesgo, disminuir las reacciones negativas después de la exposición al riesgo, desarrollar la autoestima y la autoeficacia estableciendo relaciones afectivas seguras y, por último, crear oportunidades para revertir los efectos del estrés.

Factores de Riesgo: son el conglomerado de características particulares, familiares y ambientales, que aumentan la posibilidad de la aparición de

dificultades de adaptación, emocionales, conductuales o de salud (Barcelata, 2015).

En conclusión, se podría decir que para que resulte la resiliencia es necesario que se den tanto los factores protectores, como los factores de riesgo que atenten contra la persona. (Fergus *et al.*, 2005 y Olsson *et al.* 2003, como se citó en Díaz *et al.*, 2017)

Es así que la definición que se asumió es la de Wagnild y Young (1993) y el modelo del desafío de Wolin y Wolin (1993), al encontrarse relacionadas entre ellas, brindando coherencia y consistencia a la investigación.

Características de la persona resiliente

López (2008) plantea rasgos para salir airoso después de un evento crítico, como lo es “la capacidad para resolver problemas, autonomía, creatividad, tener iniciativa, sentido del humor, adecuada autoestima, poseer esperanza, ser competentes, poseer control emocional, tener equilibrio personal, ser empáticos, adaptarse a situaciones difíciles o de riesgo, flexibles, positivos, capacidad de resistencia, autocríticos, optimistas, independientes, capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos, tomar decisiones, ser flexibles, tolerantes”.

Calidad de Vida

Definiciones

Brengelmann (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) manifiesta que, la calidad de vida son las situaciones que posibilitan disfrutar libre y satisfactoriamente de las interacciones sociales, sin síntomas psicósomáticos, y encontrando sentido a la vida; puesto que, el autor considera relevante cómo se desempeña la persona en los distintos ámbitos de vida, y el disfrute de estos.

Carpio, Pacheco, Flores, *et al.* (2000) refieren que la calidad de vida es, el producto funcional de las circunstancias biológicas, es decir el estado de salud – enfermedad, y la nutrición de la persona; condiciones psicológicas y sociales, permitiéndole adaptarse al medio que lo rodea.

La OMS (como se citó en Casas *et al.*, 2010), conceptualiza a la calidad de vida como la percepción de bienestar físico, psicológico, social, cultural y de valores, en concordancia con sus metas e intereses.

Corugedo, González, y González, (2013) afirman que es la valoración acerca de las condiciones materiales y espirituales, expresadas en tres dimensiones fundamentales, como la salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida, que le permitan valerse por mismo y realizar sus actividades.

Es así que la definición que se asumió fue la de la OMS y la Teoría del Grupo WHOQOL y la OMS, al encontrarse relacionadas entre ellas, brindando coherencia y consistencia para la investigación.

Teoría del Grupo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Medir la salud y los efectos de su cuidado, no sólo deben ser un indicador sobre la frecuencia y complejidad de las enfermedades, sino que también, debe brindar una estimación sobre el bienestar socioemocional (OMS, como se citó en Casas *et al.*, 2010).

De acuerdo con el WHOQOL en 1995 (como se citó en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012), la calidad de vida resulta de la variedad de elementos que intervienen en la apreciación y la valoración que hace una persona, respecto a los diferentes ámbitos de su vida y en la forma que percibe el bienestar o malestar de

éstas, por lo que se le considera como un abordaje multidimensional; entonces, se podría decir que la calidad de vida se conceptualiza como el sentimiento de bienestar general que contiene valoraciones subjetivas respecto al bienestar físico, social, material y emocional, así como, el desenvolvimiento personal y la realización de actividades que son valoradas por la persona; por tanto, las modificaciones en las condiciones o percepciones de vida o de los valores, podrían ocasionar cambios en todo lo demás, debido a que es un procedimiento dinámico enlazado.

WHOQOL en 1995 (como se citó en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012) refiere que la percepción personal sobre de la calidad de vida se expresa a través de los siguientes dominios:

Dominio físico: Establecido por la funcionalidad en cuanto a la energía o fatiga que se siente al realizar actividades cotidianas, así como por requerir de tratamientos médicos, al presentarse alguna dolencia o incomodidad.

Dominio psicológico: Referente a la satisfacción con la vida y consigo mismo, así como al amor propio, el manejo de los sentimientos positivos y negativos, la capacidad de concentrarse, aceptación de la imagen corporal y de la apariencia.

Dominio de relaciones sociales: Es la satisfacción con la interacción y apoyo social, así como con la actividad sexual.

Dominio del ambiente: Constituido por la satisfacción con el contexto físico, la seguridad, el transporte e información que le brinda éste, la participación en actividades recreativas, el acceso a los servicios de salud y los recursos financieros.

Modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por su parte, la OMS (como se citó en Morrison & Bennett, 2008) sugiere que la calidad de vida está establecida por percepciones que cada persona tiene acerca de su postura en la vida, su ambiente cultural con respecto a sus expectativas, metas y normas; es decir, se tiene en cuenta como una expresión general que requiere de diversos elementos que se complementan entre sí. Clasificando la calidad de vida de la siguiente manera: la incomodidad o dolor, el descanso, la energía o fatiga, comprendidos en la *salud física*; los sentimientos positivos, que potencian la reflexión, la concentración, la memoria y por ende el aprendizaje, así como la aceptación de la imagen corporal y la apariencia personal necesaria para la autoestima, comprendidos en la *calidad de vida psicológica*; las convicciones personales y los dogmas en la *Espiritualidad*; la capacidad para realizar actividades cotidianas, movilizarse por sí mismo, y el grado de dependencia de medicamentos corresponden al *grado de independencia*; las interacciones y el apoyo social práctico, así como la actividad sexual que corresponden a las *relaciones sociales*; y por último, la *relación con el entorno*, que implica la disponibilidad y calidad de la atención sanitaria, el entorno doméstico, la seguridad física, el transporte, los recursos económicos, y la participación en actividades recreativas.

Apoyo social del adulto mayor

Las relaciones sociales en los adultos mayores se suelen asociar con requerir de asistencia y apoyo social, es decir, mientras más contacto social tengan, mejor será el apoyo recibido; no obstante, las interacciones sociales no son un suministro

de soporte, ni una red social más extensa, sino que implica mayor apoyo para los adultos mayores (Mella *et al*, 2004).

Dicho de otra manera, lo más relevante en las relaciones sociales, es la calidad de éstas, en vez de la cantidad, así como, resulta importante también, conocer cuáles de estas interacciones tienen mayor significancia para ellos en función de sus necesidades; además, se sabe que varios problemas de salud en el adulto mayor son por la carencia de interacciones sociales. Asimismo, cuando un adulto mayor se jubila, su rol ante la sociedad queda desvalorizado, simplemente por haber llegado a esa edad, y como consecuencia de esta transición, se puede observar el abandono progresivo de interactuar con personas que solía frecuentar (Gaminde, 2000).

Conforme se avanza en edad, aumenta la probabilidad del estrés psicológico, y disminuye la interacción con otras personas; por lo que, la estima o el acompañamiento por parte de las amistades que tenga un adulto mayor, cobra mayor relevancia, y más aún, teniendo en consideración toda la serie de cambios que se dan como pérdida de sus seres queridos (pareja, amistades, familia), y el deterioro de su salud (pérdida de la visión, de la audición, la aparición de la artritis, de la demencia, o de enfermedades crónicas, etc.) (Pinazo y Sánchez, 2005).

Un componente esencial en la conformación de las redes sociales informales del adulto mayor, es el apoyo tanto familiar como amical, puesto que, le provee de experiencias que previenen el aislamiento por falta de contacto con personas que son importantes para él; además que, este apoyo es fundamental debido a que los protege contra alguna enfermedad, haciendo participar al adulto mayor en conductas preventivas de salud. (Zavala *et al*, 2006).

Por tanto, si el adulto mayor percibe que hay personas a su alrededor que entiendan lo que pueda estar atravesando, eso le ayudará a superar mejor sus problemas.

Resiliencia en el Adulto Mayor

De acuerdo con Jiménez Ambriz (como se citó en Gonzalvo, 2014), la resiliencia tiene más relevancia en la vejez, puesto que, es la fase en la que se atraviesan diversos sucesos críticos y muy estresantes, por lo que, bastantes personas mayores se adaptan a esas condiciones sin manifestar disminución del bienestar o de la satisfacción con la vida. Además, menciona que existen diferentes recursos que pueden fomentar la resiliencia en los adultos mayores, como el caso de: la *identidad positiva*, es decir, la autoevaluación positiva para establecer niveles de funcionamiento; el *control personal*, los cuales benefician la salud y la adaptación a circunstancias de crisis, de manera exitosa; la *autoeficacia* necesaria para mantener el optimismo en diferentes situaciones; la *autoestima* relacionada con altos niveles de bienestar en circunstancias extremas o la hora de enfrentar el estrés; *emociones positivas* que proporcionan experiencias subjetivas placenteras y que favorecen la adaptación y el bienestar; el *afrontamiento* con el objetivo de amortiguar aspectos negativos; el *optimismo* que colabora con el afrontamiento de adversidades; y por último las *redes sociales y apoyo social*, las cuales proporcionan ayuda para solucionar problemas, potenciando la autoestima y la autoeficacia, para una mejor percepción del apoyo que recibe y de la calidad de relaciones que conserva.

Monroy y Palacios (como se citó en Cruz, 2015), mencionan que la resiliencia contiene procesos genéticos, biológicos y psicológicos; y es que, en

diversas investigaciones se encontró que la resiliencia tiene un *componente innato*, así como un *componente aprendido*; el primero, hace referencia a una característica individual de la persona, es decir, a las diferentes fuerzas motivacionales dentro de la persona que promueven la integración a la adversidad de manera beneficiosa; mientras que el segundo, se define como variables que protegen a las personas de eventos negativos y propician la adaptación a las mismas, que puede ser promovida, desarrollada y aprendida (Jiménez, 2011; Nebel, 2008, como se citó en Cruz, 2015).

Asimismo, Baltes *et al*, (como se citó en Jiménez Ambriz, 2008), detallaron que la persona se caracteriza por la capacidad de reducir los efectos de lesiones, mediante cambios estructurales y funcionales en otras áreas; ésta capacidad es conocida como *plasticidad*; la cual es sumamente necesaria para el desarrollo humano y para la resiliencia, que se logrará activar a través de diferentes procesos como la selección, la compensación y la optimización.

Calidad de Vida y Resiliencia en Adultos Mayores

Para Vera (2007), existe una variedad de elementos que interfieren en la calidad de vida de los adultos mayores, como la protección familiar, la tranquilidad, necesidades de estabilidad, seguridad, y pertenencia, el respeto y cariño, la libertad de poder expresarse y tomar decisiones por sí mismo.

Según Varas (2009), “este grupo posee niveles de resiliencia más altos que la población en general”; y es que, la contribución que realiza la resiliencia, es un mejor conocimiento de los elementos que resguardan a los adultos mayores, de situaciones negativas que lo rodean, resultando importante las redes de apoyo con las que debe contar para enfrentar las vicisitudes de la vida, puesto que el formar parte o no a un grupo en esta etapa de vida, propicia circunstancias de aprendizaje,

la asistencia mutua, el desenvolvimiento afectivo, la percepción positiva de sí mismo, y convivencia con otros, lo que le proporciona medios para hacer frente a las dificultades pertinentes a la etapa de vida en la que se encuentra (Saavedra & Varas, 2013).

INVESTIGACIONES ANTECEDENTES

Nacionales

Villalobos en el 2014, realizó una investigación en Chiclayo acerca el nivel de apoyo social en 100 adultos mayores de un Centro de Salud, utilizando el Cuestionario de Apoyo Social de Moss, encontrando como resultado que el 49% de los participantes presentaron nivel bajo de apoyo social, siendo que el 52% de mujeres obtuvieron nivel medio en relación al 45% de varones que obtuvieron nivel bajo de apoyo social.

López en el 2017, investigó en Lima, acerca de resiliencia y satisfacción con la vida en 151 adultos mayores (46 varones y 105 mujeres, los cuales acudían a 4 Centros del Adulto Mayor, utilizando la escala de Resiliencia Connor-Davidson adaptada por Serrano, Garrido, Notario, Bartolomé, Solera y Martínez y la escala de Satisfacción con la vida de Martínez, obteniendo como resultado una relación significativa entre los factores de resiliencia y el nivel de satisfacción con la vida; evidenciándose que la resiliencia promueve la percepción de satisfacción con la vida de los adultos mayores, en otras palabras, se encontró que a mayor resiliencia se presenta mayor satisfacción con la vida.

Andrade en el 2014, hizo un estudio en Arequipa, acerca de los factores socioculturales y la resiliencia en 26 adultos mayores de un Centro de Salud, a través de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, obteniendo como resultado

que el 42% presentó grado moderado de resiliencia, y que la influencia de los factores como: la edad, la convivencia familiar, la ocupación, las relaciones interpersonales, la comunicación, y el grado de instrucción, es directa; mientras que, de los factores socioculturales como el estado civil y el género, es indirecta.

Tremolada en el 2017, investigó en Lima acerca de calidad de vida y sentido de coherencia en 40 adultos mayores de entre 68 y 92 años (24 varones y 16 mujeres), de un centro geriátrico, utilizando la versión adaptada al español del SF-36 y el cuestionario SOC-29, obteniendo como resultado una buena percepción de salud, por parte de los participantes, siendo el puntaje más alto, el de la dimensión de *salud mental* de CVRS; además, se encontró una correlación alta entre la dimensión *Salud Mental* de CVRS y *Significatividad de SOC*, así como también, diferencias en la CVRS según presencia de enfermedad crónica, sexo, nivel de instrucción, realización de actividades fuera del hogar y ejercicio físico.

Pablo en el 2016, realizó un estudio en Lima, sobre calidad de vida en 150 adultos mayores (entre varones y mujeres) de una Casa Polifuncional, utilizando el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF determinándose que el 46% presentó nivel bajo, seguido por un 41.3% con nivel regular; y solo un 12,7% con nivel bueno; en relación a las dimensiones, se encontró un 64.7% con nivel regular en la *dimensión física*, un 48% con nivel regular en la *dimensión psicológica*, un 52.7% con nivel regular en la *dimensión social*, y 47.3% con calidad de vida baja en la *dimensión ambiental*.

Levis, Castillo y Villa en el 2015, desarrollaron un estudio en Lima, acerca del Perfil de calidad de vida en 112) adultos mayores (49 eran varones y 63 mujeres) de Centros del Adulto Mayor, a través de la Escala de Calidad de Vida FUMAT de

Verdurgo, Gómez y Arias, obteniendo como resultados que el 83% de los adultos mayores presentaron calidad de vida promedio.

Quispe en el 2019, realizó una investigación en Lima, sobre la resiliencia, el apoyo social percibido y la satisfacción con la vida en 115 adultos mayores a través de la Escala de resiliencia de Wagnild y Young, el Cuestionario de apoyo social de MOS y la Escala de satisfacción de vida de Diener; obteniendo como resultados una correlación positiva - moderada entre las variables, lo que implica que para que las personas se adapten de manera asertiva, requieren de apoyo proporcionado por sus familiares y amigos, y así, obtener bienestar de vida; además, menciona que la satisfacción de vida es un área de la calidad de vida, relevante para los adultos mayores debido a la constante evaluación de los logros obtenidos durante su vida, influyendo en su estado de bienestar actual, de acuerdo a como lo refirió la autora.

Internacionales

Tariq *et al.*, en el 2020, realizaron un estudio en tres ciudades de la provincia de Punjab, en Pakistán acerca del rol del apoyo social percibido en una asociación entre discapacidad física y síntomas de depresión en la tercera edad, en 300 participantes, a través del Inventario de depresión de Beck y la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS), obteniendo como resultado una correlación significativa entre tres dimensiones del apoyo social (apoyo social, familiar y de personas significativas), la discapacidad física y los síntomas de depresión; así como, nivel bajo de apoyo social, lo que conduce a síntomas de

depresión; además de, rescatar la importancia de minimizar los riesgos de la depresión en la vejez, a través de los recursos que proporciona el apoyo social.

Silva *et al.*, en el 2019, investigaron en Brazil sobre la resiliencia y el apoyo social en 86 adultos mayores urbanos, a través de un cuestionario sociodemográfico, la escala de resiliencia de Wagnild y Young y la lista de evaluación del apoyo interpersonal, obteniendo como resultado un alto nivel de resiliencia y un moderado nivel de apoyo social, confirmando que esas variables son necesarias para una mejor adaptación a los cambios que se presentan en esa etapa de vida.

Santos *et al.*, en el 2019 realizaron un estudio en Sao Paulo acerca de la resiliencia, la calidad de vida y los síntomas depresivos en 148 adultos mayores con tratamiento ambulatorio, a través de la Escala de Resiliencia, el cuestionario de calidad de vida de WHOQOL-BREF, y la encuesta epidemiológica central de Depresión (CES-D), obteniendo como resultados que los síntomas depresivos y la calidad de vida se relacionan con la resiliencia; además que, el estado emocional de las personas podría contribuir al desarrollo de la resiliencia, lo que a su vez, mejoraría su salud física y mental, así como, su bienestar en general.

McClain, Gullatt & Lee en el 2018, realizaron una investigación en California sobre la resiliencia y los factores protectores en 58 adultos mayores de 62 años a más, a través de la escala de resiliencia de Wagnild & Young, la escala de autoeficacia general (GSE), el cuestionario de apoyo social de MOS y una encuesta breve para medir la salud física; obteniendo como resultado que la autoeficacia es un importante predictor de la resiliencia, y para ello, se requiere del apoyo social y de la actividad física trabajada durante la terapia ocupacional.

Peña *et al.*, en el 2018, investigaron en México acerca de la calidad de vida en 75 adultos mayores de 65 años a más, residentes de asilo, a través de un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de Salud SF-36 versión 2, encontrando entre los resultados que el 80% de los participantes presentó calidad de vida mala, así como, altos porcentajes de problemas físicos, emocionales, y sociales, originando una mala perspectiva de la salud y la vida.

Gutiérrez, Martínez, Orozco y Roza en el 2017, realizaron un estudio en Bogotá sobre la calidad de vida en 74 adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de dos municipios, a través del índice multicultural de calidad de vida (MQLI/Sp), dando como resultado un nivel alto de calidad de vida, incluyendo las dimensiones de apoyo comunitario, satisfacción espiritual y de servicios, a diferencia de los niveles bajos en las dimensiones de bienestar físico, y en funcionamiento ocupacional lo que posiblemente pueda deberse a los cambios físicos propios del envejecimiento y las patologías presentadas, aunque no influiría tan significativamente en la calidad de vida, a diferencia de con el bienestar social, psicológico y la satisfacción personal, tal como lo mencionan los autores.

Perdomo en el año 2014, realizó una investigación en Bogotá, respecto a la Resiliencia, el apoyo social, el estrés, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en 30 cuidadores informales (mayores de 18 años, entre varones y mujeres, y con nivel de escolaridad básico) de personas con Alzheimer, midiéndolo a través de la Escala de resiliencia (CD-RISC), el Cuestionario de Apoyo Social de Moss, el Cuestionario de Salud General (SF-12 versión reducida), Escala de estrés percibido (PSS) y la Escala de depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios (HAD), obteniendo como resultados correlación es de 0.349 entre resiliencia y apoyo social,

-0.269 entre resiliencia y calidad de vida, 0.349 entre apoyo social y resiliencia, -0.015 entre apoyo social y calidad de vida, 0.161 entre de calidad de vida y apoyo social, y 0.363 entre calidad de vida y resiliencia; además, se halló que los cuidadores informales tenían niveles moderados bajos de estrés, ansiedad y depresión, no obstante, la influencia de variables como resiliencia y apoyo social, regulan la situación impidiendo la sobrecarga y manteniendo de la calidad de vida.

Alfonso, Soto, y Santos en el 2016, investigaron en Cuba acerca de calidad de vida y apoyo social percibido en 20 adultos mayores (mayores de 60 años) del Círculo de abuelos, a través de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, la Escala M.G.H de Calidad de Vida, y la Entrevista Semi-estructurada, obteniendo como resultado una correlación positiva, puesto que, quienes poseen apoyo social alto, presentan mayores niveles de calidad de vida; además, también se encontró que el 75% de los adultos mayores percibieron un apoyo social alto y sólo el 40% presentaron mayores niveles de calidad de vida.

Esquivias en el 2015, realizó un estudio en Madrid, sobre la calidad de vida y apoyo social percibido en personas entre 75 y 90 años, utilizando el cuestionario OMS WHQOL-BREF, y el apoyo social percibido a través del cuestionario Duke-UNC; hallando niveles de apoyo social percibido similares en los tres grupos de evaluación, obteniendo una correlación positiva entre la calidad de vida y el apoyo social percibido.

Burán, en el 2017, hizo un estudio en Argentina sobre resiliencia y calidad de vida en 29 adultos mayores de ambos sexos (4 varones y 25 mujeres), utilizando el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CBCV), la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, un cuestionario ad hoc Socio Cultural y el test Mini-Mental State

Examination; concluyendo que no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las variables, debido a que los resultados en la significancia fue $p > 0.05$, además que el 62% obtuvo nivel alto de resiliencia, el 31%, nivel moderado y solamente hubo dos casos (7%) con puntajes que resultan en resiliencia baja, mientras que en el caso de la calidad de vida, un 77.2% de la población obtuvo niveles entre medio y alto, mientras que el 22.8% nivel bajo.

Saavedra y Varas en el 2013, efectuaron un estudio en Chile acerca de calidad de vida y características resilientes destacando la importancia de las redes de apoyo, en 82 adultos mayores de ambos sexos, con nivel socioeconómico bajo y la media de edad de 71 años, a través de la Escala de Resiliencia para Adultos SV-RES y la Escala de Calidad de Vida, obteniendo como resultado una correlación positiva entre la calidad de vida y la resiliencia, presentándose diferencias entre las personas que asisten a talleres y las que no, y cómo esto tiene un impacto positivo en ellos.

Zapata, Delgado y Cardona (2015) efectuaron un estudio en Colombia sobre Apoyo social y familiar, encuestando a 239 adultos mayores, encontrando una relación significativa entre el sexo y el no efectuar actividades distintas a las de la vida diaria, así como también, que el encontrarse solos, les hace sentir indefensos; pese a estar conformes con el apoyo brindado por la familia y amigos, las mujeres manifestaron sentirse maltratadas.

Aráujo y Faro en el 2016, realizaron un estudio acerca de la Resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil, con 117 mujeres adultas mayores entre 70 y 80 años, evaluadas a través de la escala de Resiliencia de Wagnild y

Young, dando como resultado una puntuación de 133.72 lo que indica una puntuación alta de resiliencia.

Gonzalvo en el 2014, realizó una investigación en Argentina respecto a la resiliencia y el bienestar psicológico en 136 adultos mayores (77 mujeres y 59 varones, de entre 75 a 85 años), institucionalizados y no institucionalizados (75 institucionalizadas y 61 no institucionalizadas), utilizando la escala BIEPS-A, la escala de resiliencia de Wagnild & Young y un breve cuestionario de datos sociodemográficos, obteniendo como resultados que los niveles de bienestar psicológico se relacionan con una alta resiliencia, tanto en adultos institucionalizados como en no institucionalizados; sin embargo, encontraron que los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas presentan menor nivel de resiliencia en comparación con aquellos que residen en hogares particulares.

Justificación del estudio

Debido a la gran cantidad de adversidades que aparecen en la etapa de adultez mayor, como los padecimientos físicos, en algunos casos, el escaso soporte emocional de parte de sus familias, hizo que surgieran motivos para realizar la investigación, a manera de mejorar su calidad vida en lo que les toca vivir, y como prevención secundaria para evitar secuelas; es por ello que entre los principales motivos de esta investigación, estuvo el determinar la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida de esta población, porque resulta relevante evaluar y entender la interacción entre éstas variables, y si es que la presencia o ausencia de alguna de éstas, genera algún cambio en la calidad de vida de los adultos mayores; así como también, identificar el nivel de apoyo social que reciben, el de resiliencia que poseen y cómo se relaciona esto en su calidad de vida; a manera de

intervenir en caso fuese necesario. Además, retomar la importancia de la intervención del profesional de Psicología dentro del trabajo multidisciplinario que implica la atención de personas que acuden al sistema sanitario.

Asimismo, la información recolectada resultó de utilidad como un indicador estadístico para el centro de salud del distrito donde se trabajó; además, es relevante como referencia para otras investigaciones en otros centros de salud que trabajan con adultos mayores. Y, por último, sirve como motivación para las diferentes instituciones de salud, estatales, privadas y afines a ellas, al optimizar la calidad de vida en esta etapa de vida, mediante la realización de diversas actividades enfocadas en las variables de la investigación, y se haga énfasis del tema como algo realmente necesario dentro de sus programas de prevención e intervención.

Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones son que no se puede generalizar y extrapolar los datos a toda la población, en este caso específico, a todos los adultos mayores del Distrito, sino que los resultados corresponden únicamente a un determinado grupo, debido a la estrategia de muestreo.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Conocer la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Objetivos Específicos.

1. Identificar la frecuencia por niveles de apoyo social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
2. Identificar la frecuencia por niveles de resiliencia en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
3. Identificar el promedio de calidad de vida física en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
4. Identificar el promedio de calidad de vida psicológica en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
5. Identificar el promedio de calidad de vida social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
6. Identificar el promedio de calidad de vida ambiental en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
7. Identificar la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida física en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
8. Identificar la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida psicológica en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

9. Identificar la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
10. Identificar la relación entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida ambiental en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

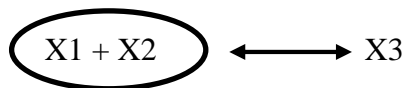
METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

El estudio pertenece a un tipo de investigación no experimental, debido a que no hay modificación de la realidad, ni manipulación de las variables de manera intencionada. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Diseño de la Investigación

La investigación tiene un diseño correlacional multivariable, donde se pretende saber cómo dos variables se relacionan con una tercera variable de interés, y cómo éstas tres pueden ir variando de manera conjunta. (Bernal, 2010). El diagrama es el siguiente:



NATURALEZA DE LOS PARTICIPANTES

Población

Descripción de la Población:

La investigación se realizó con los integrantes de los Programas Adulto Mayor de los Centros de Salud Estatales donde se llevó a cabo el estudio.

Estableciendo que se trabajó con dos Centros de Salud, el primero conformado por 30 personas (7 varones y 23 mujeres), mientras que el segundo grupo estuvo conformado por 70 personas (10 varones y 60 mujeres), dando una totalidad de 100 personas, con características similares como el nivel socioeconómico bajo, el grado de instrucción primario en su mayoría, así como el que vivieran solas o con un solo familiar y todos residentes en el mismo distrito; con respecto a las características de la población en relación a los centros de salud, ambos grupos realizaban el mismo tipo de actividades

recreativas desarrolladas en el programa como: oración al comenzar cada sesión, ejercicios de estiramiento, celebración de cumpleaños, paseos, etc; asimismo, entre las características de los centros de salud, ambos tenían los mismos servicios de atención como: medicina general, consultorios odontológicos, el servicio de psicología, el programa de crecimiento y desarrollo, emergencia, entre otros; entre los requisitos para participar del Programa estuvieron: tener 60 o más años de edad, ambos sexos, y estar previamente inscritos en el Programa Adulto Mayor, de su Centro de Salud, cuenten con Seguro Integral de Salud (SIS) o no. Por último, se podría decir que ambos grupos estuvieron integrados por personas de ambos sexos, que asistían al Programa Adulto Mayor de esos dos Centros de Salud del Distrito La Victoria, encontrándose mayor cantidad de mujeres en relación a la cantidad de varones.

Muestra y Método de Muestreo

En la presente investigación se hizo uso de una estrategia de muestreo aleatorio simple, para estimar el tamaño de muestra de la población que es finita (100 personas), considerando un nivel de significancia del 5% (0.05), dando como resultado una muestra de 80 personas como mínimo, cuya fórmula se presenta a continuación:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q} = \frac{1.96^2 \times 100 \times 0.5^2}{0.05^2 \times 99 + 1.96^2 \cdot 0.5^2} = 80$$

Por lo que, en la investigación se evaluó a 82 personas, de las cuales 26 eran del primer centro (6 varones y 20 mujeres), y 56 del segundo centro (10 varones y 46 mujeres), cuyas edades estaban comprendidas entre 62 a 87 años.

Unidad de análisis: Adultos Mayores del Programa Adulto mayor de los diferentes Centros de Salud donde se realizó la investigación.

Marco muestral: El padrón de registro de los adultos mayores del Programa Adulto mayor de los diferentes Centros de Salud donde se realizó la investigación.

3.3. Criterios de investigación

Inclusión.

Personas de ambos sexos que acudieron al Programa Adulto Mayor de los Centros de Salud Estatales del Distrito de La Victoria, Chiclayo, que estuvieron presentes el día de la evaluación.

Exclusión.

Personas con algún trastorno mental consignado en la historia clínica, que dificulten la evaluación.

Eliminación.

Cuestionarios que no fueron contestados todos los ítems, o se haya dado dos a más respuestas en una misma pregunta; de los cuales ningún cuestionario se eliminó debido a la manera de evaluación, la cual fue supervisada y en otros, se dio de manera individual.

Hipótesis

General:

HG: Existe una correlación alta entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Específicas:

- HE1. Existe una correlación moderada entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida física en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
- HE2. Existe una correlación alta entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida psicológica en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
- HE3. Existe una correlación alta entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.
- HE4. Existe una correlación moderada entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida ambiental en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Operacionalización de variables

Apoyo Social:

Definición Conceptual:

Se reconoce como el proceso en el que la persona consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se relaciona (Bowling, 1991).

Definición Operacional: El apoyo social fue operacionalizado por medio de su medición a través del Cuestionario de Apoyo Social de Moss (1991), contando con dimensiones como apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social, positiva, y apoyo afectivo, indicando niveles alto, medio y bajo.

Resiliencia:

Definición Conceptual:

Definida como una característica de la personalidad que controla el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación al medio, a pesar de las adversidades (Wagnild y Young, 1993).

Definición Operacional:

La resiliencia fue operacionalizada por medio de su medida a través de Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), la cual cuenta con dimensiones: confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y sentirse bien solo, y niveles alto, medio y bajo.

Calidad de Vida:

Definición Conceptual:

Autopercepción del bienestar en el ámbito físico, psicológico, en las relaciones sociales y el ambiente, dentro del contexto cultural y de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses (OMS en 1994, como se citó en Casas *et al.*, 2010).

Definición Operacional:

La calidad de vida fue operacionalizada por medio de su medida a través de Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) adaptada, la cual cuenta con dimensiones: físico, psicológico, relaciones sociales, ambiente; y niveles bajo, normal, alto y muy alto.

Tabla N° 1. Matriz de Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVELES	TIPO DE VARIABLE
Apoyo Social	Proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra. (Bowling, 1991)	Apoyo emocional	3,4,8,9,13,16,17,1 9	Alto (75 - 95)	Ordinal
		Apoyo instrumental	2,5,12,15		
		Interacción social positiva	7,11,14,18	Medio (52 - 74)	
		Apoyo afectivo	6,10,20	Bajo (19 - 51)	
Resiliencia	Wagnild y Young (1993) manifiestan que es una característica de la personalidad que controla el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación al medio, a pesar de las adversidades.	Confianza en sí mismo	6,9,10,13,17,18,2 4	Alto (139 - 175)	Ordinal
		Ecuanimidad	7,8,11,12		
		Perseverancia	1,2,4,14,15,20,23	Medio (125 - 138)	
		Satisfacción personal	16,21,22,25		
		Sentirse bien solo	5,3,19	Bajo (0-124)	
Calidad de Vida	OMS en 1994 (como se citó en Casas <i>et al.</i> , 2010). Mencionan que es la autopercepción del bienestar en el ámbito físico, psicológico, en las relaciones sociales y el ambiente.	Físico	3,4,10,15,16, 17	Muy alto (81- 100)	Ordinal
		Psicológico	5,6,7,11,19,26	Alto (61 - 80)	
		Relaciones sociales	20,21,22	Normal (41 - 60)	
		Ambiente	8, 9, 12, 13,14, 23, 24,25.	Bajo (21 - 40)	

INSTRUMENTOS

Cuestionario de Apoyo Social de MOS (ANEXO 2)

El cuestionario de Apoyo Social de MOS, fue creado por Sherbourne y Stewart en 1991, contiene 20 ítems con respuestas en escala tipo Likert de 5 puntos, para saber la frecuencia en que la persona percibe apoyo, el primer ítem hace referencia al apoyo estructural, es decir, la cantidad de personas que le proporcionan apoyo, mientras que los demás ítems valoran el apoyo funcional percibido, en otras palabras, los efectos de mantener interacciones sociales; además, puede ser administrado de manera individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 10 minutos.

El inventario fue adaptado en Lima por Cruz en el 2009, en una población de adultos mayores de ambos sexos, y también por Villalobos en Chiclayo, en el año 2014, quién estableció la validez a través del método de contrastación de grupos con la prueba T ($t=10.07$), con un nivel de significancia de 0.05, y la confiabilidad mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach por dimensiones: afectivo 0.87, instrumental 0.87, Emocional 0.78, interacción social positiva 0.76 y, así como la baremación de manera general y por dimensiones.

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ANEXO 03)

La escala fue creada por Wagnild, G. Young, H. en 1993 en Estados Unidos, contiene 25 ítems con respuestas en escala tipo Likert de 7 puntos, en donde 1 equivale a *total desacuerdo* y 7 a *total acuerdo*; los resultados de la escala general, están organizados en las categorías bajo (de 0-117), medio (118-134 y alto (135-+), con puntajes; además, evalúa dimensiones como: satisfacción personal (16, 21, 22, 25), ecuanimidad (7, 8, 11, 12), sentirse bien solo (5, 3, 19), confianza en sí mismo

(6, 9, 10, 13, 17, 18, 24) y perseverancia (1, 2, 4, 14, 15, 20, 23). Está dirigida a adolescentes y a adultos, y se puede aplicar de manera individual o colectiva, en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

La escala fue adaptada en Perú por Novella en el año 2002, en una muestra de cuidadores de pacientes con Alzheimer con índices de confiabilidad de 0.85; sin embargo, Castilla *et al.*, en el 2016, determinaron la validez y confiabilidad del instrumento en 332 varones y mujeres de entre los 17 y 64 años en Lima; estableciendo la validez a través del análisis de correlación ítem-test donde encontró asociaciones altamente significativas ($p < .001$), en cuanto a la confiabilidad, se halló mediante el coeficiente de consistencia interna, el cual fue considerado como elevado ($\alpha = .898$).

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF). (ANEXO 04)

El cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), fue creado por la OMS y el grupo WHOQOL en 1998, contiene 26 preguntas, con respuestas en escala tipo Likert de 5 puntos, de las cuales, dos de las preguntas equivalen a situaciones generales y las 24 restantes, constituyen cada una de las 24 facetas del instrumento original (WHOQOL-100); el WHOQOL-BREF puede ser administrado de manera individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos, además, consta de cuatro ámbitos: físicos (3, 4, 10, 15, 16, 17), psicológicos (5, 6, 7, 11, 19, 26), relaciones sociales (20, 21, 22) y medio ambiente (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25), definidos a continuación:

Dominio físico: Establecido por la funcionalidad en cuanto a la energía o fatiga que se siente al realizar actividades cotidianas, así como por requerir de

tratamientos médicos, al presentarse alguna dolencia o incomodidad. Con indicadores de 6 - 14 puntos calidad de vida mala, 15 – 25 regular, 26 – 35 buena.

Dominio psicológico: Referente a la satisfacción con la vida y consigo mismo, así como al amor propio, el manejo de los sentimientos positivos y negativos, la capacidad de concentrarse, aceptación de la imagen corporal y de la apariencia. Con indicadores de 6 – 14 puntos calidad de vida mala, 15- 23 regular, 24 – 30 buena.

Dominio de relaciones sociales: Es la satisfacción con la interacción y apoyo social, así como con la actividad sexual. Con indicadores de 3 – 6 calidad de vida mala, 7 – 10 regular, 11 – 15 buena.

Dominio del ambiente: Constituido por la satisfacción con el contexto físico, la seguridad, el transporte e información que le brinda éste, la participación en actividades recreativas, el acceso a los servicios de salud y los recursos financieros. Con indicadores de 8 -18 calidad de vida mala, 19 -28 regular, 29 – 40 buena.

Se utilizó la adaptación realizada por Espinoza *et al* (2011), en un grupo de adultos mayores chilenos que viven Santiago de Chile, quién estableció la validez a través del método de contrastación de grupos con un puntaje mayor a 0.05; y la confiabilidad mediante el Alpha de Cronbach de 0,96 y la división por mitades de 0,94 - 0,97; así mismo, constituyó los baremos, que arrojan categorías de: Bajo (21 – 40), Normal (41 – 60), Alto (61 – 80) y Muy alto (81 – 100).

PROCEDIMIENTO

Coordinaciones:

El estudio tomó en cuenta la revisión y autorización de la Facultad de Psicología, así como las recomendaciones y aprobación por parte del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Para realizar la investigación, primero se solicitaron los permisos correspondientes a los directores de los diferentes centros de salud en los que se realizó el estudio, y se realizaron las coordinaciones con las personas a cargo de los programas de cada centro, con la finalidad de proceder a aplicar los instrumentos de evaluación en los adultos mayores

Recolección de datos:

La recolección de datos se hizo de manera grupal y autoaplicada, en las instalaciones de los centros, en varias fechas previamente coordinadas con el Programa Adulto Mayor de cada Centro, hasta completar la cantidad de la muestra; asimismo, se supervisó la aplicación grupal de los instrumentos, verificando que todos los participantes entendieran el contexto de los ítems, y que no dejaran ninguno sin responder. En el caso de las personas con dificultades visuales, motrices o con bajo grado de instrucción, se les ayudó de manera individual a completar los instrumentos, leyéndoles los ítems, explicándoles el contexto, o ayudándoles a marcar las alternativas de acuerdo a lo que ellos iban indicando. La aplicación de cada instrumento, tuvo una duración aproximada de 8 minutos por en cada participante.

Consideraciones Éticas:

El proyecto de investigación fue presentado al Comité Institucional de Ética de la Universidad para evaluación y sólo se ejecutó previa aprobación del mismo; una vez definido esto, se procedió a ejecutar el estudio, haciéndose entrega del consentimiento informado (ANEXO 01), explicándoles sobre el carácter libre, voluntario y confidencial del mismo. Teniéndose en cuenta los tres principios éticos básicos: el respeto por la autonomía de las personas, la beneficencia y la justicia,

los cuales guían el desarrollo responsable de los protocolos de investigación, resguardando la confidencialidad y la voluntad al momento de realizar la investigación, a través de la numeración en cada prueba correspondiente a cada participante y una base de datos personal que sólo fue manejada por la investigadora, para identificar a los participantes, en el caso de la entrega de resultados y sugerencia de implementación de atención psicológica gratuita, si fuese necesario, como parte de los beneficios de la investigación; garantizando así, la protección de los derechos de los participantes. Así como también, se les proporcionó un mayor conocimiento acerca del objetivo de la investigación y de los beneficios a obtener por participar en ella.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se inició con la organización de las cifras que se obtuvieron en la evaluación, y estos fueron procesados a través de los programas especializados dando como resultado información necesaria para el estudio.

A nivel descriptivo se observaron resultados de los niveles de apoyo social, resiliencia y de calidad de vida que presenta cada participante, realizando análisis de frecuencias, promedios y desviación estándar. A nivel inferencial, se buscó identificar la correlación entre las tres variables, a través del modelo de correlación múltiple, previo análisis del comportamiento de la variable Calidad de vida, por medio del estadístico de Kolmogorov – Smirnov (ANEXO 5).

RESULTADOS

Conforme a los objetivos planteados en la investigación, se procede al análisis de los resultados de acuerdo a la evaluación, para ello, primero se determinó la relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1:

Relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida, según el estadístico de correlación múltiple, en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Coefficiente de	r
correlación	,632

La tabla 1 corresponde al objetivo general de la investigación, en la que se encuentra el coeficiente de correlación múltiple equivalente a 0.632, lo que demuestra que el apoyo social y la resiliencia se relacionan con calidad de vida de manera alta en los participantes del Programa Adulto Mayor, esto quiere decir que, que si el apoyo social no es percibido, es decir, las personas no consiguen ayuda emocional, instrumental, o económica de la red social a la que pertenecen, o la resiliencia no se presenta, en otras palabras, si no logran controlar el estrés negativo y adaptarse al medio; esto afectaría su autopercepción del bienestar físico, psicológico, en las relaciones sociales y con el ambiente.

Seguidamente se presenta en la Tabla 2, la frecuencia por niveles de apoyo social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 2:

Frecuencia por niveles de apoyo social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

	Frecuencia
Bajo	18
Medio	55
Alto	9
Total	82

La tabla 2 corresponde al primer objetivo específico, en donde se muestran los niveles de apoyo social de los participantes del Programa Adulto Mayor, observándose que 55 de un total de 82 participantes presentaron un nivel medio, lo que implica que posiblemente percibieran algún tipo de apoyo social por parte de sus familiares o comunidad en la que se relacionan, mientras que 18 participantes presentaron nivel bajo, esto probablemente implique que no contaran con apoyo social por parte de su entorno, o que por lo menos, éste no fue percibido; a diferencia de sólo 9 de ellos, quienes presentaron nivel alto de apoyo social, lo que indica que estas personas, se sientan apoyadas, escuchadas, o que por lo menos, tienen a alguien a quién recurrir cuando lo necesiten.

Se determinó la frecuencia por niveles de resiliencia en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 3:

Frecuencia por niveles de resiliencia en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

	Frecuencia
Bajo	50
Medio	27
Alto	5
Total	82

La tabla 3 corresponde al segundo objetivo específico, en donde se muestran los niveles de resiliencia de los participantes del Programa Adulto Mayor, observándose que más de la mitad de la población, es decir, 50 de 82 personas presentaron nivel bajo de resiliencia, lo que indica que posiblemente no fueran capaces de afrontar situaciones difíciles que se le pudiesen presentar; 27 personas obtuvieron nivel medio, es decir, en determinadas ocasiones son capaces de afrontar situaciones, o que requieren de apoyo de alguien más para el afronte de las mismas; y que sólo 5 de los participantes denotó nivel alto de resiliencia, es decir, son personas que son capaces de controlar sus emociones y de adaptarse a diversas situaciones.

Se identificó el promedio de la calidad de vida física en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 4:

Promedio de calidad de vida física en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Calidad de Vida	Promedio	D.S
Física	25.17 (nivel regular)	5.61

La tabla 4 corresponde al tercer objetivo específico, donde se muestran el puntaje promedio de calidad de vida física de 25.17, que equivale a un nivel regular, y la desviación estándar de 5.61; lo que implica que los participantes del Programa Adulto Mayor presentaron cierta fatiga, malestar, cansancio o necesidad de tratamientos médicos, lo que de alguna manera les imposibilita disfrutar plenamente de actividades de la vida diaria.

Se determinó el promedio de la calidad de vida psicológica en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 5:

Promedio de calidad de vida psicológica en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Calidad de Vida	Promedio	D.S.
Psicológica	12.79 (nivel malo)	3.23

La tabla 5 corresponde al cuarto objetivo específico, en el cual se muestran el puntaje promedio de calidad de vida psicológica de 12.79 que equivale a un nivel malo, y la desviación estándar de 3.23; lo que implica que los participantes del Programa Adulto Mayor no encuentran satisfacción de la vida y de sí mismos, es decir, no logran concentrarse, posiblemente debido a que no mantienen sentimientos positivos, y no afrontan adecuadamente los sentimientos negativos, así como una inadecuada percepción respecto a su imagen corporal, no expresando amor propio.

Se identificó el promedio de la calidad de vida social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 6:

Promedio de calidad de vida social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

	Promedio	D.S.
Calidad de Vida Social	12.48 (nivel bueno)	3.14

La tabla 6 corresponde al quinto objetivo específico, donde se muestran el puntaje promedio de calidad de vida social de 12.48, que equivale a un nivel bueno, y la desviación estándar de 3.14; lo que implica que los participantes del Programa Adulto Mayor encuentran satisfacción por las relaciones sociales que poseen, así como también, por el soporte emocional que perciben; lo que resulta entendible, en cuanto a que los participantes acuden a un Programa donde realizan actividades grupales para su edad, como oración, ejercicio de estiramiento, reciben charlas y realizan actividades comunitarias como parrilladas, paseos y la celebración de cumpleaños de cada integrante.

Se identificó el promedio de la calidad de vida ambiental en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 7:

Promedio de Calidad de vida ambiental en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Calidad de Vida	Promedio	D.S.
Ambiental	9.72 (nivel malo)	2.38

La tabla 7 corresponde al sexto objetivo específico, donde se muestran el puntaje promedio de calidad de vida ambiental de 9.72, que equivale a un nivel malo, y la desviación estándar de 2.38; lo que implica que los participantes del Programa Adulto Mayor no se sienten satisfechos con el lugar en el que viven, ya sea por cuestiones financieras, de seguridad, el transporte, o el acceso a servicios de salud; lo cual, podría explicarse mejor, teniendo en cuenta el distrito en el que viven, el cual no es tan seguro, así como las largas filas que deben formar y esperar para ser atendidos en los servicios de salud.

A continuación, se presentan la tabla donde se determina la relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida física en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 8:

Relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida física en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Coeficiente de	r
correlación múltiple	,576

La tabla 8 corresponde al séptimo objetivo específico, en el que se encuentra el coeficiente de correlación múltiple equivalente a 0.576, lo que demuestra que el apoyo social y la resiliencia se relacionan con calidad de vida física de manera moderada en los participantes del Programa Adulto Mayor, esto quiere decir, que si el apoyo social no es del todo percibido, es decir, que las personas no consiguen ayuda emocional de la red social a la que pertenecen, o si la resiliencia no se presenta, en otras palabras, que no logran controlar el estrés negativo y adaptarse al

medio, esto pudiese repercutir directamente en su calidad de vida física, por tanto esto afectaría su autopercepción del bienestar físico.

Se determinó la relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida psicológica en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 9:

Relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida psicológica en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Coefficiente de	r
correlación múltiple	,550

La tabla 9 corresponde al octavo objetivo específico, en el que se encuentra el coeficiente de correlación múltiple equivalente a 0.550, lo que demuestra que el apoyo social y la resiliencia se relacionan con calidad de vida psicológica de manera moderada en los participantes del Programa Adulto Mayor, esto quiere decir, que si el apoyo social no es del todo percibido, es decir, que las personas no consiguen ayuda emocional de la red social a la que pertenecen, o si la resiliencia no se presenta, en otras palabras, que no logran controlar el estrés negativo y adaptarse al medio, pudiese afectar directamente o no en su calidad de vida psicológica, es decir, la autopercepción del bienestar psicológico.

Se determinó la relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida social en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 10:

Relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida social en participantes del Programa Adulto Mayor de un Centro de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Coeficiente de	r
correlación múltiple	,575

La tabla 10 corresponde al noveno objetivo específico en el que se encuentra el coeficiente de correlación múltiple equivalente a 0.575, lo que demuestra que el apoyo social y la resiliencia se relacionan con calidad de vida social de manera moderada en los participantes del Programa Adulto Mayor, esto quiere decir, que si el apoyo social no es del todo percibido, es decir, que las personas no consiguen ayuda emocional de la red social a la que pertenecen, o si la resiliencia no se presenta, en otras palabras, que no logran controlar el estrés negativo y adaptarse al medio, pudiese repercutir directamente o no en su calidad de vida social, es decir su autopercepción del bienestar social.

Por último, se determina la relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida ambiental en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Tabla 11:

Relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida ambiental en participantes del Programa Adulto Mayor de Centros de Salud en un Distrito de Chiclayo, 2017.

Coeficiente de correlación	r
múltiple	,608

La tabla 11 corresponde al décimo objetivo específico, en el que se encuentra el coeficiente de correlación múltiple equivalente a 0.608, lo que demuestra que el apoyo social y la resiliencia se relacionan con calidad de vida ambiental de manera alta en los participantes del Programa Adulto Mayor, esto quiere decir, que si el apoyo social no es del todo percibido, es decir, que las personas no consiguen ayuda emocional de la red social a la que pertenecen, o si la resiliencia no se presenta, en otras palabras, que no logran controlar el estrés negativo y adaptarse al medio, esto afectaría directamente en su calidad de vida ambiental, es decir, la autopercepción del bienestar ambiental.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la hipótesis general planteada, el apoyo social y la resiliencia se relacionan con calidad de vida de manera alta, lo que podría deberse a que la resiliencia y el apoyo social les permite una mejor comprensión y afronte de situaciones negativas, propias de la etapa de vida que atraviesan los adultos mayores, así como también, una mejor perspectiva de las cosas, lo que mejora a su vez, la calidad de vida en ellos, de acuerdo como lo refiere Saavedra y Varas (2013) y Gaminde (2000), quiénes también afirman esta relación; por un lado, los resultados de esta investigación son similares a los de Alfonso, Soto y Santos, (2016) en Cuba y a los de Perdomo (2014) en Bogotá, quienes también encontraron una relación alta; sin embargo, difieren de cierta manera con los resultados de Esquivias (2015) en Madrid, quién halló una relación moderada (0.417) entre la calidad de vida y el apoyo social; y con los de Quispe (2019), en Lima, quién también halló una correlación positiva moderada entre la resiliencia, el apoyo social y la satisfacción de vida; mencionando que ésta última, se considera como un área de la calidad de vida necesaria para los adultos mayores debido a la evaluación constante de todo lo logrado a lo largo de su vida, y que de ello, dependerá su estado de bienestar actual.

Con respecto a los resultados descriptivos, se observa que 55 de un total de 82 participantes presentó nivel medio de apoyo social; lo cual concuerda con los resultados de Zapata, Delgado y Cardona (2015), en Colombia, quiénes hallaron al apoyo social en sus participantes como satisfactorio, lo que podría entenderse como un nivel medio; así como también, coincide además con los resultados de Villalobos (2014), y con los de Silva *et al.* (2019) quiénes también encontraron nivel medio en

los participantes de su investigación; situación que difiere de la encontrada por Alfonso, Soto, y Santos (2016) en Cuba, con un 75% de adultos mayores con nivel alto y con la de Tariq *et al.* (2020), quiénes más bien, encontraron nivel bajo de apoyo social, lo que incrementa la posibilidad de presentar sentimientos negativos y que conducen a la depresión, según lo mencionaron los autores. Y es que, es muy posible que la mayoría de personas de esta investigación, no percibieran del todo el apoyo social; pues éste implica recibir afecto, ayuda cuando se está enfermo, recibir visita de amigos y familiares según menciona Bal, Combez, Van Oost y Debourdeaudhuij (2003); además que, como lo señala (Zavala *et al*, 2006), el apoyo social es un factor fundamental para compartir experiencias, evitar el aislamiento y las enfermedades; mientras que, la situación de gran parte de este grupo de personas, es que viven solas, distanciadas de sus familiares, y no siempre cuentan con una persona que esté pendiente de ellos, con la que puedan conversar, o que por lo menos, pueda acompañarlos a los lugares que necesitan ir, como consultas médicas, o simplemente distraerse.

En relación a la resiliencia, se evidenció que 50 de 82 personas presentaron nivel bajo, esto quiere decir, que posiblemente estas personas no fueran capaces de afrontar situaciones estresantes que se le presentaran, lo cual podría deberse a que posiblemente no contaran con recursos como: la autoestima, las emociones positivas, el afrontamiento, el apoyo social entre otros, los cuales son necesarios para que se fomente la resiliencia y así favorecer el bienestar y la adaptación a las diversas situaciones, como lo menciona Jiménez Ambriz (como se citó en Gonzalvo, 2014); y es que, a pesar de asistir al programa adulto mayor de su centro de salud al que estuviesen adscritos, en el cual se realizan diferentes actividades

para mejorar la salud mental y así complementar su bienestar general; hubo quiénes no se disponían a participar del todo en esas actividades, por cuestiones personales, familiares, al sentirse solos, sin nadie con quien contar, o por padecer síntomas de alguna enfermedad, lo que de cierta manera, podría explicar los resultados de este estudio; ahora bien, estos, son totalmente contrarios a los encontrados por Araújo y Faro (2016) en Brazil, a los de Burán (2017) en Argentina y a los de Silva *et al.* (2019) en Brazil, quiénes hallaron nivel alto de resiliencia en los participantes de sus investigaciones; sin embargo, difiere de los resultados de Andrade (2014) en Arequipa quien encontró un 42% de personas con nivel medio. Asimismo, se encontró cierta discrepancia con los resultados de Gonzalvo (2014) en Argentina, dado que ella concluyó que los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas presentan menor nivel de resiliencia en comparación a aquellos que residen en hogares particulares, como los participantes de este estudio, los cuales, todos residen en hogares particulares y más de la mitad presentó nivel de resiliencia bajo; y es que, de acuerdo con Ortiz y Castro en el 2009 (como se citó en Gonzalvo, 2014), pese a que la vejez implique nuevos estados físicos y psicosociales inevitables, los adultos mayores no institucionalizados logran adaptarse a estas nuevas situaciones, reformulándose sus objetivos y desafíos conforme a sus nuevas capacidades; lo que resulta totalmente contrario a los resultados de esta investigación.

En lo que respecta a la calidad de vida física, se observó un puntaje promedio de 25.17, que equivaldría a un nivel regular, lo que podría deberse al padecimiento de enfermedades en los participantes del estudio; puesto que, la tercera edad tiende a sufrir más enfermedades crónicas, tal como lo menciona

Quintanar (2010), situación que les imposibilita disfrutar plenamente de actividades de la vida diaria. Los resultados de este estudio son similares a lo trabajado por Pablo (2016) en Lima con un 64.7% y a los de Quintanar (2010) en México, quien obtuvo un 70% de personas con nivel medio de calidad de vida física.

Mientras que en relación a la dimensión psicológica se obtuvo un puntaje promedio de 12.79, que equivaldría a un nivel malo, lo que podría deberse a que no suplieron la necesidad de ser escuchados por la familia o la comunidad, así como, a posibles problemas intergeneracionales, carencia de afecto y comprensión, o la pérdida de roles; situaciones que afectan su autoestima, de acuerdo a lo que menciona Quintanar (2010); sin embargo, los resultados de este estudio difieren de los encontrados por Pablo (2016) en Lima con un 48% y con los de Quintanar (2010) en México, con un 60% de personas con nivel medio de calidad de vida psicológica.

En relación a la dimensión social, se obtuvo un puntaje promedio de 12.48, que equivaldría a un nivel bueno, lo que podría deberse a las necesidades sociales cubiertas, posiblemente por lo que asisten al Programa Adulto mayor, puesto que, como lo afirma Gaminde (2000), la importancia que tiene la calidad de las relaciones sociales, y cómo la ausencia de éstas, podrían incrementar los problemas de salud en los adultos mayores; sin embargo, los resultados de este estudio difieren de los encontrados por Quintanar (2010) en México, con un 30% y con los de Pablo (2016) en Lima con un 52.7% de personas con nivel medio de calidad de vida social.

En cuanto a la dimensión ambiental, se obtuvo un puntaje promedio de 9.72, que equivaldría a un nivel malo, lo que podría deberse a que los participantes, no se sientan satisfechos con el lugar en el que viven, respecto a los aspectos de

seguridad, el transporte, así como, el acceso a servicios de salud; y es que, según menciona Pablo (2016), la inseguridad que ocasiona el ambiente en el que residen los adultos mayores, la calidad de servicios públicos y los problemas sociales como violencia, drogadicción, favorecen la insatisfacción en la comunidad, específicamente para los adultos mayores, quienes de por sí, ya deben lidiar con sus propios padecimientos; ahora bien, los resultados de este estudio, son similares a lo encontrado por Pablo (2016) en Lima con un 47.3% de personas con nivel bajo de calidad de vida ambiental., aunque difieren con lo hallado por Quintanar (2010) en México, quién más bien, encontró un 80% de personas con calidad de vida ambiental regular.

En lo que respecta a la relación entre el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida física, se obtuvo una correlación moderada de 0.576, lo que significa que si el apoyo social no es del todo percibido, o si no se desarrolla la resiliencia, esto pudiese repercutir en su calidad de vida física; y es que al evaluar a los participantes, se encontró que estos aspectos afectan directamente al desenvolvimiento diario de los adultos mayores, empeorando la percepción de enfermedades; tal como lo afirma Zavala *et al* (2006), el apoyo social y familiar, es un factor fundamental, para evitar el aislamiento, protegerlos contra las enfermedades, y disminuir así, los índices de hospitalización.

Por otro lado, con respecto al apoyo social y la resiliencia con calidad de vida psicológica, se obtuvo una correlación moderada de 0.550, una vez más, esto quiere decir que, si las personas no se sienten escuchadas, o si la resiliencia no se presenta, esto afectaría su calidad de vida psicológica; lo cual se vio manifestado en los resultados de la investigación, en cuanto al nivel de concentración, y los

sentimientos positivos y negativos que presentaron los participantes durante la evaluación; puesto que, según Saavedra y Varas (2013), la resiliencia proporciona una mejor comprensión de la situación, protegiendo a los adultos mayores de situaciones negativas, por lo que a su vez, resultan importantes también, las redes de apoyo social para enfrentar las vicisitudes y generar una autopercepción positiva de sí mismo.

Con respecto al apoyo social y la resiliencia, con calidad de vida social, se obtuvo una correlación moderada en 0.575, lo que cual podría entenderse como que la calidad de vida social aporta de manera moderada a la correlación, en otras palabras, si el apoyo social no es percibido, o si la resiliencia no se presenta, pudiese repercutir en su calidad de vida social, puesto que, la participación social contribuye a la calidad de vida, reduciendo los índices de depresión, y mejorando su integración en la sociedad, de acuerdo a lo que refiere Pablo (2016), así como también, la resiliencia contribuye en generar una mejor percepción de la satisfacción de vida (López, 2017).

Por último, en relación al apoyo social y la resiliencia con calidad de vida ambiental, se obtuvo una correlación alta de 0.608, es decir, que si el apoyo social no es percibido, o si la resiliencia no se desarrolla, esto afectaría directamente a su calidad de vida ambiental; y es que el apoyo social y la resiliencia resultan necesarias incluso para el disfrute de actividades recreativas, tales como las que realizan los participantes en el Programa al que asisten; como lo son: paseos, ejercicios, que les permite distraerse y mejorar su calidad de vida; tal como lo definen Carpio, Pacheco, Flores *et al* (2000), la calidad de vida es el resultado

funcional de las circunstancias biológicas, psicológicas y sociales, para adaptarse al medio que lo rodea.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se puede concluir de manera general, que existe una correlación alta entre el apoyo social y resiliencia con calidad de vida en los participantes, por tanto, se acepta la hipótesis general.

A nivel descriptivo, y respondiendo al primer objetivo específico, se encontró 55 de un total de 82 personas con nivel medio de apoyo social, 18 con nivel bajo y sólo 9 con nivel alto.

En cuanto al segundo objetivo específico, se evidenció 50 de 82 personas con nivel bajo de resiliencia, 27 con nivel medio y 5 con nivel alto.

Con respecto al tercer objetivo específico, se encontró un puntaje promedio de 25.17, equivalente a un nivel regular de calidad de vida física.

Respondiendo al cuarto objetivo específico, se denotó un puntaje promedio de 12.97, equivalente a un nivel malo de calidad de vida psicológica.

Mientras que, respecto al quinto objetivo específico, se evidenció un puntaje promedio de 12.48, equivalente a un nivel bueno de calidad de vida social.

En relación al sexto objetivo específico, se encontró un puntaje promedio de 9.72, equivalente a un nivel malo de calidad de vida ambiental.

Con respecto al séptimo objetivo específico, se halló una correlación moderada entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida física; por tanto, se acepta la primera hipótesis específica.

Respondiendo al octavo objetivo específico, se evidenció una correlación moderada entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida psicológica; por tanto, se rechaza la segunda hipótesis específica, debido a que se estimó que habría una correlación alta.

En cuanto, al noveno objetivo específico, se denotó una correlación moderada entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida social; por tanto, se rechaza la tercera hipótesis específica, debido a que se estimó que habría una correlación alta.

Por último, referente al décimo objetivo específico, se encontró una correlación alta entre el apoyo social y la resiliencia con calidad de vida ambiental; se rechaza la cuarta hipótesis específica, debido a que se estimó que habría una correlación moderada.

RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones estaría promover actividades preventivo-promocionales que propicien el fortalecimiento del apoyo social, la resiliencia, y mejorar así, la calidad de vida de los adultos mayores en sus diferentes dimensiones, debido a los resultados obtenidos en la investigación, y la correlación alta existente entre éstas tres variables.

Con respecto, a los resultados de los objetivos específicos, se sugiere, realizar talleres que propicien el desenvolvimiento del apoyo social, la resiliencia y a calidad de vida psicológica y ambiental; debido a los resultados obtenidos en la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, M. (2000). *Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes*. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal.
- Alfonso, L, Soto, D. y Santos, N. (2016). *Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores*. Revista Ciencias Médicas, Feb 2016, vol.20, no.1, p.0-0. ISSN 1561-3194. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es&nrm=iso
- Andrade, A. (2014). *Influencia de los factores socioculturales en el grado de resiliencia en adultos mayores del centro de salud de Miraflores*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. Recuperado de: https://core.ac.uk/download/pdf/54221034.pdf?fbclid=IwAR1TWb-fCCg-alkP6tFeFSWL8o_x8dn6roBiaI-y91tqCBdZkHBwcWOT2o
- Aráujo, C. y Faro, A. (2016). *Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil*. Rev. Enfermería Global, revista electrónica trimestral de Enfermería. Abr 2016, no 42. ISSN 1695-6141. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/215391>
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teorías, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson. Tesis de licenciatura en Psicología por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Berger, K. (2001). *Psicología de la vejez*. Madrid: Médica Panamericana, Universidad Nacional Barreal Costa Rica.

- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación para humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson Educación.
- Burán, A. M. (2017). *La resiliencia y la relación con la calidad de vida en adultos mayores*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación – Sede Mendoza. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/resiliencia-relacion-calidad-vida.pdf>
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. & Canales, C. (2000). *Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica*. Revista sonorensis de Psicología. 14(1,2), 3-15.
- Casas, E., Escandell, M.J., Ribas, M., y Ochoa, S. (2010). *Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial*. Asociación Española Neuropsiquiatría, 30 (105), 25-47.
- Cassel, J. (1976). *The contribution of the social environment to host resistance*. American Journal of Epidemiology, 104, 107-123.
- Castilla et al. (2016). *Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima*. Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social 2016, Volumen 4 - Nº 2: 121-136. Recuperado de: revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/146/156
- Cruz, R. (2015). *Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas*. Tesis de Maestría en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia Comillas. España. Recuperado de:

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1074/TFM000129.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Corugedo, M., González, V. y González, G. (2013). *Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 30(2):208-216. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi06214.pdf>

Díaz *et al.*, (2017). *Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión*. Neurama: Revista electrónica de psicogerontología. Vol. 4 Issue 2. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Diaz-Castillo/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision/links/5b3cfb4c4585150d23fdb20/Resiliencia-en-adultos-mayores-estudio-de-revision.pdf?origin=publication_detail

Durá, E. y Garcés, J. (1991). *La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos*. Revista de Psicología: Aprendizaje. 6(2), 257 – 271. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>

Espinoza, I. *et al.* (2011). *Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos*. Artículo de la Revista Médica de Chile. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/269570814>

Esquivias, M. (2015), *Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez*. Madrid: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Pontificia Universidad Comillas. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2544/retrieve>

- Fachado, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). *Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica*. Cuadernos de atención primaria. 19(2), 118-123. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4205757>
- Florenzano, R. (2003). *En el camino de la vida: Estudios sobre el ciclo vital*. Barcelona: Pearson Prentice Hall.
- Gaminde, R. (2000). *Adultos Mayores*. España: San Pablo. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000200016&script=sci_arttext
- Gazzotti, H. (2010). *La marginalidad de la vejez: Un recorte de la marginalidad urbana contemporánea*. Revista Gaceta Laboral Maracaibo. Universidad de Zulia. Ediciones Astro Data. 8 (3) Setiembre-diciembre. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/336/33608304.pdf>
- Gracia, E. (2008). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. España: Paidós.
- Gutiérrez, Martínez, Orozco y Rozo (2017). *Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá primer trimestre 2017*. Trabajo de investigación formativa de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. – Bogotá D.C. Recuperado de: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/774/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (4° ed.). México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *Informe Técnico de la Situación de la Población de Adultos Mayores*. Cuarto Trimestre: Octubre-

Diciembre. Recuperado de:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf

Jiménez Ambriz, M. (2008). *Resiliencia y vejez*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n° 80. Lecciones de Gerontología, XV. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>

Levis, J., Castillo, C. y Villa, E. (2015). *Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica*. Artículo de la Revista de Investigación Universitaria Vol. 4 (2): 57-63. Recuperado de: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/741>

López, C. (2017). *Resiliencia y Satisfacción con la Vida en adultos mayores que asisten a CAM's en Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura en Psicología por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima. Recuperado de: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622941/lopez_FC.pdf?sequence=5&isAllowed=y

López, M. (2008). *Aproximación al concepto de resiliencia*. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/margaysabel/aproximacion-al-concepto-de-resiliencia.html>.

McClain, Gullatt & Lee (2018). *Resilience and Protective Factors in Older Adults*. A culminating Capstone project report submitted to the faculty of Dominican University of California for the degree of Master of Science in Occupational Therapy. Retrieved from:

https://www.researchgate.net/publication/305039344_Resilience_Protective_Factors_in_an_Older_Adult_Population_A_Qualitative_Interpretive_Meta-Synthesis

Mella, R. *et al.* (2004). *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor*. PSYKHE.

Molina, J. (2008). *Envejecimiento activo*. Chile: MEDS.

Morales, F. M., Moreno, M. P. y Vallejo, M. (2003). *El apoyo social percibido por inmigrantes residentes en Málaga: diferencias en función del idioma de origen*. Encuentros en Psicología Social, 1(5), 122-126. Recuperado de: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html;jsessionid=0093C211B7C3A6CBCAE0739A834EC740?id=522137ybd=ISOCytabla=docu>

Morrison, V. & Benett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. España: Pearson Prentice.

Motlis, J. (1995). *La vejez y sus múltiples caras*. España: Librería Praga.

Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología Clínica y de la Salud. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político*. Revista Especial. Geriátrica de Gerontología; 37 (supl.2): 74-105.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Envejecimiento y salud*. Nota descriptiva

Nº 404. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2019). *Década del envejecimiento saludable 2020 – 2030*. Primer informe de progreso – marzo 2019. Recuperado de: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
- Pablo, J. (2016). *Calidad de vida del adulto mayor de la Casa Polifuncional Palmas Reales en Los Olivos – Lima*. Tesis de Licenciatura en Enfermería por la Universidad San Martín de Porres. Lima. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf?fbclid=IwAR3ElcE6sy6JaKbrKShk0oRIvGCf7P-3_bSOaWy6nFh1hrMIA7dgRt_519c
- Papalia, Wendkos & Duskin (2001). *Desarrollo humano*. Bogotá: Editorial Iberoamérica Mc Graw Hill. 6ta Edición.
- Papalia, D. (2009). *Desarrollo humano*. Bogotá: Editorial Iberoamérica Mc Graw Hill.
- Peña *et al.* (2018). *Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México*. Artículo de Univ. Salud. 2019; 21(2):113-118. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.144>. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n2/2389-7066-reus-21-02-113.pdf>
- Pesce, R., *et al.* (2005). *Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200010
- Pinazo, S. y Sánchez, M. (2005). *Gerontología*. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Prentice-Hall. Recuperado de:

https://www.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/docs/u%5Buid%5D/file/apoyo_social_relaciones_sociales.pdf

Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF*. Tesina para obtener el título de Licenciada en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. Recuperado de: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

Quispe, B. (2019). *Resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Santa Anita, Lima – Perú*. Carrera de Psicología de la Universidad San Ignacio de Loyola. Recuperado de: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9614/1/2019_Quispe-Cangahuala.pdf

Real Academia Española (s.f). *Resiliencia*. Diccionario de la lengua española - vigésima segunda edición. Recuperado en: <http://lema.rae.es/drae/?val=resiliencia>

Saavedra, E. & Varas, C. (2013). *Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener redes*. En: J. H. Ávila-Toscano. Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud. (pp. 105-123). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4411413>

Salgado, A. (2005). *Métodos e instrumentos para medir la resiliencia. Una alternativa peruana*. Lima: Liberabit.

- Santos *et al.* (2019). *Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3212. Retrieved from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100389&script=sci_arttext&tIng=es
- Silva *et al.* (2019). *The capacity for resilience and social support in the urban elderly*. Article of Ciência & Saúde Coletiva, 24(1):7-16. Retrieved from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100007&Ing=en&nrm=iso&tIng=en
- Tariq *et al.* (2020). *Role of Perceived Social Support on the Association between Physical Disability and Symptoms of Depression in Senior Citizens of Pakistan*. Article from the International Journal of Environmental Research and Public Health. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/339505299_Role_of_Perceived_Social_Support_on_the_Association_between_Physical_Disability_and_Symptoms_of_Depression_in_Senior_Citizens_of_Pakistan
- Tremolada, S. (2017). *Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores de un centro geriátrico*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9855/Tremolada%20Tovar_Calidad_vida_sentido1.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR1PFRACFK-OW7ZHRwul7WUKFmUm5vAJ3xx2tHuxAtVQC6J7P9MKowCSPD4

- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. 30(1), 61-71. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100006&script=sci_arttext
- Vanistendael, S (2003) *Resiliencia y Espiritualidad: El realismo de la fe*. Disponible en: http://www.addima.org/Documentos/Articulos/ResilienciaEspiritualidad_BICE2003.pdf
- Varas, C. (2009). *Escala de calidad de vida, CAL VID para jóvenes*. Documento de Trabajo, Departamento de Deportes. Chile: Universidad Católica del Maule.
- Vega, J. (2004). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Chile: Anales de la Facultad de Medicina, 68, (3), 284-290.
- Villalba, C. (2003). *El concepto de resiliencia individual y familiar*. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial*, 2003, Vol. 12 N.º 3- Págs. 283-299. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/87653.pdf>
- Villalobos, E. (2014). *Apoyo social en los adultos mayores de un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz-Chiclayo*, Tesis para optar el título de Licenciada. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/352/1/TL_Villalobos_Cordova_Elda.pdf

- Vinaccia, S., y Margarita, J. (2012). *Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos*. *Psicología: avances de la disciplina*, 6 (1), 123-136.
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). *Development and psychometric evaluation of the resilience scale*.
- Wolin, S. y Wolin (1993). *The resilient self: how survival of troubled families rise above adversity*. Washington: Villard Books.
- Zapata, Delgado y Cardona (2015). *Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis*. Investigación de la Universidad CES. Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a03.pdf>
- Zavala *et al* (2006). *Funcionamiento social del adulto mayor*. *Revista Ciencia y Enfermería*. 12 (2), 53-62. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007

ANEXO 02
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Conviviente ___ Viudo ___

Divorciado _____

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo social o ayuda de que Ud. Dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el N° de amigos y familiares _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un aspa (X) según corresponda.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre
1. Hay alguien que le ayuda cuanto tiene que estar en la casa.					
2. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.					
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
5. Alguien que le muestre amor y afecto.					
6. Alguien con quien pasar un buen rato.					
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
9. Alguien que le abrace.					
10. Alguien con quien pueda relajarse.					
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
12. Alguien cuyo consejo realmente desee.					

13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
16. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales. 17. Alguien con quien divertirse.					
18. Alguien que comprenda sus problemas.					
19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

ANEXO 03

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Marque con un círculo uno de los números de cada columna.

Ítems	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo estar solo, si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido (a).	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas uno por uno.	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro la salida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 04**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD (WHOQOL-BREF)**

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: ____

Instrucciones:

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

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

N°	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

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

N°	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

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

N°	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para sentirse bien en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

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

Nº	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Cuán disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

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

Nº	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
16	¿Cuán satisfecho está de su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimenta ciertos hechos en las dos últimas semanas

Nº	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	1	2	3	4	5

ANEXO 05

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Apoyo Social	Resiliencia	Calidad de Vida
N		82	82	82
Parámetros normales ^{a,b}	Media	57,671	116,524	80,951
	Desviación estándar	13,7877	16,7776	15,5761
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,142	,084	,124
	Positivo	,142	,044	,111
	Negativo	-,121	-,084	-,124
Estadístico de prueba		,142	,084	,124
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c	,200 ^{c,d}	,003 ^c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.
- d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Calidad de Vida Física	Calidad de Vida Psicológica	Calidad de Vida Social	Calidad de Vida Ambiental
N		82	82	82	82
Parámetros normales ^{a,b}	Media	25,171	12,793	12,488	9,720
	Desviación estándar	5,6170	3,2346	3,1437	2,3845
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,088	,135	,124	,156
	Positivo	,057	,074	,074	,082
	Negativo	-,088	-,135	-,124	-,156
Estadístico de prueba		,088	,135	,124	,156
Sig. asintótica (bilateral)		,174 ^c	,001 ^c	,003 ^c	,000 ^c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.