



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE HUMANIDADES
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

“APOYO SOCIAL Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS
MAYORES DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTOR

ISABEL DEL ROSARIO RAVELLO BULLÓN

ASESOR

DR. JUAN JOSÉ KANEKO AGUILAR

LIMA, PERÚ, OCTUBRE DEL 2018

DEDICATORIA

Para aquellos que me enseñan que con amor y preparación se puede cambiar una parte del mundo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por haberme acompañado en toda esta etapa vivida, por haberme cuidado y protegido para seguir adelante.

Agradezco a cada uno de mis profesores y licenciados que me han alimentado de conocimiento durante toda mi formación.

Agradezco también, a aquellas personas que siempre me aportan y motivan para no rendirme y enseñarme sobre el esfuerzo y compañerismo.

Agradezco sobre todo a mi familia, en especial a mis padres, quienes siempre apoyaron mis decisiones y confiaron en todo momento en mí.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en adultos mayores de locales comunales de San Juan de Miraflores. La muestra estuvo conformada por 192 adultos mayores de ambos sexos, de edades que oscilan entre los 60 a 85 años. El diseño de estudio fue correlacional y es de tipo no experimental transversal. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Apoyo Social MOS de Sherbourne y Stewart y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. Los resultados obtenidos muestran que el 55.7% de los adultos mayores presentan un nivel promedio de Apoyo social y un 45.8% presenta un nivel promedio de Satisfacción con la vida. Respecto al objetivo de estudio se encontró una correlación positiva, de nivel moderado y altamente significativa entre Apoyo Social y Satisfacción con la vida. Así mismo se encontró una correlación positiva, moderada entre las dimensiones de apoyo emocional, apoyo material, interacción social positiva y apoyo afectivo con la satisfacción vital. Finalmente, se identificaron diferencias significativas en apoyo social y satisfacción con la vida según las variables de estado civil y el grado de instrucción (<0.05), mientras que respecto al grupo de edad y género (>0.05) no se hallaron diferencias en ambas variables.

Palabras clave: Adultos mayores, Apoyo Social y Satisfacción con la vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to establish the relationship between social support and satisfaction with life in older adults in community centers in San Juan de Miraflores. The sample consisted of 192 older adults of both sexes, ranging in age from 60 to 85 years. The study design was correlational and is of a non-experimental transversal type. The instruments used were the Sherbourne and Stewart MOS Social Support Questionnaire and the Diener Life Satisfaction Scale. The results obtained show that 55.7% of the elderly have an average level of social support and 45.8% have an average level of satisfaction with life. Regarding the study objective, a positive, moderate and highly significant correlation was found between Social Support and Satisfaction with life.. Likewise, a positive, moderate correlation was found between the dimensions of emotional support, material support, positive social interaction and emotional support with life satisfaction.

Finally, significant differences in social support and satisfaction with life were identified according to the variables of marital status and educational level (<0.05), while for the age group and gender (>0.05) no differences were found in both variables.

Keywords: Older adults, Social Support and Satisfaction with life.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi estabelecer a relação entre apoio social e satisfação com a vida em idosos em centros comunitários em San Juan de Miraflores. O maior espetáculo conformado por 192 adultos de todos os sexos, de que os queiram entre os 60 a 85 anos. El diseño de estudio fue correlacional y es de tipo não experimental transversal. Os instrumentos podem ser encontrados no Apoyo Social MOS de Sherbourne e Stewart na Escala de Satisfação com a Vida de Diernner. Resultados comparáveis a 55,7% dos adultos que participaram de um estágio de promoção social e de 45,8% de uma promoção de satisfação com a vida. Em relação ao objetivo do estudo, foi encontrada uma correlação positiva, moderada e altamente significativa entre apoio social e satisfação com a vida. Así mismo se encontrando uma correlação positiva, moderada entre as dimensões de apoyo emocional, apoyo material, interacción social positiva y apoyo affectivo con la satisfacción vital. Finalmente, você tem as diferenças de poder em apoyo social e satisfação com a vida segundo as variáveis de estado civil e grado de instrucción (<0.05), ou seja, todas as variáveis de grupo e género (> 0.05).

Palavras-chave: Adultos mayores, Apoyo Social y Satisfação com a vida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

RESUMO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación.....	5
1.5. Limitaciones del estudio.....	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes nacionales e internacionales.....	8
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	12
2.2. Bases teóricas.....	15
2.2.1. Apoyo Social.....	15
2.2.2. Antecedentes históricos de apoyo social.....	15
2.2.3. Definición del apoyo social.....	16
2.2.4. Perspectivas de estudio del Apoyo social.....	18
2.2.5. Apoyo social percibido y objetivo.....	19
2.2.6. Niveles de apoyo social.....	20
2.2.7. Fuentes de apoyo social.....	21
2.2.8. Modelos teóricos del efecto del apoyo social.....	22
2.2.9. Variables estudiadas con relación al apoyo social en la vejez.....	22

2.3. Satisfacción con la vida.....	24
2.3.1. Antecedentes históricos del bienestar subjetivo.....	24
2.3.2. Modelo de Bienestar Subjetivo según Diener.....	25
2.3.3. Satisfacción con la vida.....	26
2.3.4. Variables relacionadas con la satisfacción con la vida.....	28
2.3.4. Satisfacción con la vida en adultos mayores.....	32
2.4 Adulto mayor.....	33
2.4.1. Definición de Adulto mayor.....	33
2.4.2. Perfil del adulto mayor en el Perú.....	34
2.4.3. Longevidad actual en adultos mayores.....	34
2.4.4. Cambios en la etapa del envejecimiento.....	35
2.4.7. Teorías del envejecimiento.....	40
2.4.9. Salud mental en el adulto mayor.....	41
CAPÍTULO III. MÉTODO	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	44
3.2. Población y muestra.....	44
3.3. Hipótesis.....	47
Hipótesis general.....	47
Hipótesis específicas.....	47
3.6. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos.....	60
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN RESULTADOS	
4.1. Apoyo social.....	63
4.2. Satisfacción con la vida.....	77
4.5. Relación apoyo social y satisfacción con la vida.....	84
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusión.....	87
5.2. Conclusiones.....	94
5.3. Recomendaciones.....	95

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de la muestra	45
Tabla 2	Dimensiones del Cuestionario de apoyo social de MOS y los ítems que lo conforman	49
Tabla 3	Validez de contenido del cuestionario de Apoyo Social de Mos (Sherbourne y Stewart), según el Coeficiente V. de Aiken	51
Tabla 4	Nivel de confiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social	52
Tabla 5	Baremos generales del Cuestionario de Apoyo social	53
Tabla 6	Validez de contenido del cuestionario de Satisfacción con la vida de Diener, según el Coeficiente V. de Aiken	57
Tabla 7	Nivel de confiabilidad de la escala de satisfacción con la Vida	57
Tabla 8	Baremos generales de la escala satisfacción con la vida	58
Tabla 9	Características sociodemográficas de la muestra	63
Tabla 10	Estadísticos descriptivos de apoyo social	64
Tabla 11	Tamaño de la red de apoyo social	65
Tabla 12	Frecuencias y porcentajes de la dimensión de apoyo Emocional	66
Tabla 13	Frecuencias y porcentajes de la dimensión de apoyo Material	67
Tabla 14	Frecuencias y porcentajes de la dimensión de interacción social positiva	68
Tabla 15	Frecuencias y porcentajes de la dimensión de apoyo Afectivo	69
Tabla 16	Frecuencias y porcentajes de la dimensión total del apoyo social	70
Tabla 17	Descripción de las dimensiones de Apoyo social según género	71
Tabla 18	Apoyo Social y sus dimensiones según género	71

Tabla 19	Descripción de las dimensiones de Apoyo Social y según grupos de edad	72
Tabla 20	Apoyo Social y sus dimensiones según grupos de edad	72
Tabla 21	Descripción de las dimensiones de apoyo social según estado civil	73
Tabla 22	Apoyo social según estado civil	74
Tabla 23	Descripción de las dimensiones de apoyo social según grado de instrucción	75
Tabla 24	Apoyo social según grado de instrucción	76
Tabla 25	Estadísticos descriptivos de satisfacción con la vida	77
Tabla 26	Frecuencias y porcentajes satisfacción con la Vida.	78
Tabla 27	Descripción de diferencias de Satisfacción con la vida según género	79
Tabla 28	Satisfacción con la vida según género	79
Tabla 29	Descripción de diferencias de Satisfacción con la vida según grupo de edad	80
Tabla 30	Satisfacción con la vida según grupo de edad	80
Tabla 31	Satisfacción con la vida según estado civil	81
Tabla 32	Descripción de las diferencias de satisfacción con la vida según estado civil	81
Tabla 33	Satisfacción con la vida según grado de instrucción.	82
Tabla 34	Descripción de las diferencias de satisfacción con la vida según grado de instrucción	82
Tabla 35	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Apoyo social	83
Tabla 36	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Satisfacción con la Vida	83
Tabla 37	Correlación de Spearman entre apoyo social y satisfacción con la vida	84
Tabla 38	Correlación de Spearman entre las dimensiones de Apoyo social y satisfacción con la vida en la muestra total	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Porcentajes de la dimensión de apoyo emocional	66
Figura 2	Porcentajes de la dimensión de apoyo material	67
Figura 3	Porcentajes de la dimensión de interacción social Positiva	68
Figura 4	Porcentajes de la dimensión de apoyo afectivo	69
Figura 5	Porcentajes de la dimensión total del apoyo social.	70
Figura 6	Porcentajes del nivel de satisfacción con la vida.	78

INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor está en crecimiento, es decir, en los próximos años este se duplicará, sin embargo, esta población es poco atendida y valorada, siendo tratada con indiferencia y hasta malos tratos por nuestra sociedad. Es así como diferentes disciplinas, en este caso la Psicología, intentan fundamentar aquellos aspectos positivos que puedan ayudar a brindar una mejora en la calidad de vida de esta población vulnerable, siendo el apoyo social un factor de importancia en la tercera edad.

Esta investigación pretende conocer los niveles de apoyo social con el que cuentan nuestros adultos mayores, así como en sus diferentes dimensiones (apoyo emocional, apoyo material, interacción social positiva y apoyo afectivo). Otro aspecto a estudiar es, si el apoyo social puede influir de manera beneficiosa en la percepción global positiva de la vida del adulto mayor, denominado Satisfacción con la Vida, siendo este uno de los componentes del Bienestar Subjetivo, muchas veces denominado “felicidad”. La investigación que se presenta más adelante está compuesta por los siguientes capítulos:

En el capítulo I, se presenta la situación problemática de las variables de estudio, la formulación del problema, los objetivos generales y específicos que darán el camino para el desarrollo de la investigación, así como la justificación y limitaciones que se presentaron.

En el capítulo II, se presenta los antecedentes nacionales como internacionales, así como las bases teóricas que darán fundamento a esta investigación, como la antecedentes históricos, definiciones, modelos teóricos y características de las variables de apoyo social, satisfacción con la vida y adultos mayores.

En el capítulo III, se describe el tipo y diseño de esta investigación, la muestra que con la que se contó, las hipótesis generales como específicas, se definen las variables operacionalmente, los instrumentos utilizados para medir los constructos y el procedimiento utilizado para el análisis de datos.

En el capítulo IV: se presentan los resultados encontrados en esta investigación, como son las frecuencias y porcentajes de cada variable, las diferencias según variables sociodemográficas (edad, género, estado civil y grado de instrucción) y la relación que existe entre apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores.

Finalmente, en el capítulo V, se presenta la discusión en relación a los resultados encontrados, las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad se ha observado que una de las poblaciones más vulnerables son los adultos mayores, ya que muchas veces no cuentan con el adecuado soporte social para cubrir sus propias necesidades tanto físicas como emocionales.

A nivel mundial, los datos revelan que el 5% de la población adulta mayor se encuentra en estado de abandono, este hecho genera que esta población vulnerable padezca de problemas psicológicos y físicos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), el 7% de la población adulta mayor en general padece de depresión y el 3,8% sufre de ansiedad.

Esta situación cobra gran relevancia debido a que la población de la tercera está en aumento. Al respecto, la OMS (2018), informó que entre los años 2000 y 2050 la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 % al 22%. Es decir, este grupo de personas pasará de 605 millones a 2 000 millones.

Es así como, diversas investigaciones se centraron por estudiar aquellos factores que pueden influir de manera positiva o negativa en el adulto mayor, siendo el apoyo social una variable de mucha importancia para la mejora de la calidad de vida en la tercera edad. Harrison, Dombrovski, Morse y Houck (2010) encontraron que los adultos mayores deprimidos suicidas son aquellos que presentan niveles más bajo de apoyo social percibido y niveles más altos en dificultades interpersonales crónicas como hostilidad hacia los demás. Holt- Lunstad, J. Smith, T. Baker, M. Harris, T. y Stephenson, D. (2015) haciendo una revisión de diversas investigaciones en su metaanálisis titulado “Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality”, encontraron que las personas adultas mayores aisladas socialmente presentan mayor riesgo de mortalidad temprana, estableciendo así al aislamiento social como un factor de riesgo para la mortalidad en esta población.

Otro estudio, realizado en Holanda, Cramm, van Dijk y Nieboer (2013), encontraron que apoyo de lazos informales, en este caso de los vecinos y su interdependencia entre ellos, influye positivamente en el bienestar de los adultos mayores.

En el contexto latinoamericano, según la División de Desarrollo Social de CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) los países con mayor población anciana son: Brasil, México, Colombia Argentina y Perú. Este envejecimiento se da en un escenario de pobreza y abandono donde es necesario seguir trabajando para sustentarse económicamente, a diferencia de países desarrollados donde los adultos mayores gozan de beneficiosas pensiones que permiten tener mejor calidad de vida. Es así como, de cada 4 hogares latinoamericanos, 1 cuenta con un adulto mayor, teniendo algunas variaciones dependiendo al país. En Chile el 85% de adultos mayores son independientes y generalmente viven con sus hijos, en Argentina el 7% de la población anciana es pobre, reduciendo al mínimo los gastos relacionados con la salud y en Colombia la población de la tercera edad no cuenta leyes que protejan su salud, caracterizados por su pobreza, abandono y exclusión social, registrando más del 40% de las personas ancianas con problemas mentales como la depresión (Páez, 2018).

En nuestro contexto, contamos con una población de 8, 894 412, donde el 10 % está conformado por adultos mayores, es decir 963, 353 personas mayores de 60 años (Poblaciones Vulnerables, 2015). La realidad es similar a los países anteriormente mencionados, ya que a pesar de ser una grupo etario en crecimiento y siendo considerada como población vulnerable, son pocas las acciones que realiza el Estado, la sociedad y las familias, para brindar una mejor calidad de vida a los adultos mayores, prestando poca atención a sus necesidades de manera integral, es así como muchas veces sus derechos son vulnerados, el 60% no saben leer ni escribir, el 46.2% no están afiliados a un sistema de pensión y el 16.3% no cuenta con ningún tipo de seguro de salud (Sauza, 2017). Además, se han reportado entre los periodos del 2015 y 2017, 5, 158 casos de violencia psicológica, 2, 325 casos de violencia física, 169 casos de abandono y 150 casos de violencia sexual contra los adultos mayores, dándose en la mayoría de los casos en el contexto familiar (Blog de la Defensoría del Pueblo, 2017). Estos factores mencionados complican la situación del adulto mayor en su desarrollo de participación en la sociedad.

Centrándonos en Lima Metropolitana, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015), San Juan de Miraflores es el octavo distrito en tener la mayor cantidad de adultos mayores con una cifra de 39, 831. Sin embargo, en este distrito no existen investigaciones que develen como se encuentra la población adulta mayor, por tal motivo la presenta investigación es de suma importancia para conocer el estado de este grupo etario, y ver de qué manera se relacionan las variables de apoyo social y satisfacción con la vida, siendo útil para aplicar programas que promuevan aquellos factores que brinden calidad de vida en la tercera edad.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir el tamaño de la Red y el nivel de apoyo social de un grupo de adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.
2. Establecer las diferencias según el nivel de apoyo social en función del género, edad, estado civil y grado de instrucción en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.
3. Describir los niveles de satisfacción con la vida de un grupo de adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.
4. Establecer las diferencias del nivel de satisfacción con la vida según género, edad, estado civil y grado de instrucción de adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.
5. Establecer la relación entre las dimensiones apoyo social y la satisfacción con la vida de un grupo de adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

1.4. Justificación

Esta investigación presenta justificación práctica, ya que permitirá describir los niveles de apoyo social y satisfacción con la vida, y su relación entre ambas variables, en adultos mayores de un distrito de Lima sur, esto ayudará a tener referencias de la situación actual de esta población y la relación con su entorno, y cómo influye ésta en su calidad de vida. Además, permitirá, según los datos obtenidos, concientizar a las autoridades del distrito a impulsar acciones que aporten con el desarrollo de las variables estudiadas.

Así mismo, esta investigación presenta, justificación metodológica, ya que se estudió las propiedades psicomotóricas del Cuestionario de Apoyo Social (MOS) y Satisfacción con la vida (Diener), que podrán servir en futuras investigaciones.

1.5. Limitaciones del estudio

Esta investigación presentó dificultad en la obtención de estudios sobre apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores, siendo pocas las investigaciones quienes abordan estas variables en nuestro país.

Se precisa que los resultados de esta investigación se limitan solo al distrito de San Juan de Miraflores, ya que la muestra fue obtenida de diferentes zonas del lugar, sin embargo, los datos obtenidos pueden ser utilizados para realizar comparaciones con los resultados de otros distritos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes nacionales e internacionales:

2.1.1. Antecedentes internacionales

Pacheco y Alfaro (2018) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en Bolivia. La muestra estuvo conformada por 240 personas mayores de 60 años de la ciudad de la Paz. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados encontrados indican que un 49,17% presenta apoyo social familiar alto, el 43,75% percibe un apoyo social de amigos bajo mientras que un 47,50% percibe apoyo de otra persona significativa como alto. En relación con el apoyo social percibido general, un 39,58% se ubica en un nivel entre medio y alto, mientras que un 21,67% percibe un apoyo social bajo. No se encontraron diferencias significativas con relación al sexo, edad y grado académico, mientras que si se visualizaron diferencias en relación al estado civil. Finalmente se concluye que, a mayor apoyo social, menor probabilidad de sufrir depresión.

Torres y Flores (2018) estudiaron la influencia de las variables satisfacción con la vida, autopercepción de salud, apoyo social y estilos de afrontamiento sobre el bienestar subjetivo. El estudio contó con una muestra de 122 adultos mayores de 60 a 93 años, del Estado de Yucatán, ciudad de Mérida en México. Los instrumentos utilizados fueron la Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo (EMMBSAR) de Anguas y Reyes, la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, la Escala de Apoyo Social Percibido CASPE de Calvo y Díaz, Escala de Autopercepción de Salud en el Adulto Mayor de Wong y la Escala Multidimensional y Multisituacional de Estilos de Afrontamiento de Góngora y Reyes. En relación con los resultados de apoyo social los adultos mayores poseen un nivel bajo, por más que contaran con compañía, la calidad de confianza era baja. Se encontró también que cuentan con un nivel alto de satisfacción con la vida, así como alto niveles de bienestar subjetivo.

Alfonso, Soto y Santos (2016) estudiaron las características de calidad de vida y apoyo social en adultos mayores. La muestra de esta investigación estuvo conformada por 20 adultos mayores de más de 60 años que se encontraban en el policlínico de la Universidad “5 de Setiembre” en Cuba. Se utilizó los instrumentos de la Escala M.G.H de Calidad de Vida y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet. Los resultados obtenidos muestran que el 75% de apoyo social percibido fue alto, siendo la familia el principal factor que influye en esta variable. El 40% de la población obtuvo mayores niveles de calidad de vida. Los adultos mayores que obtenían un nivel alto de apoyo social percibido obtenían mayores puntuaciones en calidad de vida. No se encontraron diferencias significativas en relación con grado de instrucción en apoyo social, sin embargo, en satisfacción con la vida los casados presentan mayor apoyo social.

Flores, Decenas, Ávalos, Colunga, Vega y Meza (2016) estudiaron el apoyo social percibido y el envejecimiento activo en la ciudad de México. Para esta investigación contaron con una muestra de 100 adultos mayores de una comunidad urbana de Jalisco. Se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke- UNK de Cuellar y Dresh. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en relación al sexo, siendo las mujeres quienes percibían mayor apoyo social, mientras que los varones manifestaron tener poco apoyo afectivo. No se observaron diferencias en relación con el estado civil.

Arias (2015) estudió las características la red de apoyo social de personas adultas mayores e identificó la relación entre cada una de las características (estructurales, funcionales y atributos de los vínculos que la componen) y el bienestar psicológico de personas mayores de 65 años que residen en Mar del Plata. La muestra estuvo conformada por 105 personas. Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron la prueba de Fuentes de apoyo Social, la Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Equilibrio Afectivo e índice de Satisfacción Vital. Se comprobó la existencia de diferencias significativas ($p < .05$) en los puntajes de equilibrio afectivo, depresión, satisfacción vital y bienestar psicológico global según las variaciones en tamaño, niveles de densidad, distribución, funcionalidad, multidimensionalidad, frecuencia de contacto e intimidad, así como en el índice de suficiencia total de la red. Los sujetos que poseían niveles altos en cada una de dichas características presentaban puntajes significativamente superiores en

equilibrio afectivo, satisfacción vital y bienestar psicológico global e inferiores en depresión que los que poseían niveles bajos.

Castellano (2014), realizó una investigación con el objetivo de estudiar el apoyo social y su influencia sobre el estado emocional y actitudes hacia la vejez, en un grupo de 117 participantes de edades comprendidas entre 52 y 87 años de ambos sexos de una localidad de España. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron la prueba de Family APGAR, el Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire, la escala de Duke Social Support and Stress Scale (DUSOCS), el cuestionario Atributos Negativos, Potencial Positivo de la vejez (AN-PP), Cuestionario de Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento y la escala Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF). Los resultados encontrados en esta investigación muestran que el 94,9% de la muestra percibía recibir apoyo social, que provenía principalmente de los familiares (87,2%), seguido de los no familiares (7,7%). Las personas que mayor estrés provocan en el anciano son los familiares (21,4%), y en menor medida un no familiar (5,1%). La relación entre variables se encontró que el trato familiar negativo se relaciona con bajo apoyo confidencial y emocional y con problemas emocionales, así como la atención personal negativa se relaciona con bajo apoyo afectivo y con problemas emocionales.

Castillo (2014) identificó el nivel de apoyo social percibido en adultos mayores y su relación con variables sociodemográficas. La muestra con la que se trabajó fue un total de 35 adultos mayores de un centro gerontológico de Loja, Ecuador. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Apoyo Social de Moss y el Cuestionario Sociodemográfico. Los resultados indicaron que existe una prevalencia media baja de apoyo social percibido de adultos mayores con un 47,02%, y en un análisis individual de los tipos de apoyo, se evidenció que el que más se proporciona es el de redes sociales con un 61.71%, seguido del apoyo instrumental con 47.86%, de apoyo emocional un 46.14% y finalmente el apoyo efectivo un 32.38%. Con relación a las variables sociodemográficas las variables de género, edad y estado civil no reflejaron indecencia representativa.

Polizzi y Arias (2014) realizaron un estudio con el objetivo de identificar y caracterizar los vínculos de la red de apoyo social que brindan mayor satisfacción en esta etapa de la vida. La muestra del estudio estuvo conformada por 120 adultos mayores (de 60 a 85 años), de ambos sexos y de tres tipos de grupo conviviente: los que vivían solos, los que vivían únicamente con su pareja y los que vivían con otros familiares. Los instrumentos utilizados fueron la Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social y cuestionario sociodemográficos. Los resultados muestran que el apoyo íntimo y muy íntimo (96,6%) brinda mayor satisfacción, la mayoría de las personas manifiestan que los apoyos preponderantes son el emocional y la compañía social (70 y 75 %) que brindan mayor satisfacción.

Cramm, Dijk y Nieboer (2013) realizaron una investigación que tuvo como objetivo investigar si el capital social (obtención de apoyo por medio de lazos indirectos, como vecinos) y la cohesión social, dentro de los barrios tenían influencia en el bienestar del adulto mayor. La muestra estuvo conformada por 945 adultos mayores independientes mayores de 70 años de la ciudad de Rotterdam (Holanda). Los instrumentos seleccionados fueron: Función de Producción Social para el nivel de bienestar (SPF-IL) de Nieboer, para la medición de cohesión social se usó el instrumento de Fone y sus colegas, finalmente el instrumento de Yang, Yang, Shih, y Kawachi para evaluar el capital social en el barrio. Los resultados obtenidos mostraron que el capital social del vecindario ($p \leq 0,001$) y la cohesión social del vecindario ($p \leq 0,001$) se relacionan de manera significativa con el bienestar de los adultos mayores. También se reportó que los adultos mayores solos y con bajo recursos presentan bajo nivel de bienestar subjetivo.

Gallardo (2013), realizó una investigación en Chile estudiando la relación entre apoyo social y etnicidad. La muestra estuvo conformada por 493 adultos mayores de las regiones de Arica y Parinacota de 60 a 92 años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Recursos Sociales en personas mayores de Diaz Veiga, la Escala de Apoyo Social Percibido de Herrero García y Musitu, la Escala de Depresión Geriátrica de Brink, Escala de Actividades de la vida diaria de Barthel y Mahoney, Escala de seguridad de Barrio. Este estudio concluyó según variables sociodemográficas que: a mayor edad mayor apoyo social percibido se le brinda al adulto mayor, aquellas con estudios superiores perciben mayor apoyo. Así mismo se encontró que las mujeres reciben mayor apoyo emocional.

Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás (2009), estudiaron variable de satisfacción vital en adultos mayores en relación con factores sociodemográficos. La muestra estuvo conformada por 476 mayores de 65 a 95 años de la provincia de Valencia. Los instrumentos utilizados el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst y Tobin. Los resultados fueron estadísticamente significativos entre estado civil y del nivel de estudios. Según el estado civil, se encontró que el grupo de los viudos es el menos satisfecho, mientras que los casados son los más satisfechos, En relación con el nivel de estudios, aquellos con un nivel más bajo obtiene una menor satisfacción vital. Ni la edad, con la categorización aplicada, ni el género, mostraron efecto significativo sobre la satisfacción vital.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Arroyo (2017) estudió las variables autoestima y satisfacción con la vida en adultos mayores de Trujillo. La muestra estuvo conformada por 48 adultos del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente. Las pruebas utilizadas fueron el Inventario de Autoestima de Coopersmith (adultos) y el Test de Satisfacción con la vida de Diener. Los resultados muestran que el 50% presentan un nivel de autoestima alta, mientras que un 58.3% se sienten satisfechos con su vida, un 14% muy satisfecho y un 16,7% insatisfecho. Se concluyó que existe relación muy significativa entre las variables de autoestima y satisfacción con la vida ($r_s = 0,664, p < 0,01$).

López (2017) realizó un estudio correlacional entre las variables de resiliencia y satisfacción con la vida en adultos mayores en Lima Metropolitana. La muestra estuvo conformada por 151 adultos asistentes a los Centros del Adulto mayor de Lima Metropolitana, de edades entre los 60 a 91 años de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Resiliencia (CD- RISC) de Serrano y la Escala de Satisfacción con la vida de Martínez. Según los resultados, en la variable de satisfacción con la vida no se evidencian diferencias significativas en relación con el sexo ($p > .05$). Se encuentra una relación positiva entre los factores de resiliencia y el nivel de satisfacción con la vida.

Vargas y Vargas (2017) realizaron una investigación para estudiar la relación entre las variables de apoyo social y bienestar psicológico. El estudio estuvo

conformado por 209 adultos mayores entre los 60 a 80 años, asistentes al CIAM de Lima Metropolitana. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Apoyo social adaptada por Cruz y la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Según los resultados muestran que los adultos que no presentan enfermedad y cuentan con pareja, perciben mayores niveles de apoyo social y afectivo. Así mismo se encontró una correlación positiva entre las variables.

Villalobos (2015) realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de Chiclayo. El grupo de estudio estuvo conformado por 100 adultos mayores. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Cuestionario de Apoyo Social de Moss. Se obtuvieron los siguientes resultados: para las dimensiones de emocional 0.78, instrumental 0.87, interacción social positiva 0.76 y afectivo 0.87). Se concluyó que existe un nivel bajo de apoyo social en los adultos mayores de 60 años a más del centro de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo.

Arana (2014) estudió los factores asociados a la satisfacción con la vida en la ciudad de Ayacucho. Conto con una muestra de 30 adultos mayores de 60 años, del programa Qoriwatas del distrito de Jesús de Nazarenos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Satisfacción con la vida de Inga y Vara, Escala de Factores Sociales y Estado Físicos de Verdugo y Gómez y la Escala del Factor Espiritual de Reed. Los resultados indican que el 40% de los adultos mayores se encuentra medianamente satisfechos con la vida, un 33% insatisfecho y un 27% satisfecho con su vida. No se encontraron diferencias significativas con la edad, sexo y grado de instrucción, mas solo el estado civil, donde los casados obtuvieron mayores puntuaciones (0.014).

Ortiz y Tapia (2013) realizaron un estudio para determinar la relación entre las variables de apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores. La muestra de este estudio estuvo conformada por 160 adultos mayores hombres y mujeres cuyas edades oscilan entre 60 y 85 años. Para el desarrollo de esta investigación se hizo uso del Cuestionario de Apoyo Social MOS de Sherbourne y Stewart y la Escala de Satisfacción con la vida (LSA-A). El principal resultado de la investigación, indica que existe relación y correlación (0.710) entre apoyo social y satisfacción con la vida, dado que, a mayores niveles de apoyo social, mayores son los niveles de satisfacción con la vida en los adultos mayores. Es decir, los adultos

mayores que presentan apoyo social bajo tienen satisfacción con la vida baja (90.2%); la gran mayoría de los que presentan apoyo social promedio, tienen satisfacción con la vida promedio (65.2%); y la mayoría de los que presentan apoyo social alto, tienen satisfacción con la vida promedio (50.9%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida alta (37.7%).

Del Risco (2007) llevo a cabo un estudio con el objetivo para estudiar la relación entre soporte social y satisfacción con la vida en personas adultas mayores. La muestra de esta investigación estuvo conformada por 43 adulto mayores cuyas edades fluctúan entre los 65 a 83 años de ambos sexos. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron el Inventario de Entrevista del Soporte Social de Arizona (ASSIS) para la medición de soporte social, y para la variable de satisfacción con la vida se hizo uso de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener. Las conclusiones a las que se llegaron indican que más del 50% de la muestra se situó entre satisfecho y extremadamente satisfecho con la vida, mientras que sólo un muy bajo porcentaje se encuentro ligeramente insatisfecho. Además, las variables estudiadas se correlacionaron de manera significativa.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Apoyo social

2.2.2. Antecedentes históricos de apoyo social

El estudio del apoyo social surge como modelo teórico en los años setenta, sin embargo, ya desde los inicios de los años cincuenta, los investigadores comenzaron a interesarse sobre el efecto y la importancia de las relaciones sociales en la salud mental de las personas.

A inicios del siglo XX, donde las sociedades industrializadas caracterizaban a esa época, uno de los estudios claves fue el de Emile Durkheim, quien estudió las altas tasas de suicidios en la población, concluyendo que la disolución, alejamiento de lazos sociales (como familia, religión, sociedad) generaba mayor probabilidad de suicidio. Esto se observó, debido a que los campesinos que migraban a zonas urbanas por trabajos remunerativos rompían esos lazos significativos, presentando problemas en la integración social, y por ende ausencia de bienestar psicológico (Gallardo, 2013).

Otro de los investigadores que van dando forma al estudio del apoyo social, fue John Bowlby, quien dio a conocer mediante su teoría de *attachment*, la importancia del vínculo en la salud mental. Bowlby mencionaba que el inicio de la neurosis se daba en la infancia, por la separación del niño con la madre, es decir la desvinculación en los primeros años de vida, eran predictores de la salud mental. Afirmaba también, que los lazos afectivos íntimos del niño con la madre eran una necesidad universal, ya que estas darían las bases para el desarrollo emocional y el patrón para las relaciones sociales en la adultez (Peña, 2005).

Ya en los años de 1970, se establece el inicio del estudio de la variable de apoyo social, dando partida a la investigación científica. Fue Cassel (1974, citado en Durá y Garcés, 1991.) quien profundiza el tema, siendo reconocido como pionero en la investigación del apoyo social, sin embargo, no brinda una explicación clara de lo implicaría el apoyo social. Cassel propone que las enfermedades se generaban por falta de señales o información por personas significativas, influyendo en las alteraciones metabólicas.

Fue sino Gerald Caplan (1974, citado en Peña, 1991) quien expuso las funciones que cumple el apoyo social en las personas, así como el feedback, validación y dominio del ambiente. Otro de los pioneros, fue Cobb (1976, citado en Durá y Garcés, 1991), quien afirmaba que los efectos positivos que se derivan del apoyo social, es la información que se da a la persona que es amada y estimada por su entorno significativo.

Es así como Cassel y Cobb, mediante sus investigaciones concluyen que, las personas que están expuesta a situaciones estresantes y cuentan con apoyo social, no presentan descenso en el nivel de salud física y mental, a comparación de aquellas que no cuentan con apoyo en la misma circunstancia (Gallardo, 2013).

Ya en los próximos años, surgirán investigaciones que irán consolidación el estudio del apoyo social, tomando en cuenta los cambios sociales y la modernización que de alguna manera debilitarían las interacciones sociales, generando consecuencias negativas para la salud física y mental de los individuos que integran la sociedad (Orcasita y Uribe, 2010).

2.2.3. Definición del apoyo social

Diversos autores han definido el apoyo social, siendo este un término amplio y multidimensional y sin unanimidad de los muchos investigadores acerca de su definición, se visualizan de diferentes perspectivas.

Para Lin, Dean y Ensel (1986 como se citó en Baca, 2016, p.178) el apoyo social son las “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”.

Caplan (citado en Gallardo, 2013), define al apoyo social como, lazos entre individuos o grupos que permiten recibir retroalimentación, consejo y dominio emocional que favorecen a tener mayor control en situaciones estresantes.

Otra definición, brindada por Thoits (citado en Alonso, Menéndez, Gonzales, 2013) es que el apoyo social vendría a ser el grado con el que una persona se relaciona con otras para satisfacer sus necesidades sociales básicas como: la seguridad, afecto, pertenencia, afiliación.

Por otro lado, Barra (2004) propone que el apoyo social es “el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social” (p.237).

Fernández (2009) define el apoyo social como la provisión y recepción de bienes, servicios y beneficios, tangibles (transporte, ayuda cuando está enfermo, económica) e intangibles (consejo, información y compañía). Menciona que el apoyo social reduce los niveles de estrés ante situaciones difíciles.

Durá y Garcés (1991), definen el apoyo social como “una transacción real de dos o más personas en las que se da una implicancia emocional, instrumental, información o valoración”, dando una perspectiva más funcional acerca del apoyo social (p.258).

Según Khan y Antonucci (citado en Gallardo, 2013) define el apoyo social como transacciones interpersonales que se caracterizan por recursos emocionales, instrumentales e informativos, para mejorar, mantener o recuperar el bienestar del individuo, generando efectos positivos tanto el emisor como para el receptor.

En la misma línea Palomar y Cienfuegos (2007), definen al apoyo social como la ayuda potencial con la que una persona cuentan, en primera instancia de la familia, luego de sus amigos y por último de su comunidad, capaces de brindar ayuda, recibiendo recursos materiales y psicológicos, que permiten responder de manera adecuada a situaciones reales demandantes.

Con una descripción más amplia Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), mencionan que el apoyo social son transacciones que actúan en las redes, que contiene recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Siendo cuatro categorías: apoyo material (dinero, alojamiento comida, apoyo instrumental (cuidado y transporte), apoyo emocional (afecto, compañía, empatía) y apoyo cognitivo (información, consejos).

Finalmente, Ponce (2009, citado en Monadas, 2016) entiende al apoyo social como un proceso de interacción donde se provee de ayuda emocional, instrumental y afectiva, proveniente de la red social, teniendo un efecto protector de la salud y amortiguados del estrés en situaciones de enfermedad.

2.2.4. Perspectivas de estudio del apoyo social

El estudio del apoyo social se dará en relación con la manera en la que se defina: ya sea en su aspecto estructural, donde se estudian las características objetivas del apoyo social y el aspecto funcional, donde se estudian los tipos de funciones que cumple el apoyo social en las personas, siendo este subjetivo.

Perspectiva estructural del apoyo social

Desde esta perspectiva se estudia la estructura del apoyo social, es decir, de la red, dándole una medida cuantitativa a la red social. Este modelo plantea que las relaciones sociales existentes son indicadoras de integración social, negando la existencia del estrés relacionado a la red.

Las principales características de la red social son:

- Tamaño de la red: Se refiere al número de personas con las que tiene contacto personal.
- Densidad: Se refiere a la interconexión que une a los contactos con el grupo.
- Reciprocidad: Se refiere al grado en el intercambio justo es dado por las dos partes, existiendo un equilibrio.
- Homogeneidad: Se refiere al grado de características comunes que unen a las personas del grupo como valores, personalidad, intereses, etc. (Gallardo, 2013).

Perspectiva funcional del apoyo social

Desde esta perspectiva se estudia las consecuencia o efectos que se tiene a partir de las relaciones sociales establecidas. Diversos autores plantean diferentes funciones que cumple el apoyo social, las que resaltan por ser de consenso son: emocional, tangible, e informacional (Baca, 2016). Sin embargo, estas funciones fueron ampliándose, es así como Alonso, Menéndez y Gonzales (2013) agregan dos dimensiones más, a las anteriores mencionadas.

- Apoyo emocional: Se refiere al cariño y la empatía que recibe el individuo. Este tipo de apoyo es el más importante para las personas.
- Apoyo informativo: Se refiere al proceso del cual las personas reciben consejos, orientaciones, con el fin de ayudar al receptor a encontrar una solución.
- Apoyo Afectivo: Hace referencia a las expresiones verbales y no verbales de afecto, cariño hacia la otra persona.
- Apoyo Instrumental: Cuando se brinda ayuda material (como dinero, alimentación, etc.) siendo esta la solución del problema.
- Interacción Social Positiva: Se refiere a la disponibilidad para divertirse, realizar pasatiempos, distraerse.

El apoyo emocional, informativo, afectivo, instrumental e interacción social positiva es el modelo más citado por diversas investigaciones, sin embargo, Sherbourne y Stewart (1991) plantean un modelo similar a partir de la creación de su cuestionario, ya que a partir de sus resultados, encontraron que el apoyo informativo y emocional formaban parte de un solo constructo, concluyendo que el apoyo social estaba formado por cuatro dimensiones: apoyo emocional, apoyo material, apoyo afectivo e interacción social positiva. Las dimensiones planteadas por los autores son utilizadas con otras denominaciones como el apoyo emocional conocido también como apego o afecto, el apoyo informativo conocido como apoyo de orientación y evaluación, el apoyo material o también llamado instrumental o tangible e interacción social positiva conocido como interacción social, pertenencia o compañía social.

2.2.5. Apoyo social percibido y objetivo

Según Caplan, en la transferencia que se dan a partir de las relaciones sociales, se diferenciarán dos tipos, el apoyo social percibido, donde interviene la percepción del sujeto acerca de la efectividad del apoyo y el apoyo recibido, que se referirá que son las transacciones dadas en un momento necesitado (Baca, 2016).

Apoyo social recibido

El apoyo social recibido se determina mediante un estudio objetivo de la cantidad de ayuda que recibe la persona en un tiempo determinado (Orcasita y Uribe, 2010). El apoyo recibido puede medirse mediante preguntas concretas de una acción realizada como, por ejemplo, ser escuchado con un amigo, o puede medirse mediante la observación (Matúd, Caballeira, López, Marreara, Ibañez, 2002).

Apoyo social percibido

El apoyo social percibido según Barrón (1996, citado en Gallardo, 2013) menciona que es la percepción que uno es valorado, estimado, amado, se le hace saber que la persona puede contar con ayuda en caso lo necesite. En algunos casos, el apoyo recibido y el percibido pueden no coincidir, ya que una persona puede estar recibiendo apoyo de su entorno, sin embargo, el sujeto no la perciba, o de lo contrario puede estar recibiendo un mínimo o nada de apoyo y el sujeto perciba que si cuenta con apoyo. Estas pueden deberse a una super o infravaloración del apoyo o sesgo optimista.

Diversas investigaciones afirman que el apoyo percibido tiene mejores influencias en la salud que el apoyo recibido, ya que la creencia de contar con apoyo genera sentimientos de auto valía y eficacia, mejorando el afrontamiento al estrés, mientras que el recibido es más eficaz en situaciones puntuales de estrés. (Matúd, Caballeira, López, Marreara, Ibañez, 2002, Monagas, 2016).

2.2.6. Niveles de apoyo social:

Lin propone niveles en el que la persona obtiene el apoyo, desde el contexto más amplio hasta las relaciones íntimas, indica también que, si bien estos niveles ayudan al estudio del apoyo social, estos niveles se encuentran interconectados (Peña, 2005).

- **Macrosocial:** Este nivel está conformado por la sociedad, es decir por la integración social mediante roles, regulación normativa y orden social.
- **Mesosocial:** En este nivel se encuentran las redes sociales, que permite al sujeto poder acceder a cierta cantidad de contactos, dándole un

sentido de pertenencia y unión con los demás. Aquí se estudiarán las características de las redes sociales como tamaño, densidad, etc.

- **Microsocial:** Siendo este el último nivel y el más profundo. En este nivel se comparten lazos más íntimos y afectivos, que implican transacciones recíprocas de apoyo, así como mayor compromiso del cuidado del otro.

2.2.7. Fuentes de apoyo social

En relación con las fuentes de apoyo social se distinguen de dos tipos de apoyo: el formal, que se obtiene de grupos con normas, y el apoyo informal, que se obtiene de grupos con reglas implícitas.

Apoyo formal

Este tipo de apoyo está relacionado con organizaciones burocráticas, donde se centra en objetivos que pueden ayudar en algunas áreas, se hacen uso de trabajadores remunerados para cumplir estas funciones. Este tipo de apoyo son gubernamentales, es decir instituciones del Estado brindadas para la población en un determinado territorio.

Apoyo Informal

El apoyo informal proviene de grupo no estructurados y conformada por redes personales. Esta ayuda no es remunerada, como en el caso del apoyo formal, provenientes de amigos vecinos, familiares. Este tipo de apoyo puede ser primario, conformado por integrantes de la familia, y secundario conformado por amigos y vecinos, quienes permite la pertenencia a un grupo, la realización individual y el potencial para desarrollarse (Cardona, Estrada, Chavarría, Segura, Ordoñez y Osorio, 2010).

Se considera a la familia como el apoyo más común en las personas mayores, siendo este proveedor de ayuda emocional y material. Los amigos también forman parte importante de fuente de apoyo para las personas adultas mayores, ya que el vínculo de amistad está unido por interés y actividades compartidas (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca 2003).

2.2.8. Modelos teóricos del efecto del apoyo social Modelo del efecto directo:

Este modelo afirma que el apoyo social tiene un efecto directo en la salud, es decir las personas que cuentan con apoyo social viven más años, presentan mejor salud mental y física, en comparación de la población que no cuenta con apoyo social (Durá y Garcés, 1991).

Modelo de reducción del estrés:

Este modelo indica que el apoyo social no tendría un efecto directamente en la salud del receptor, sino que, el apoyo social reduciría el impacto estresante de determinada situación, es decir que ayudaría a un mejor ajuste psicológico ante una situación adversa (Durá y Garcés, 1991).

Modelo del efecto amortiguador:

Este modelo integra los dos postulados mencionados anteriormente, situándose entre el estrés y la salud, es decir, que el apoyo social actuará como un modulador del estrés que repercutirá sobre la salud de la persona, actuando como un amortiguador entre ambas. Por ejemplo, una persona que no cuente con apoyo social y vivencia una situación estresante, repercutirá de manera negativa en su salud, a diferencia de una persona que cuente con apoyo social, ante la misma situación, los efectos negativos en su salud disminuirán (Durá y Garcés, 1991).

2.2.9. Variables estudiadas con relación al apoyo social en la vejez:

Con relación al sexo, se ha encontrado que las mujeres son quienes perciben mayor apoyo social por parte de su entorno, a diferencia de los varones. Además, se reporta que las mujeres, cuentan con un mayor tamaño de su red social, es decir, cuentan con un mayor número de personas a disposición para brindarle apoyo cuando sea necesario.

Son las mujeres quienes reciben mayor apoyo por parte de los hijos, mientras que los varones reciben mayor apoyo por parte de sus conyugues, siendo el apoyo que se intercambia con mayor regularidad el emocional.

En relación con el estado civil, se ha encontrado que las personas separadas, manifiestan una reducción en la percepción del apoyo social.

En la etapa de la vejez, la familia juega un papel muy importante, ya que es la principal fuente de apoyo y es considerada la más significativa para el adulto mayor.

Por otro lado, se han estudiado con mucha atención las variables de salud y apoyo social, concluyendo que las personas que cuentan con apoyo social presentan menores riesgo ante la enfermedad. Es así como, los adultos mayores que vivencien situaciones estresantes como la enfermedad, encontraran en el apoyo social, las herramientas para poder hacer frente a la situación adversa. La investigación en enfermedades físicas como la diabetes, el cáncer, indican que el apoyo social puede favorecer a la detección de estas enfermedades de manera temprana, así como a su recuperación en el tratamiento.

Pasando a la salud mental, es concluyente que el apoyo social favorece el desarrollo de la salud mental en el adulto mayor, ya que este actúa reduciendo los niveles de tensión y la ansiedad personas de la tercera edad, además de elevar el autoestima y valor personal (Gallardo, 2013).

2.3. Satisfacción con la vida

2.3.1. Antecedentes históricos del bienestar subjetivo

La palabra “felicidad” estuvo presente desde muchos años atrás en la literatura, siendo usada por Aristóteles, para darle una explicación filosófica de este término. Debido a su definición poco exacta, el constructo “felicidad” era muy poco estudiada, posteriormente el termino evoluciona a “bienestar personal” o “satisfacción con la vida”, tomando una nueva forma de visualizar las características del hombre. Es así como se inicia por estudiar aquellos aspectos positivos y potencialidades de las personas, que podrían contribuir a vivir mejor (García, 2002).

Haciendo una revisión histórica del término bienestar subjetivo, en el siglo XIX, se pensaba que la mejor sociedad era quien brindaba condiciones para ser más felices al mayor número de personas. Ya en el siglo XX, esta idea fue tomando más fuerza, haciendo que las sociedades impulsen estados de bienestar, trabajando en reducir enfermedades, pobreza y analfabetización, siendo evaluadas a través estadísticas sociales para observar el progreso. Es así como, las sociedades estudiaban criterios económicos (ingresos de dinero, seguridad en ingresos, etc.) para concluir que tenían bienestar, generándose un ámbito nuevo de estudio denominado “calidad de vida”, tomándose este término como un aspecto netamente materialista. A este tipo de estudios se le conoce como “bienestar objetivo”. Ya en los años setenta, surgieron los indicadores sociales (salud, ingresos, vivienda, etc.) para el estudio del bienestar. En los noventa se establece el estudio de los indicadores sociales con el surgimiento de revistas especializadas en el tema (Veenhoven, 1994).

Para Veenhoven (1994), el término “calidad de vida” se entiende de dos maneras, la primera se refiere a las condiciones necesarias como alimentación, vivienda, que permiten vivir bien, y la segunda a la percepción subjetiva que tiene el sujeto de las condiciones de su vida. Lawton (citado en García, 2002) sugiere componentes subjetivos a calidad de vida, siendo estos: percepción de calidad de vida, bienestar psicológico, competencia conductual y medio ambiente objetivo. Es así como surge el bienestar subjetivo como un elemento para medir la “calidad de vida”.

El Bienestar Subjetivo para Anguas (citado en Vera, Grubits, López y García, 2010) es “la percepción propia, personal, única e íntima que el individuo hace sobre su situación física y psíquica, lo cual no necesariamente coincide con la apreciación concreta y objetiva que se genera de la evaluación que desde el exterior se hace de aquellos indicadores de ambas situaciones” (p.26). En esta definición se menciona que las características objetivas no siempre tendrán que afectar a la manera en que la persona evalúa su vida, como, por ejemplo, una persona puede tener una buena situación económica, acceso a servicios de salud, buena vivienda, etc., pero puede evaluar su vida como poca feliz, o puede suceder lo contrario, puede tener condiciones materiales no muy provechosas, pero puede evaluar su vida como muy satisfecha.

Según Cuadra y Lorenzano (2003) el bienestar subjetivo “se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia” (p. 85).

2.3.2. Modelo de Bienestar subjetivo según Diener

El bienestar subjetivo se divide en tres componentes que a su vez se relacionan, el afecto positivo, que es lo que se conoce como “felicidad”, ausencia del afecto negativo (ambos conforman el componente afectivo) y finalmente la satisfacción global con la vida (componente cognitivo) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, Citado en Arita, 2005). Inicialmente Bandrun, según sus estudios, concluyó que los afectos positivos y negativos eran independientes, sin embargo, estudios posteriores ponen en debate estos resultados, manifestando que tanto el afecto positivo como el negativo formarían parte de una dimensión bipolar (Padrós, Gutiérrez, Medina, 2015).

Para Diener (1994) el bienestar subjetivo cumple con tres características principales, la primera de ellas es que este componente parte de la propia experiencia del sujeto, la segunda es que debe tener medidas positivas, cabe señalar que no solo se refiere a la ausencia de medidas negativas, si no de experimentar afectos positivos. Y la tercera es la evaluación global de los diferentes ámbitos de la vida del sujeto.

Debido a la amplitud del término satisfacción con la vida, Diener (1991, citado García, 2002) realizó un análisis más profundo del tema, y la redujo a dominios, para tener un estudio más exacto de los juicios que hacen las personas acerca de su vida, siendo estos: trabajo, familia, ocio, salud, ingresos, felicidad con uno mismo, con los demás.

El componente cognitivo del bienestar subjetivo, denominado satisfacción con la vida, se refiere al grado de logros que ha obtenido la persona a lo largo de su vida según sus aspiraciones. A diferencia del componente afectivo, que deriva de los estados afectivos placenteros del sujeto (Veenhoven, 1984 citado en García, 2002). El afecto positivo ha sido relacionado con variables como apoyo social, extraversión, y el afecto negativo, con situaciones de deterioro de la salud, preocupaciones y ansiedad (García, 2002).

2.3.3. Satisfacción con la vida

Veehoven (1994) define la satisfacción con la vida como “el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva” (p.4), es decir la aceptación que tiene una persona acerca de su vida. Veehoven también, pone énfasis en que la satisfacción con la vida implica una evaluación general de su vida, y no un estado momentáneo de euforia.

Con una definición similar, Diener (1994) define a la satisfacción con la vida como “una evaluación de juicio cognitiva de la vida de uno mismo. Como tal, puede ser influida indirectamente por el afecto, pero no es en sí una medida de emoción”.

Padrós, Gutiérrez y Medina (2015) mencionan que la satisfacción con la vida puede medirse mediante la suma de todas las dimensiones concretas de este constructo como salud, familia, trabajo, etc.

Para Fernández (2009) la satisfacción con la vida es la experiencia vivada con estados positivos, este es relativamente duradero que se da como resultado de las experiencias pasadas y actuales.

Pérez y Alegre (2013) definen la satisfacción con la vida como “la percepción personal sobre la propia situación en la vida partiendo de los propios objetivos, expectativas, valores e intereses influenciados por el contexto cultural de

referencia” (p. 448), indicando que la satisfacción con la vida tiene influencias externas. Skin y Jhonson (1978, citado en Ortiz y Tapia, 2013) mencionan que el criterio estándar impuesto por una persona que luego es comparado con su estado presente no es expuesto por el exterior.

Según Rojas (2007, citado en Link, 2014) la satisfacción con la vida “es una evaluación general de la vida hecha a partir de los referentes de satisfacción que posee la persona” (p, 9).

En base a lo citado, se puede definir el componente de satisfacción con la vida, como un juicio global que realiza la persona de su propia vida en referencia su estándar propuesto, siendo estas positivas, es decir, la persona percibe sus acontecimiento pasados y presentes como buenos, por lo tanto, se siente bien con la vida que lleva.

Diener (1987, citado en Pérez y Alegre, 2014) propone dos enfoques que permiten estudiar la satisfacción con la vida. El primero se denomina abajo- arriba (bottom-up), donde explica que el grado de satisfacción de la vida depende de las experiencias positivas que viva la persona en sus diferentes dominios, es decir, el nivel de satisfacción variara dependiendo a como se sienta el sujeto con su entorno. Los tres predictores estudiados más importantes que influyen en la satisfacción con la vida son: satisfacción en el trabajo, satisfacción con el entorno social y satisfacción con uno mismo. El segundo enfoque se denomina arriba-abajo (topdown), donde se indica que el nivel de satisfacción no se verá influencia por los sucesos externo, si no que dependerá de características de la misma persona, es decir, la persona puede estar presentando situaciones poco positivas, sin embargo, su personalidad hará que se mantenga satisfecha con su vida, independientemente de las circunstancias.

2..3.4. Variables relacionadas con la satisfacción con la vida Ingresos:

Se ha comprobado por varios estudios que los países con mayor nivel económico suelen tener puntajes más elevados de bienestar, caso contrario sucede con los países pobres que obtienen puntuaciones bajas. A pesar de esta afirmación, se ha registrado que cuando un país tiene un aumento en sus ingresos, el nivel de satisfacción no se eleva. Estas interesantes conclusiones, generan explicaciones para entender la influencia del dinero en la satisfacción con la vida. Diener afirma que el dinero tiene una relación con la satisfacción con la vida, en poblaciones con niveles pobreza alta, ya que pueden con ello pueden tener mayores posibilidades a suplir las necesidades básicas, sin embargo, una vez cubiertas estas necesidades, el dinero no tiene mayor influencia en el componente cognitivo del bienestar (Diener, 1994). En la misma dirección, García (2002) menciona que las correlaciones significativas entre satisfacción con la vida y los ingresos, se da en países subdesarrollados, mientras que, en los países desarrollados, esta correlación es mínima o nula.

Para Diener (1994), esta relación de los ingresos con la satisfacción con la vida se debería a que: primero, los ingresos permiten cubrir las necesidades básicas (como alimentación y servicios de salud), la segunda razón es que mayores ingresos son el estatus y el poder que tienen efecto sobre el bienestar subjetivo. La tercera razón es que la relación entre ingresos y satisfacción con la vida dependerá de la comparación que haga la persona con los otros referentes de su entorno. Finalmente, la relación de estas dos variables, no solo tendrían efectos positivos en la satisfacción, ya que los ingresos traerían situaciones estresantes que afectarían el bienestar subjetivo.

Edad:

Diversas investigaciones han mostrado que la edad presenta correlación con el nivel de satisfacción con la vida, los resultados indican que el nivel de satisfacción no disminuye con la edad, por el contrario, suele elevarse (Diener, 1994). En una investigación de Diener y Suh, (1998, citado en García, 2002) encontraron que los adultos mayores presentan niveles más altos de satisfacción vital, a diferencia de los jóvenes. Alarcón (2001) mediante el estudio de la felicidad en población limeña, concluyo que los adultos de 50 a 60 años obtuvieron puntuaciones más altas que

los de menor edad. Este mantenimiento o elevación del nivel de satisfacción en personas de mayor edad, se debería a su capacidad de adaptación a las diferentes situaciones, reajustando sus metas de acuerdo con su edad (García, 2002). Alarcón (2001) sostiene que este hecho puede deberse a que los adultos mayores tienden a experimentar en menor grado los afectos negativos y maximizar los afectos positivos.

Salud:

En relación con la variable salud, las personas indican que la salud es el factor más importante para sentirse satisfechas, sin embargo, esta variable ocupa el octavo lugar en la predicción de la satisfacción con la vida (Diener, 1994). Los problemas de salud suelen ser frecuentes en las personas que perciben su vida como pocas satisfechas (López, 2017).

Por otro lado, Inga y Vara (2006) encontraron que los adultos mayores de Lima presentan niveles altos de satisfacción con la vida a pesar de sentirse débil y enfermo una vez a la semana. Por lo tanto, la “salud objetiva” (medición exacta del estado físico) no se relaciona con el nivel de satisfacción con la vida (Rosillo, 2016), siendo de mayor importancia la “salud subjetiva” (percepción del sujeto acerca de su salud), ya que este sí tendrá influencias sobre la satisfacción vital (García, 2002).

Género:

Con respecto a la variable género, Haring, Stock y Okun (1984, citado en García, 2002) encontraron que los varones obtienen puntuaciones ligeramente más arriba de satisfacción con la vida, a diferencia de las mujeres. Esto se debería a que las mujeres perciben menos control sobre sus vidas que los varones debido a más actitudes de indefensión en edades más tempranas. Sin embargo, esto difiere cuando las edades disminuyen, ya que las mujeres jóvenes se sienten más satisfechas que los varones, mientras que las mujeres mayores este nivel es menor. Según Ortiz y Tapia (2013), quienes realizaron un estudio en adultos mayores de Arequipa concluyeron que el género sí presenta una relación con la satisfacción vital, ya que se encontró que las mujeres presentan mayor nivel de satisfacción en comparación con los varones.

A diferencia de López (2017), quien, en su investigación en adultos mayores de Lima Metropolitana, no encontró diferencias significativas en las variables género y satisfacción con la vida. En conclusión, de las investigaciones citadas, se puede afirmar que estas diferencias entre varones y mujeres son mínimas o en algunas ocasiones nulas, es decir, ambos presentan el mismo nivel de satisfacción con la vida (Alarcón, 2001).

Nivel educativo:

En relación con la variable educación, se ha observado que el nivel educativo puede tener una influencia indirecta en el nivel de satisfacción, ya que las personas que cuentan con mayor nivel educativo presentan mejores ingresos y cuentan con medios para conseguir sus metas. Sin embargo, una vez controladas las variables como ingresos y estatus, la educación no se observa tan relevante (García, 2002).

De igual manera Veehoven (1994), menciona que, en los países pobres, la correlación entre nivel educativo y satisfacción vital es alta, a diferencia de los países ricos, que presentan correlaciones bajas.

Ortiz y Tapia (2013) encontraron que el nivel educativo presenta correlaciones significativas con la variable satisfacción vital, explicando que, aquellas personas mayores que tienen cierto grado de nivel educativo pueden seguir desarrollándose laboralmente o posterior a la jubilación, disfrutar tomando otros roles.

Estado civil:

Han sido diversos las investigaciones que han estudiado la variable satisfacción con la vida en relación con el estado civil de la persona, presentando diferencias significativas en los diversos grupos. Fernández (2009) menciona que las personas casadas tienden a ser más felices y por ello suelen vivir más años, debido a que las personas con parejas comparten innumerables vivencias y cuidan uno del otro, mejorando su calidad de vida. García (2002), menciona que las personas casadas presentan mayores niveles de satisfacción con la vida, en comparación con las personas viudas o divorciadas, a diferencia de las personas viudas, que en el caso de los varones se asocia con depresión, y en las mujeres, con la reducción de sus actividades sociales. Esta correlación entre ambas

variables se debería a la satisfacción con el matrimonio que sienten ambas personas (Alarcón, 2001).

A diferencia de las investigaciones mencionadas, Ortiz y Tapia (2013) encontraron que tanto las personas casadas y solteras tienen el mismo nivel de satisfacción con la vida, obteniendo un nivel promedio.

Personalidad

Aquí se describirán algunas variables personales que están relacionados con la satisfacción con la vida. La autoestima es uno de los predictores más cercanos que está asociada al bienestar subjetivo, ya que cuando uno se siente satisfecho con uno mismo de igual manera se sentirá con la percepción global con su vida (Diener, 1994).

La capacidad de control que tiene una persona sobre su vida, conocido también como internalidad, está relacionado con la satisfacción. Sin embargo, cuando una persona tiene expectativas muy grandes de control, puede repercutir de manera negativa en su satisfacción, ya que puede ocurrir decepciones al no haber alcanzado lo que se propuso (García, 2002).

La extraversión, según Veehoven (1994), presentan relaciones altas con la satisfacción vital, ya que describe a la persona satisfecha como muy sociable y abierta a experiencias.

VARIABLES COMPORTAMENTALES:

En este apartado se incluirán diversas actividades que están relacionadas con la satisfacción vital, ya que el término es amplio.

La participación social y los contactos sociales mejoran los niveles de satisfacción (García, 2002). Las personas adultas mayores que se involucran con actividades sociales aumentan su red de apoyo social y por lo tanto mejoran su bienestar frente al proceso de envejecimiento (López, 2017). Así mismo, las actividades de ocio como los esparcimientos recreacionales y las motivaciones intrínsecas puesta en ella mejoran los niveles de satisfacción, especialmente a las personas jubiladas (Arana, 2014).

2.3.4. Satisfacción con la vida en adultos mayores

En la tercera edad, la satisfacción con la vida se entendería como la percepción global positiva del proceso de envejecimiento, aceptando lo que se vivió y lo que se vive (López, 2017).

A pesar de que se suponía que los adultos mayores presentarían niveles bajos en la satisfacción vital, debido a las diferentes situaciones estresantes (como pérdidas, enfermedades, jubilación, etc.) que vivencian, los estudios muestran lo contrario, encontrando que los adultos mayores presentan niveles altos de satisfacción vital (Inga y Vara, 2006, Rosillo, 2016, Alarcón, 2001) o en otras investigaciones nivel promedio (Ortiz y Tapia, 2013).

Inga y Vara (2006), encontraron que uno de los predictores sobresalientes de satisfacción con la vida en los adultos mayores, es el apoyo familiar, siendo la principal fuente apoyo, ya que brinda afecto, apoyo emocional, seguridad, y cuidado. Esta fuente de apoyo vendría principalmente por parte de los hijos.

2.4. Adulto mayor

2.4.1. Definición de adulto mayor

Los adultos mayores son una parte población que tiene una proyección de aumento en todo el mundo, es por ello el interés de diversas entidades en brindar mejor calidad de vida para los adultos mayores. La etapa de envejecimiento es parte del ciclo de vida de las personas, que implican cambios y diversas situaciones de estrés. Diversos autores han definido la etapa de envejecimiento y las han clasificado dependiendo el rango de edad y procesos internos en el que se encuentra la persona.

Según Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) afirma que las personas que se encuentre en países desarrollados, de los 65 años en adelante son consideradas como adultos mayores, mientras que en los países en vías de desarrollo la edad será de 60 en adelante.

En nuestro contexto, la normativa peruana, donde describe el artículo de la persona adulta mayor (Ley N°30490) menciona que es toda aquella persona que tenga 60 años o más (El Peruano, 2016).

Para Papalia, Wendkos y Duskin (2005) la etapa de la adultez se divide en tres etapas. La etapa adulta temprana que está comprendido entre los 20 a 40 años, la etapa adultez media que van desde los 40 a 65 años y la etapa de adultez tardía que va desde los 65 años a más, donde suceden los mayores cambios en la persona.

Para Brocklehorst (citado en Vargas y Vargas, 2017) esta población se divide en tres grupos: senil, que comprende las edades de 60 a 74 años, anciano que comprende personas de 75 a 89 años y longevos de edad superior a 90 años.

Berger (2009) menciona que los gerontólogos hacen diferencia en la etapa de la vejez y divide a esta población de la siguiente manera: anciano joven (60 a 75 años), el anciano- anciano (76 a los 85 años) y el anciano muy anciano (mayor de 85 años).

2.4.2. Perfil del adulto mayor en el Perú

Los adultos mayores representan un 9,7 % de la población general en nuestro país, llegando a 3 millones 11 mil 50 personas, siendo un 53,3% mujeres y 46,6 varones de la población adulta mayor, esto datos reflejan la “feminización”, término empleado para describir el alto porcentaje de mujeres de la tercera edad en el mundo. El 40% de las familias peruanas cuentan con al menos un adulto mayor en sus hogares, siendo las personas de la tercera edad fundamentales para el sostén familiar en un 33,4%. (INEI, 2015)

En el último informe técnico del INEI del periodo del 2017 (2018) describe que alrededor del 18.3% de la población de la tercera edad no cuenta con un nivel educativo o solo llegó estudiar el nivel inicial, el 44,0% alcanzó a estudiar primaria, el 21,7% secundaria y el 16,0%, nivel superior, siendo las mujeres el mayor porcentaje en no tener estudios (23%) a diferencias de los varones con un 7%. En relación con el analfabetismo, el 20.9% de la población adulta mayor no sabe leer ni escribir, repitiéndose los números altas en la población femenina (31,2%) a comparación de los varones (8,9%).

2.4.3. Longevidad actual en adultos mayores

La esperanza de vida en los adultos mayores ha aumentado con el transcurrir de los años, por ejemplo, en el año 2000 las personas tenían más probabilidad de vivir 29 años más que aquellos que vivieron en los años 1900 (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). En nuestro país la esperanza de vida ha aumentado en 15 años en los últimos 40 años, es así como los peruanos vivirán en promedio de 74.6 años y en los años 2050 los adultos mayores vivirán alrededor de 79 años (INEI, 2015). Esto se debe a diversos factores que influyen que la esperanza de vida crezca, uno de ellos es el tratamiento que la medicina encuentra para las diversas enfermedades que vulneran a las personas de la tercera edad. Así mismo en países desarrollados los adultos mayores tienen mayor probabilidad de vivir más años que en un país en desarrollo, debido a que en los países en vía de desarrollo presentan inestabilidad económica, consumo de alcohol, depresión y mala alimentación (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). Sin embargo, hay mucha discusión entre diversos profesionales en establecer una edad límite del ser humano, teniendo un aproximado de 110 a 120 años (Papalia, Harvey, Duskin y Camp, 2009).

Una de las personas más longevas en el mundo fue Jeanne Calmet (mujer) que falleció cumpliendo 122 años con 164 días en Francia (Wikipedia, 2018). Según Lesur (2011) el no fumar, el beber alcohol con moderación, hacer ejercicios, descansar adecuadamente, tener una dieta alta en verduras y frutas, manejar el estrés y sobre todo una actitud positiva son factores que incrementarían los años de vida de una persona adulta mayor.

Diferencias de género: Las mujeres suelen vivir más que los varones en la mayor parte del mundo. Esto se debe a que las mujeres buscan mejoras en su salud a diferencia de los varones. Según el INEI en el Perú (2015) las mujeres alcanzarán los 77 años de vida mientras que los hombres vivirán un aproximado de 72 años. En Chile las mujeres alcanzan una esperanza de vida de 85 años y los varones en 80 años. (Instituto de políticas públicas en Salud, 2017). Y en Japón la mujer tiene una esperanza de vida de 87 años y los varones de 79 a 80 años, siendo uno de los países con personas en vivir más años (Expansión, 2015).

2.4.4. Cambios en la etapa del envejecimiento

2.4.5. Aspectos cognitivos Memoria:

“La memoria es el residuo de la experiencia” (Papalia, Harvey, Duskin y Camp, 2009, p, 154), básica para el aprendizaje, ya que con ella podemos resolver problemas que ya se ha vivido. En la tercera edad, la memoria es una de las capacidades que suele presentar deficiencias, caracterizando esta etapa de la vida con los olvidos. Los cambios en la memoria no se dan de igual manera en todos los adultos mayores, presentando diferencias individuales.

Los adultos mayores presentan deficiencias en el proceso que produce el recuerdo, observándose problemas en la codificación, almacenamiento y recuperación de la información. La eficiencia de la memoria episódica (recordar eventos) suele disminuir en comparación con la memoria procedual, a diferencia de la memoria semántica (capitales, palabras, países, etc.), suele conservarse debido a la acumulación de experiencias constantes.

La mayoría de los aprendizajes no consciente (aprendizaje motor) suelen no tener modificaciones.

Diversos autores señalan que el olvido no siempre es malo, de hecho, olvidar es una manera de desechar información que ya no es útil para dar paso a nuevos aprendizajes, de esta manera las personas de la tercera edad pueden hacer uso del olvido selectivo, no esforzarse en recordar los detalles y centrarse en cosas más relevantes en su vida (Papalia, Harvey, Duskin y Camp, 2009).

Para prevenir deterioro cognitivo se recomienda que en la edad adulta mayor se ejercite la capacidad de memoria. Algunos ejercicios de memoria según el método Unam son: ejercicios de atención, de lenguaje (palabras que empiecen con una determinada letra), ejercicios de cálculo (de lo más simple a lo complejo), ejercicios de asociación (Nombre Rosa me recuerda a una tía), prestar atención a lo que se hace, verbalizando la acción y finalmente visualizándolo, recordar nombres (Fernández, 2009).

Inteligencia

El estudio de la inteligencia en personas de la tercera edad, usando instrumentos de medición de escalas verbales y ejecutiva, muestran que suele haber una ligera disminución de capacidad ejecutiva, manteniéndose la capacidad verbal. Afirman también que estas se mantienen o pueden mejorar con el tiempo si hay entrenamiento (Papalia, Harvey, Duskin y Camp, 2009).

Creatividad

La creatividad es la capacidad de crear cosas novedosas, que tiene gran relación con la inteligencia; muestra un declive en la producción de estas, sin embargo, la edad no afecta la calidad de las creaciones (Papalia, Harvey, Duskin y Camp 2009). Esta capacidad puede verse estancada si el adulto mayor no encuentra motivación y herramientas para seguir desarrollando su creatividad. Estimular la creatividad enlentece el deterioro cognitivo en la tercera edad, ya que la mente se encuentra en actividad (Carrascal y Solera, 2013).

2.4.6. Aspectos físicos Enfermedades en la tercera edad

Los cambios físicos son los más notorios a simple vista a menudo que uno va envejeciendo. Estos cambios se dan de manera diferente en las personas.

Los cambios externos son, por ejemplo, la reducción de la estatura que, a partir de los 40 años, puede tener una reducción de hasta 5 cm al llegar a los 80 años, debido a la compresión de los discos entre las vértebras, inclinación de la columna hacia delante y cambios de postura. La relación al peso, este suele disminuir de manera más notoria en los varones que en las mujeres. La piel pierde grasa y elasticidad generando resequedad y arrugas en la piel.

En la visión se presentan deficiencias, reducción del campo de visión, se reduce la visión nocturna, la vista se opaca y se nota seca, es por ello por lo que se elevan los accidentes de caídas en las personas de la tercera edad. Hay una disminución gradual de la audición llamada presbiacusia. Se observa una disminución del olfato debido a la reducción de células sensoriales en la cubierta nasal. Y el tacto se ve disminuido de manera lenta a partir de los 60 años (Lesur, 2011)

Uno de los órganos que presentan mayores cambios con relación a la salud es el corazón, debido a su enlentecimiento en el funcionamiento, ya que se concentran las grasas.

Los huesos suelen perder absorción de nutrientes, llegando a adelgazar y ser quebradizos por la pérdida de calcio, desarrollando enfermedades como la osteoporosis (adelgazamiento de los huesos) y la artritis (dolor y pérdida del movimiento de las articulaciones).

Suelen presentarse enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, presión arterial (Papalia, Harvey, Duskin y Camp, 2009). En el Perú el 39% de los adultos mayores son hipertensos (INEI, 2015).

Con el paso de la edad el sistema inmunológico se hace más vulnerable, una de las enfermedades que afectan al adulto mayor es la diabetes que suele darse en adultos de 50 a 70 años. En nuestro país el 79% de los adultos que tiene diabetes llevan un tratamiento para esta enfermedad (INEI, 2015).

Los adultos mayores hacen uso de mecanismos para enfrentar las enfermedades como, por ejemplo: negar la enfermedad, ira y hostilidad hacia sus cuidadores, son muy demandantes exigiendo constantemente atención o lo contrario, aislarse (Lesur, 2011).

2.4.8. Aspectos sociales

Los cambios sociales se refieren a la variación en la relación con las personas de su entorno. Estos cambios se darán en dos contextos: el primero relacionado con la familia y la comunidad, y el segundo al cambio de roles, que está integrado por la función que tiene en la sociedad y cambios en su red social.

Uno de los cambios que genera gran impacto en los adultos mayores en la jubilación, que se define como el retiro de actividad, sea voluntaria o involuntario, que está relacionado con el envejecimiento cronológico (Castillo, 2014). Este proceso de cese de trabajo genera diversos cambios en la vida del adulto mayor, entre ellos:

- Cambios en el monto de los ingresos, ya que lo percibido en la jubilación suele ser menor, esto genera una estructuración en la economía.
- Debido al retiro laboral, también se verán afectadas las relaciones con las personas del trabajo, produciéndose un alejamiento.
- Cambio en estatus social, debido a que la jubilación es percibida de manera negativa por la sociedad, además de existir limitaciones a ciertos beneficios sociales.

Según a las diferencias de género, se ha encontrado que las mujeres suelen estar menos satisfechas con la jubilación. Por otro lado, los adultos casados, y con niveles de estudios superiores suelen adaptarse mejor al cese de trabajo (Gallardo, 2013). Tras la jubilación surge mayor disponibilidad de tiempo para ocuparlas en actividades nuevas, así como los cambios con relación a la familia.

Otro de los cambios a experimentar en esta etapa de la vida, está relacionado con las pérdidas, ya sea de amigos del entorno o de la pareja. En relación con la viudez, se ha encontrado que las mujeres son quienes se adaptan mejor a la

pérdida de su pareja, mientras que el varón este proceso se hace mucho más difícil (Villalobos, 2015).

La estructura familiar también cambia, debido a que los hijos pueden partir de casa, sucede el nacimiento de los nietos, así como mayor relación entre los miembros de la familia, generando mayor vínculo entre los integrantes.

Diversos autores han intentado dar explicaciones a los cambios sociales surgidos en la tercera edad, entre ellas se encuentra:

- Teoría de la desvinculación: Esta teoría menciona que las personas suelen aislarse de su entorno social. Según este enfoque, menciona que el adulto mayor se va alejando poco a poco de la participación social, de la misma manera, la sociedad le ofrece menos posibilidades de ser agente activo de esta. Menciona que esta desvinculación permite que la familia brinde nuevos roles a desempeñar en el hogar.
- Teoría del medio social: Esta teoría menciona que los cambios sociales se darán dependiendo de factores biológicos y sociales. Por ejemplo, una persona que presente enfermedades comunes en la vejez tenga ciertas limitaciones de participar en su entorno social, como lo hacía antes. Otros factores suelen ser la economía y el entorno social.
- Modelo de relación persona- ambiente: Esta teoría manifiesta que debe existir un equilibrio entre el ambiente socio físico y las necesidades, disposiciones de las personas y oportunidad que ofrece el ambiente (Gallardo, 2013).

2.4.7. Teorías del envejecimiento Teoría del desgaste

Afirma que mientras más vivimos nuestro cuerpo se desgasta más. Esto suele observarse con regularidad, por ejemplo, si utilizamos con más frecuencia nuestras manos, seguramente en el pasar de los años se manifiesten ciertas lesiones en esa parte del cuerpo. Investigaciones apoyan esta teoría en casos como: las personas que sufren de sobrepeso tienden a vivir menos, por el mayor desgaste que genera en el cuerpo, el trasplante de diferentes órganos del cuerpo (que ya están gastadas) suelen dar mayores años de vida a las personas.

Sin embargo, no siempre esta teoría puede ser del todo verdadera, ya que la inmovilidad puede generar problemas de en la salud, es por ello por lo que se recomienda estar en actividad para no enfermarse (aeróbicos, ejercicios, vida sexual activa).

Teoría de la programación o adaptación genética

Esta teoría afirma que nuestros ADN tienen células que están programadas para vivir determinado tiempo y llegado el momento estas van muriendo. Esta teoría puede cumplirse en diversos animales que se conoce el tiempo de vida máxima, sin embargo, en las personas este promedio de vida varía según las condiciones ambientales (desarrollo), ya que se ha estudiado en muchas ocasiones que las personas que vivieron años atrás vivían menos que las que viven al presenta año, y así cada vez más va aumentado los años de vida para las personas de la tercera edad.

Teoría del error catastrófico

Esta teoría menciona que en el proceso en el que las células se multiplican pueden generar copias inexactas que mediante su acumulación y a su contenido de sustancias dañinas genera que estas vayan repasándose, hasta el punto el organismo ya no puede sobreponerse al daño.

Teoría de los radicales libres

Esta teoría explica que los radicales libres de oxígeno provocan que se revuelvan las células del ADN produciendo errores en su mantenimiento y reparación. Con el paso del tiempo esto generaría enfermedades como el cáncer, diabetes y arterioesclerosis (Berger, 2009).

2.4.9. Salud mental en el adulto mayor

Lesur (2011) considera que la salud mental en los adultos mayores “es la capacidad para lidiar con el estrés cotidiano y lograr el equilibrio emocional”, es decir enfrentarse de manera adecuada a los diversos cambios que se dan en la vejez. Este equilibrio podría verse afectado por las enfermedades, muerte de familiares y/o amigos, soledad, dependencia y percepción negativa acerca de la muerte.

Según Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) más del 20% de las personas mayores de 60 años padecen algún trastorno mental, siendo los más comunes la depresión y la demencia. El estado de salud mental en los adultos mayores repercute directamente en su salud física y viceversa. Así mismos, por las condiciones en las que se encuentran los adultos mayores, muchas veces son víctimas de malos tratos (físicos, psicológicos, sexual, emocional, económico y material), siendo este un factor de riesgo para aumentar el nivel de estrés. Datos de la OMS indican que 1 de cada 10 personas sufre maltrato, aumentando la probabilidad de sufrir depresión y ansiedad.

Trastornos mentales en adultos mayores Demencia:

Los casos de Alzheimer son los más números en relación con los otros tipos de demencia aumentando el riesgo conforme la edad se incrementa y siendo más común en mujeres. El manual de DSM V ha cambiado el término utilizado para designar a la demencia denominándolo “trastorno neurocognitivo mayor”, siendo los criterios: evidencia importante de declinación cognitiva de un nivel previo de mayor desempeño de uno o más dominios cognitivos (aprendizaje y memoria, atención compleja, función ejecutiva, habilidad perceptual, motora o cognición social), los déficits interfieren con la vida cotidiana de la persona, los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en presencia de un delirio, no son atribuible a otros trastornos mentales (depresión mayor o esquizofrenia) (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016).

Lesur (2011), divide el proceso del Alzheimer en cuatro etapas:

1° etapa: Pérdida de memoria constante de la memoria constante que afecta el estado emocional de la persona, que suele durar de 2 a 5 años.

2° etapa: La pérdida de memoria es mucho mayor, presentando problemas en la vida cotidiana como, por ejemplo; perderse en lugares conocidos, dificultad para tomar decisiones simples, dificultad para expresar sus pensamientos, desorientación de tiempo y lugar.

3° etapa: El paciente ya no reconoce a sus familiares.

4° etapa: El adulto mayor se vuelve dependiente, la enfermedad lo lleva hasta la muerte.

Se calcula que 47, 5 millones de personas en el mundo sufren de demencia y que la cifra aumentara en un 75, 6 millones para el 2030, sobre todo en países de baja economía. Este trastorno que afecta en una gran población de personas de la tercera edad ha sido designado por OMS como un problema de salud pública que debe ser trabajado de manera eficaz a nivel internacional (OMS, 2017).

Depresión:

La depresión se ubica dentro de los trastornos afectivos que se detectan con mayor frecuencia en adultos mayores. El 7% de la población adulta mayor en el mundo presenta depresión, provocando que su desempeño sea deficiente (OMS, 2017).

El trastorno depresivo mayor suele presentarse en al menos 2% de la población adulta mayor en nuestro país. Los criterios para el diagnóstico para este trastorno son: sentimientos constantes de tristeza, vacío emocional, pérdida de placer, alteraciones en el sueño, enlentecimiento motor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas. Esto suele acompañarse con dolores físicos, fatiga y constipación.

Otros trastornos que suelen presentarse en mayores de 60 años es la distimia, donde los síntomas son de menor gravedad, pero más duraderos. Por otro lado, las conductas suicidas que se dan en la población adulta mayor suelen darse en mayor porcentaje en mujeres, sin embargo, los suicidios consumados se dan el mayor número en varones (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. Tipo y diseño de investigación:

Diseño de investigación:

La investigación presenta un diseño no experimental- transversal, ya que busca estudiar las variables tal y como se dan en su contexto natural para luego analizarlas en un momento determinado y único (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Tipo de investigación:

El tipo de investigación del presente estudio es correlacional, ya que permite estudiar la relación que existe entre dos o más variables o conceptos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En esta investigación se analiza la relación de apoyo social y satisfacción con la vida.

3.2. Población Muestra Población

El distrito de San Juan de Miraflores cuenta con 14 locales comunales donde se brinda actividades en beneficio al adulto mayor (terapia física, programa de alfabetismo, baile, manualidades), cabe mencionar que, en algunos casos, se brinda solo alguna de ellas. La población está constituida por 400 adultos mayores de edades que oscilan entre los 60 a 90 años.

Muestra

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante el uso de la fórmula para muestra finitas, con un 95% de confianza y un 5% de margen de error.

$$n_{\text{opt.}} = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N - 1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

La muestra estuvo conformada por 192 adultos mayores de 8 locales comunales de diferentes zonas del distrito de San Juan de Miraflores, descritos en la siguiente tabla:

Tabla 1

Distribución de la muestra

Local Comunal	Frecuencia	Porcentaje
Alfonso Ugarte	17	8.9
Brillantes	17	8.9
Divino Niño	27	14.1
Los Eucaliptos	17	8.9
Ollantay	67	34.9
Ricardo Palma	9	4.7
San Francisco	25	13.0
Serenazgo	13	6.8
Total	192	100.0

Muestreo

El tipo de muestreo empleado para esta investigación es no probabilístico – intencional, debido a que no todos los tendrán la misma probabilidad de ser elegidos, además es intencional ya que la muestra fue seleccionada a través de los criterios de inclusión y exclusión (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

a) Criterios de inclusión:

- Edad: 60 a 85 años.
- Adultos mayores asistentes a los locales comunales
- Quienes deseen participar de la entrevista

b) Criterios de exclusión:

No formaran parte de la muestra quienes:

- Cuyas edades no oscilen entre 60 a 85
- Cuyo consentimiento sea negado.
- Presenten alguna alteración mental.

3.3. HIPÓTESIS

3.4. Hipótesis General

- H1: Existe relación significativa entre apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

- H0: No existe relación entre apoyo social y satisfacción con la vida de los adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

Hipótesis Específicas

H1: Existe una reducida red social y nivel bajo de apoyo social en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

H2: Existen diferencias significativas en el nivel de apoyo social según edad, género, estado civil y grado de instrucción en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

H3: Existe un nivel bajo de satisfacción con la vida en adultos del distrito de San Juan de Miraflores.

H4: Existen diferencias significativas en satisfacción con la vida según edad, género, estado civil y grado de instrucción en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

H5: Existen relaciones significativas entre las cuatro dimensiones de apoyo social: apoyo material, apoyo emocional, interacción social positiva, apoyo afectivo con el nivel de satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

3.5. Variables

Variables de estudio

Variables de Estudio	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala
Apoyo social	Provisión y recepción de bienes, servicios y beneficios, tangibles (transporte, ayuda cuando está enfermo, económica) e intangibles (consejo, información y compañía) (Fernández, 2009)	Puntaje obtenido a través del cuestionario del Cuestionario de Apoyo Social.	Dimensión de Apoyo Emocional. Dimensión de Apoyo Material. Dimensión de interacción Social Positiva. Dimensión de Apoyo Afectivo	Ordinal
Satisfacción con la vida	Componente cognitivo del bienestar subjetivo, siendo una evaluación de juicio de la vida de uno mismo (Diener, 1994)	Puntaje obtenido a través de la Escala de Satisfacción con la vida de Diener.	Área global de Satisfacción con la vida.	Ordinal

Variables sociodemográficas:

- Sexo: Masculino y Femenino
- Edad: 60 a 85 años.
- Estado Civil: Casado, soltero, viudo.
- Grado de instrucción: Analfabeta, primaria, secundaria, superior.

3.6. Técnicas e instrumentos de medición

3.5.1. Ficha técnica del instrumento para medir Apoyo Social Ficha técnica:

Nombre: Cuestionario de Apoyo Social - Medical Outcomes Study (MOS)

Autor: Sherbourne y Stewart

Año: 1991

Objetivo: Medir el apoyo social en sus dos aspectos: estructural y funcional. El primero mide el tamaño de la red social y el segundo mide los niveles de apoyo social en las dimensiones: emocional, material, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Edad de aplicación: Adolescentes y adultos

Materiales:

- Manual
- Protocolo

Administración: Individual y colectiva

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone.

El ítem uno, responde a la siguiente pregunta: ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?, 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?

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre

Duración: La prueba no tiene límite de tiempo, sin embargo, se calcula un aproximado de 15 minutos.

Dimensiones:

La escala cuenta con 2 áreas, la primera pertenece al aspecto estructural del apoyo social: tamaño de red y la segunda área pertenece al aspecto funcional del apoyo social: emocional, material, interacción social positiva y apoyo afectivo.

- A) Tamaño de red de apoyo social:** Se refiere al número de personas que conforma la red.
- B) Apoyo emocional:** Se refiere al apoyo emocional, orientación y consejos.
- C) Apoyo material:** Se refiere a la conducta o material de apoyo
- D) Interacción social positiva:** Se refiere a la disponibilidad de otras personas para realizar actividades placenteras
- E) Apoyo afectivo:** Se refiere a la disponibilidad de dar y recibir amor y afecto.

Tabla 2

Dimensiones del Cuestionario de apoyo social de MOS y los ítems que lo conforman

Dimensiones	Número de ítems	Reactivos
Tamaño de red social	1	1
Apoyo emocional	8	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19
Apoyo material	4	2, 5, 12, 15
Interacción social positiva	4	7, 11, 14 y 18
Apoyo afectivo	3	6, 10 y 20

Base teórica:

Los autores diseñaron la prueba en un contexto hospitalario, para estudiar el apoyo social y su efecto en pacientes con enfermedades crónicas. Los autores evidenciaron que aquellos instrumentos ya creados para medir este constructo lo hacían o bien por la perspectiva estructural o por la funcional, donde obtenían puntuaciones psicométricas poco confiables, por ello optaron por estudiar al apoyo social juntando ambas perspectivas, para analizar de manera más exacta las percepciones de las personas de manera más estables, y siendo el apoyo social percibido el constructo que evidencia mayores beneficios en las personas.

Número de ítems:

La prueba compone de 19 ítems, que evalúan 4 dimensiones del apoyo social y un ítem (1) que mide el tamaño de red social.

Calificación e interpretación:

Se suman los puntajes correspondientes a cada dimensión. Luego se ubica mediante la ubicación de percentiles.

Psicometría de la prueba original:

Confiabilidad:

El coeficiente de Alfa de Cronbach obtenido es de .97; y a nivel de las dimensiones oscila entre .91 y .96; lo que manifiesta que la prueba presenta confiabilidad interna.

Validez:

El cuestionario presenta correlaciones entre las dimensiones que oscilan de .72 a .88, considerados niveles altos. Baremación:

Los baremos fueron realizados en una población de 100 adultos mayores asistente a locales comunales para el adulto mayor del distrito de San Juan de Miraflores.

Adaptación piloto para la presente investigación Validez de contenido:

Coeficiente de validez según la prueba V de Aiken

El coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, y a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido. La fórmula utilizada para determinar la validez de contenido fue la siguiente:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Según la formula, S es igual a la sumatoria de Si (valor asignado por el Juez), N es el número de jueces y C, constituye el número de valores del Cuestionario.

En la tabla 3 se observa los resultados de “V” de Aiken del Cuestionario de Apoyo Social, los valores alcanzados muestran pertinencia en los 8 jueces.

Tabla 3

Validez de contenido del cuestionario de Apoyo Social de Mos (Sherbourne y Stewart), según el Coeficiente V. de Aiken

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	Total	(V) Aiken	p
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
13	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
16	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
19	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
20	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000

Confiabilidad por consistencia interna:

Índice Alfa de Cronbach

En la Tabla 4, se observa que el resultado es mayor a 0.70, es decir que la prueba presenta confiabilidad por consistencia interna.

Tabla 4

Nivel de confiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N° de elementos	P
,919	19	.01

Baremos

Se estableció los siguientes baremos para el Cuestionario de Apoyo social.

Tabla 5

Baremos generales del Cuestionario de Apoyo social

Niveles	Pc	Apoyo Emocional	Apoyo Material	Interacción Social	Apoyo Afectivo	Total	Pc
Muy bajo	1					0 al 28	1
	2					31	2
	3	0 al 10			0 al 3		3
	4	11					4
	5						5
	6				0 al 4	34	6
	7				5		7
	8	12		0 al 4		35	8
	9					36	9
Bajo	10	13	5		5	37	10
	15	14	6_7	6	6	38-40	15
	20	15-16		7		41	20
Promedio	25	17	8	8-9	7	42-45	25
	30	18	9-10		8	46	30
	35		11		9	47-49	35
	40	19	12	10		50-55	40
	45	20-22	13	11	10	58	45
	50	23-24	14			59-61	50
	55	25-26	15	12	11	62-65	55
	60	27-28		13	12	66-68	60
Alto	65		16	14		69-71	65
	70	29-30	17	15	13	72	70
	75	31-32	18			73-75	75
	80	33		16		76-79	80
	85	34	19	17	14	80-82	85
Muy alto	90	35-36		18		83	90
	91					84	91
	92						92
	93					85	93
	94					86	94
	95	37				87	95
	96			19 a más		89	96
	97					90	97
	98					91 a más	98
	99	39 a más	20 a más			15 a más	99
Media		24.18	13.45	12.16	10.95	60.40	Media
D.S		8.502	5.311	4.534	4.793	17.837	D.S

Calificación:

El puntaje de las dimensiones del Cuestionario de Apoyo Social se obtiene mediante la suma de los puntajes, dadas de la siguiente manera:

- Nunca = 1 Pocas veces= 2 A veces = 3 Casi siempre = 4
- Siempre = 5

Con los puntajes obtenidos, se ubica en los baremos el percentil y el nivel.
Interpretación

Apoyo Social

- De 0 a 36 puntos: Nivel muy bajo de apoyo social
- De 37 a 41 puntos: Nivel bajo de apoyo social
- De 42 a 75 puntos: Nivel Promedio de apoyo social
- De 76 a 83 puntos: Nivel Alto de apoyo social
- De 84 a más: Nivel Muy alto de apoyo social

3.5.2. Ficha técnica del instrumento para medir Satisfacción con la Vida

Nombre : Escala de Satisfacción con la Vida

Autor : Ed Diener

Año : 1985

Objetivo : Evaluar el nivel de satisfacción general con la vida

Edad : A partir de los 18 años en adelante.

Materiales:

- Manual
- Protocolo

Administración: Individual y colectiva

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo ves la vida. Después de cada afirmación, indica el grado de acuerdo o en desacuerdo con una X.

No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa tu opinión honesta.

1	2	3	4	5	6	7
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Indeciso	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo

Duración : La prueba no tiene límite de tiempo, sin embargo, por el número reducido de ítems, es de aplicación rápida, de aproximadamente 10 minutos.

Áreas :

La escala de Satisfacción con la Vida mide el constructo mencionado de manera global, por lo que es unidimensional.

Base teórica :

La escala está basada en la teoría del bienestar subjetivo de Diener, quien explica que dicha variable está compuesta por tres componentes: satisfacción con la vida, afecto positivo y niveles bajos de afectos negativos.

Número de ítems :

La prueba está compuesta por 5 ítems, que miden una sola dimensión.

Calificación e interpretación:

Cada pregunta que se puntúa del 1 al 7, son sumados. De acuerdo con el total obtenido, se establece de acuerdo con el rango de puntajes, siendo 5 un bajo nivel de satisfacción por la vida y el puntaje más alto 35, refiriendo una alta satisfacción.

Psicometría de la prueba original:

Confiabilidad:

La SWLS ha mostrado una alta consistencia interna reflejada por alfa de Cronbach que oscilan entre 0,89 y 0,79 en los estudios realizados con población anglosajona. Las correlaciones ítem-total oscilan entre 0,80 y 0,51 (Diener, 1994).

Confiabilidad

Test -Retest

En cuanto a la confiabilidad los resultados indicaron que la media aritmética de los puntajes de la escala fue de 23,5; siendo la desviación estándar de 6.43. El coeficiente test- retest fue de ,82 y el coeficiente Alfa fue de ,87.

Validez Convergente

En ambas muestras se observan correlaciones moderadamente fuertes con todas las escalas de Bienestar Subjetivo, a excepción de la Affect Intensity Measure (AIM) de Larsen.

Baremación:

Los baremos fueron realizados en una población de 100 adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.

Adaptación piloto para la presente investigación Validez de contenido:

Coefficiente de validez según la prueba V de Aiken

El coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, y a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido. La fórmula utilizada para determinar la validez de contenido fue la siguiente:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

En la tabla 6 se puede observar que los resultados de la V de Aiken de la Escala de Satisfacción con la vida muestran pertinencia en los 8 jueces.

Tabla 6

Validez de contenido del cuestionario de Satisfacción con la vida de Diener, según el Coeficiente V. de Aiken

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	Total	(V)Aiken	p
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.00	.000

Confiabilidad por consistencia interna:

Índice Alfa de Cronbach

En la *tabla 7*, se observa que el resultado es mayor a 0.70, es decir la prueba tiene confiabilidad por consistencia interna.

Tabla 7

Nivel de confiabilidad del Escala de Satisfacción con la Vida

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	P
,817	5	.01

Baremos

Se establecieron los baremos generales de la siguiente manera:

Tabla 8

Baremos generales de la Escala Satisfacción con la vida

Niveles	Pc	Total
	1	0 al 8
	2	
	3	9
	4	
Muy bajo	5	
	6	
	7	10
	8	
	9	
	10	12
Bajo	15	13
	20	14-15
	25	16-17
	30	18-19
	35	
	40	20-21
	45	22
Promedio	50	
	55	
	60	23
	65	24-25
	70	
	75	
	80	26-27
Alto	85	28
	90	29
	91	
	92	
	93	
	94	
Muy alto	95	30
	96	
	97	
	98	31
	99	34 a más
	Media	21.71
	D.S	6.290

Calificación:

El puntaje total de la escala unidimensional se obtiene sumando los puntajes de la escala de Likert, conformados de la siguiente manera:

- Completamente de acuerdo = 7
- De acuerdo = 6
- Parcialmente de acuerdo = 5
- Indeciso = 4
- Parcialmente en desacuerdo = 3
- En desacuerdo = 2
- Completamente en desacuerdo = 1

Los puntajes de los niveles se especifican en los siguientes:

- De 5 a 11 puntos = Extremadamente insatisfecha con su vida
- De 12 a 15 puntos = Insatisfecha con su vida
- De 16 a 25 puntos = Ligeramente satisfecha con su vida
- De 26 a 29 = Satisfecha con su vida.
- De 30 a más puntos = Extremadamente satisfecha con su vida

3.6. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

Inicialmente se conversó con la coordinadora de los locales comunales del distrito para tener acceso a la población, se programaron 3 talleres psicológicos de 1 hora de duración para los 8 locales comunales que fueron seleccionados por conveniencia de horarios.

La visita a cada local comunal se realizó una vez por semana, en los días que se brindaba el servicio de terapia física a los adultos mayores. El procedimiento fue el siguiente: se trabajó el taller con los adultos mayores que se encontraban a la espera de la atención de su terapia. Finalizando el taller se procedió con la aplicación de los instrumentos psicológicos.

Para que los datos sean más exactos, se decidió aplicar las encuestas a modo de entrevista (individual) a todos los adultos mayores, tanto a quienes tenían estudios y aquellos que eran analfabetas. Para este procedimiento se contó con el apoyo de 4 encuestadores, ya que cada entrevista tenía una duración de 15 minutos aproximadamente.

El tiempo empleado para la aplicación de la prueba fue de 3 meses. Los recursos utilizados fueron 200 copias para cada prueba.

Con la aplicación de las pruebas, se procedió a la obtención de baremos. Se aplicaron los instrumentos a 192 adultos mayores.

Para la administración de la prueba se tuvo en cuenta los criterios de inclusión. Finalmente, los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS Vs22.

Procesamiento y análisis de datos:

Para la realización de las operaciones de ingreso y procesamiento estadístico de los datos, se utilizó en el programa SPSS Vs. 22. Los estadísticos a empleados fueron:

Estadística descriptiva:

Media Aritmética: Para obtener los promedios a nivel de Apoyo social y Satisfacción con la vida.

Desviación Estándar: Para obtener el nivel de dispersión de la muestra. Moda: Para determinar el valor que más se repite.

Mediana: Para determinar el valor central de un conjunto de datos. Asimetría: Para determinar si la curva es simétrica.

Curtosis: Para determinar el nivel de concentración de los datos en la curva. Frecuencia: Para conocer que niveles se presentan con más frecuencia.

Porcentajes: Para conocer el porcentaje de aparición de los niveles en la muestra.

Percentiles: Para obtener una medida general de los puntajes y poder procesar los datos.

Prueba de normalidad:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov: Para conocer el tipo de distribución de la muestra.

Estadística inferencial:

Correlación de Spearman: Para hallar la relación entre Apoyo Social y Satisfacción con la vida. (No paramétrica).

U de Mann-Whitney: Para establecer si existen diferencias a nivel de las variables entre dos muestras. (No paramétrico).

Prueba de Kruskal-Wallis: Para hallar diferencias entre tres o más muestras. (No paramétrica).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4. Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

En la tabla 9 se describe la distribución de la muestra, según las variables sociodemográficas tomadas para el presente estudio como son el género, la edad, el estado civil y el grado de instrucción.

Tabla 9

Características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	159	82.8
	Masculino	33	17.2
Grupos de edad	60-75 años	125	65.1
	76-85 años	67	34.9
Estado Civil	Soltero	34	17.7
	Casado	88	45.8
	Viudo	57	29.7
Grado de instrucción	Divorciado	13	6.8
	Analfabeta	58	30.2
	Primaria	99	51.6
	Secundaria	25	13.0
	Superior	10	5.2
Total		192	100.0

4.1. Apoyo social Estadísticos descriptivos

En la presente tabla se observa que el nivel de Apoyo social de la muestra es Promedio (Media de 60,08 equivalentes a Pc 55, nivel promedio). A nivel de las áreas, se aprecia que el percentil más elevado lo tiene la dimensión de Apoyo emocional (Media de 24.55, equivalente a Pc 55, nivel promedio) y el más bajo la dimensión de Apoyo Afectivo (Media de 11.34, equivalente a Pc 55, nivel promedio).

La desviación estándar en baja, es decir, la muestra es homogénea. La mediana es de 64,0 es decir, el 50% de la muestra está por encima y por debajo de ese puntaje, mientras que la moda (puntaje que más se repite) es de 73.

El puntaje de Asimetría revela que la curva es simétrica en apoyo emocional, interacción social positiva y total de apoyo social, mientras que el apoyo afectivo es simétricamente positivo y el apoyo material es simétricamente negativo.

A nivel del puntaje de curtosis se aprecia que la curva es platicúrtica en apoyo emocional, interacción social positiva, apoyo material y en el total de apoyo social. En la dimensión de apoyo afectivo positiva la curva es leptocúrtica.

Tabla 10

Estadísticos Descriptivos de Apoyo Social, escala total

Estadístico	Apoyo Emocional	Apoyo Afectivo	Interacción Social	Apoyo Material	Total
Media	24.55	11.34	11.95	14.41	62.08
Mediana	25.00	12.00	12.00	16.00	64.00
Moda	29	15	16	20	73
Desviación estándar	8.470	4.239	4.652	5.069	17.869
Asimetría	0.013	2.041	-0.050	-0.579	-0.122
Curtosis	-1.100	17.025	-1.048	-0.955	-1.106

Dimensión 1: Medida de la Red de Apoyo Social

Tabla 11

Tamaño de la red de apoyo social

Estadísticos		
Tamaño de Red de Apoyo Social		
N	Válido	192
	Perdidos	0
	Media	4,01
	Mediana	3,00
	Moda	1
	Mínimo	0
	Máximo	16

En la tabla 11 se observa que el promedio de la red de apoyo social es de 4 personas en los adultos mayores, la mediana es de 3 y el número que más se repite es 1. El mínimo de personas en la red de apoyo social es de 0 y el máximo encontrado es de 16 personas.

Frecuencias y Porcentajes Dimensión 2: Apoyo Emocional

En la presente tabla y figura se aprecia que el 56.8% de la muestra presenta nivel promedio en la dimensión de Apoyo Social, seguido de un 13.5% con nivel bajo y un 12.5% con un nivel alto.

Tabla 12

Frecuencias y porcentajes de la Dimensión de Apoyo Emocional

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	15	7.8
Bajo	26	13.5
Promedio	109	56.8
Alto	24	12.5
Muy alto	18	9.4
Total	192	100.0

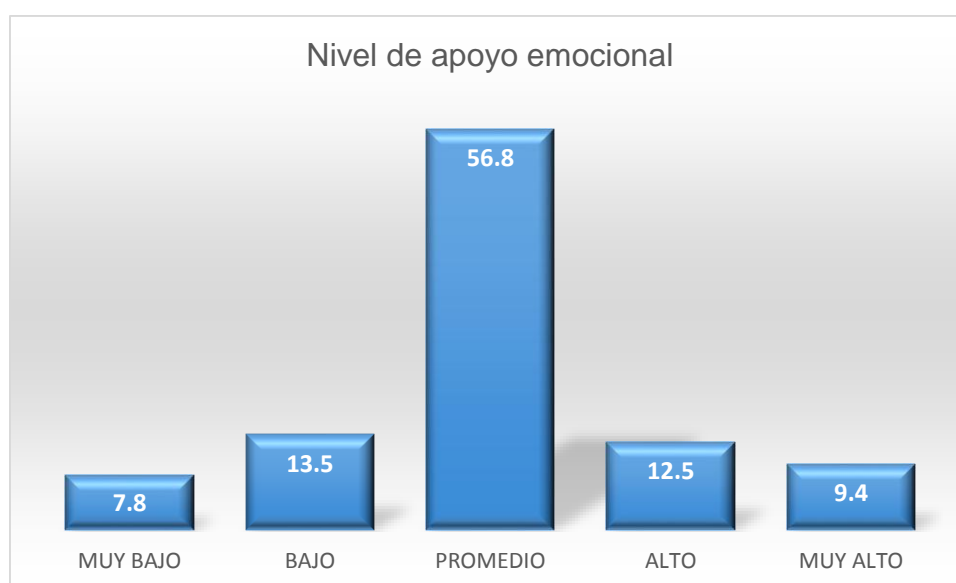


Figura 1. Porcentajes de la dimensión de Apoyo Emocional

Dimensión 3: Apoyo Material

En la presente tabla y figura se aprecia que el 58.9% de la muestra presenta nivel promedio en la dimensión de Apoyo Material, seguido de un 21.4% con un nivel muy alto y un 8.3% con un nivel bajo.

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes de la dimensión de Apoyo Material

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	8	4.2
Bajo	16	8.3
Promedio	113	58.9
Alto	14	7.3
Muy alto	41	21.4
Total	192	100.0

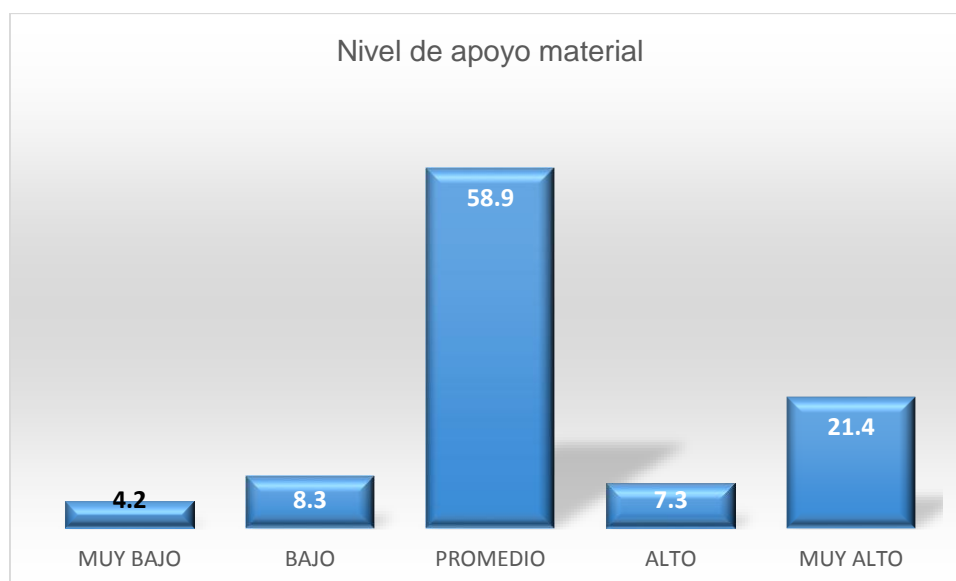


Figura 2. Porcentajes de la dimensión de Apoyo Material

Dimensión 4: Interacción social positiva

En la presente tabla y figura se aprecia que el 48.4% de la muestra presenta nivel promedio en el componente Interacción Social Positiva, seguido de un 23.4% con nivel alto y un 10.4% con un nivel bajo.

Tabla 14

Frecuencias y porcentajes de la dimensión de Interacción Social Positiva

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	19	9.9
Bajo	20	10.4
Promedio	93	48.4
Alto	45	23.4
Muy alto	15	7.8
Total	192	100.0

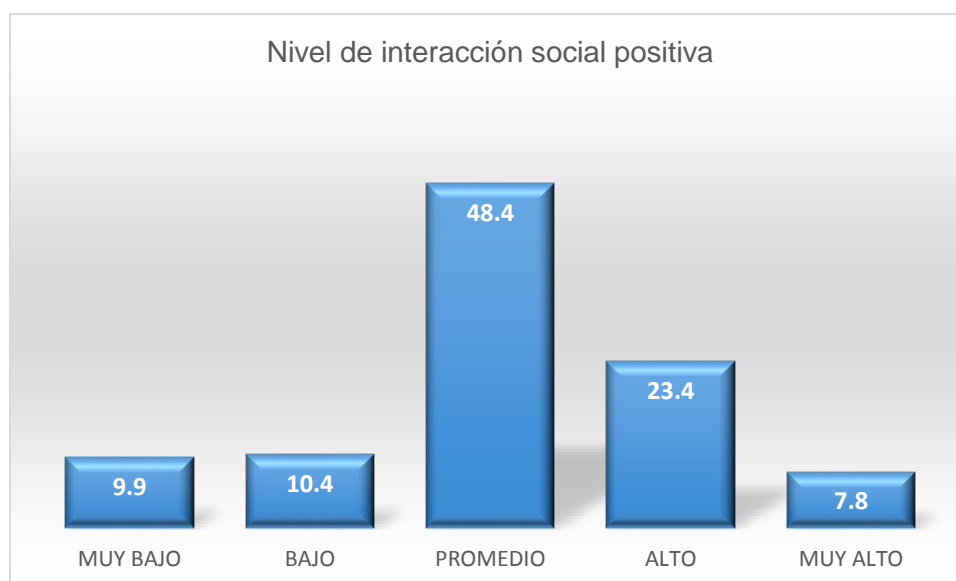


Figura 3. Porcentajes de la dimensión de Interacción Social Positiva

Dimensión 5: Apoyo afectivo

En la presente tabla y figura se aprecia que el 47.4% de la muestra presenta nivel promedio en la dimensión de Apoyo Efectivo, seguido de un 27.1% con nivel muy alto y un 12.5% con un nivel bajo.

Tabla 15

Frecuencias y porcentajes de la dimensión de Apoyo Afectivo

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	4	2.1
Bajo	24	12.5
Promedio	91	47.4
Alto	21	10.9
Muy alto	52	27.1
Total	192	100.0

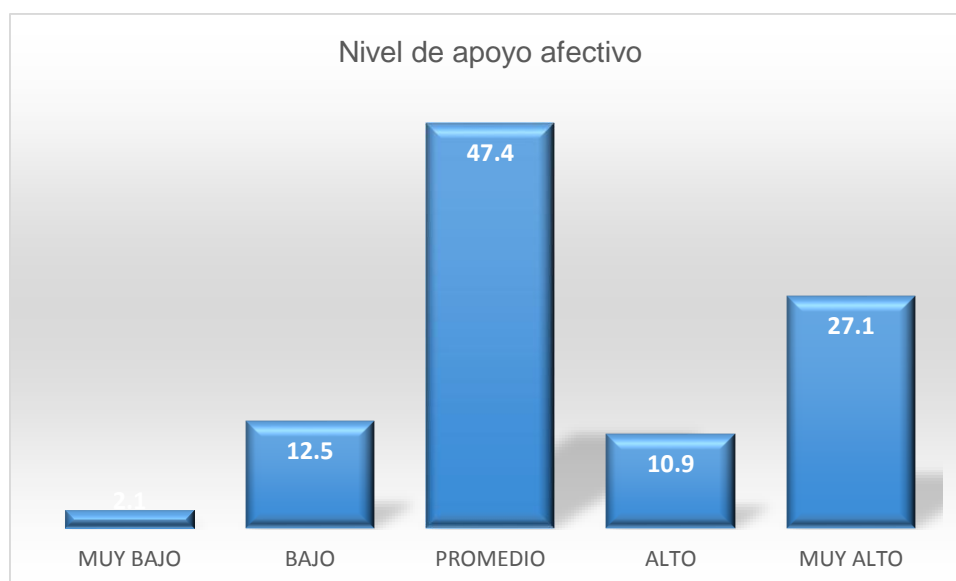


Figura 4. Porcentajes de la dimensión de Apoyo Afectivo

Dimensión total del apoyo social

En la presente tabla y figura se aprecia que el 55.7% de la muestra presenta nivel promedio en la dimensión total del Apoyo Social, seguido de un 14.1% con nivel alto y 13.5% muy alto.

Tabla 16

Frecuencias y porcentajes del Total del Apoyo Social

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	16	8.3
Bajo	16	8.3
Promedio	107	55.7
Alto	27	14.1
Muy alto	26	13.5
Total	192	100.0

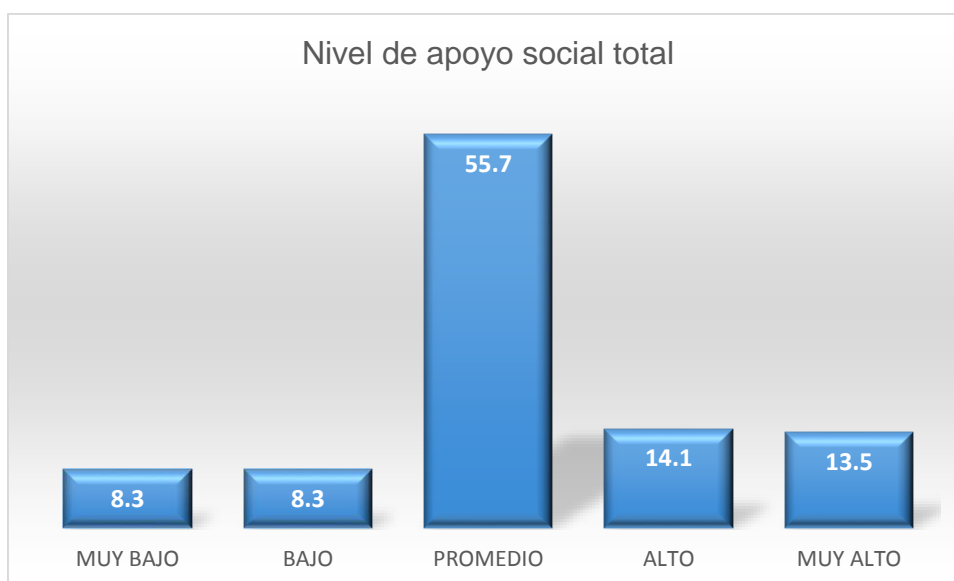


Figura 5. Porcentajes de la dimensión Total del Apoyo Social.

4.1.5. Apoyo social según género

En la tabla 17 se observan las puntuaciones de las dimensiones según género, observándose promedios con mínimas diferencias entre ambos grupos.

Tabla 17

Descripción de las dimensiones de Apoyo social según género

Apoyo social según género		N	Rango promedio	Suma de rangos
Puntaje total	Femenino	159	95.36	15162.50
	Masculino	33	101.98	3365.50
Apoyo emocional	Femenino	159	96.04	15270.50
	Masculino	33	98.71	3257.50
Apoyo material	Femenino	159	93.15	14810.50
	Masculino	33	112.65	3717.50
Interacción social positiva	Femenino	159	96.36	15320.50
	Masculino	33	97.20	3207.50
Apoyo afectivo	Femenino	159	96.58	15356.50
	Masculino	33	96.11	3171.50

En la tabla 18 se aprecia que la variable apoyo social no establece diferencias significativas en relación con el género ($p > 0.05$), en ninguna de sus dimensiones ni en el total, es decir tanto hombres como mujeres perciben cantidades similares de apoyo de diferentes tipos (emocional, material, interacción social y afectivo).

Tabla 18

Apoyo Social y sus dimensiones según género

	Puntaje total	Apoyo emocional	Apoyo material	Interacción social	Apoyo afectivo
U de MannWhitney	2442.500	2550.500	2090.500	2600.500	2610.500
W de Wilcoxon	15162.500	15270.500	14810.500	15320.500	3171.500
Z	-0.623	-0.251	-1.847	-0.079	-0.045
Sig. asintótica (bilateral)	0.533	0.801	0.065	0.937	0.964

Apoyo social según grupos de edad

En la tabla 19 se describen los promedios de Apoyo Social y sus dimensiones según la variable sociodemográfica edad, que estuvo dividido en dos. El primer grupo se encuentran las personas de 60 a 75 años y el segundo de 76 a 85 años.

Tabla 19

Descripción de las dimensiones de Apoyo Social según grupos de edad

Grupos por edad		N	Rango promedio	Suma de rangos
Puntaje total	60-75 años	125	100.12	12515.50
	76-85 años	67	89.74	6012.50
Apoyo emocional	60-75 años	125	99.38	12422.50
	76-85 años	67	91.13	6105.50
Apoyo material	60-75 años	125	98.68	12334.50
	76-85 años	67	92.44	6193.50
Interacción social positiva	60-75 años	125	100.88	12609.50
	76-85 años	67	88.34	5918.50
Apoyo afectivo	60-75 años	125	98.90	12362.00
	76-85 años	67	92.03	6166.00
	Total	192		

En la tabla 20 podemos observar que no se hallaron diferencias significativas de las dimensiones del apoyo social en lo que respecta a los dos grupos de edades ($p > 0.05$).

Tabla 20

Apoyo Social y sus dimensiones según grupos de edad

	Puntaje total	Apoyo Emocional	Apoyo Material	Interacción Social	Apoyo Afectivo
U de Mann-Whitney	3734.500	3827.500	3915.500	3640.500	3888.000
W de Wilcoxon	6012.500	6105.500	6193.500	5918.500	6166.000
Z	-1.235	-0.982	-0.746	-1.497	-0.826
Sig. (bilateral)	asintótica 0.217	0.326	0.456	0.135	0.409

Apoyo Social según Estado Civil

En la tabla 21 se describen los puntajes obtenidos de las dimensiones de apoyo social según la variable sociodemográfica estado civil que estuvo dividido en cuatro grupos (casados, viudos, divorciados y solteros).

Tabla 21

Descripción de las dimensiones de Apoyo Social según estado civil

Estado civil	N	Rango promedio	
Soltero	34	83.57	
Apoyo emocional	Casado	88	110.24
	Viudo	57	91.67
	Divorciado	13	58.50
	Soltero	34	78.28
Apoyo material	Casado	88	108.95
	Viudo	57	95.61
	Divorciado	13	63.81
	Soltero	34	83.37
Interacción social Positiva	Casado	88	106.46
	Viudo	57	95.68
	Divorciado	13	67.00
	Soltero	34	75.90
Apoyo afectivo	Casado	88	106.94
	Viudo	57	100.69
	Divorciado	13	61.31
	Soltero	34	77.06
Puntaje	Casado	88	111.13
	Viudo	57	95.37
Total	Divorciado	13	53.31
	Total	192	

En la tabla 22 podemos observar que se hallaron diferencias significativas en lo que respecta a la variable estado civil ($p < 0.05$) en todas las dimensiones de apoyo social.

Tabla 22

Apoyo Social según estado civil.

	Apoyo emocional	Apoyo material	Interacción social	Apoyo afectivo	Puntaje total
Chi- cuadrado	13.749	12.757	8.471	13.635	18.141
Gl	3	3	3	3	3
Sig.	0.003	0.005	0.037	0.003	0.000
asintótica					

En las tablas anteriormente mostradas, los resultados indican que las personas casadas son quienes perciben mayor apoyo social en todas las dimensiones (emocional, material, interacción social positiva y afectiva). A diferencia de las personas divorciadas quienes obtienen puntajes bajos en todas las dimensiones de apoyo social.

Apoyo social según grado de instrucción

En la tabla 23 se observa los promedios obtenidos de Apoyo Social y sus dimensiones según el grado de instrucción en adultos mayores que estuvo dividido en cuatro grupos (analfabeto, primaria, secundaria y superior).

Tabla 23

Descripción de las dimensiones de Apoyo Social según grado de instrucción

Grado de instrucción		N	Rango promedio
	Analfabeta	58	85.08
Apoyo emocional	Primaria	99	92.60
	Secundaria	25	117.90
	Superior	10	147.85
	Analfabeta	58	85.12
Apoyo material	Primaria	99	93.09
	Secundaria	25	117.44
	Superior	10	143.95
	Analfabeta	58	85.03
Interacción social positiva	Primaria	99	96.48
	Secundaria	25	106.22
	Superior	10	138.95
	Analfabeta	58	88.70
Apoyo afectivo	Primaria	99	96.02
	Secundaria	25	99.86
	Superior	10	138.15
	Analfabeta	58	82.90
Puntaje total	Primaria	99	93.56
	Secundaria	25	116.50
	Superior	10	154.50
	Total	192	

En la tabla 24 se aprecia que se hallaron diferencias significativas a nivel de la variable grado de instrucción en las dimensiones de apoyo emocional, apoyo material, interacción social positiva y en el total de apoyo social ($p < 0.05$).

Tabla 24

Apoyo Social según grado de instrucción

	Apoyo emocional	Apoyo material	Interacción social	Apoyo afectivo	Puntaje total
Chi- cuadrado	15.207	13.833	9.148	7.022	17.891
Gl	3	3	3	3	3
Sig. asintótica	0.002	0.003	0.027	0.071	0.000

En las tablas presentadas se observa que los adultos mayores con un nivel superior de educación cuentan con mayor apoyo social en casi todas las dimensiones (material, emocional, interacción social positiva) a comparación de las personas con estudios primarios y secundarios. Mientras que los adultos mayores analfabetas presentan los niveles más bajos de apoyo social.

4.2. Satisfacción con la vida Estadísticos descriptivos

En la presente tabla se observa que el nivel de Satisfacción con la vida de la muestra es Promedio (Media de 21.67, equivalente a Pc 45). La desviación estándar es baja, la mediana es de 23 y la moda (puntaje que más se repite) es de 26.

El puntaje de Asimetría revela que en Satisfacción con la vida la curva es simétrica, mientras que el puntaje de curtosis evidencia que la curva es platicúrtica.

Tabla 25

Estadísticos descriptivos de Satisfacción con la vida

Satisfacción con la vida	
Media	21.67
Mediana	23.00
Moda	26
Desviación estándar	6.226
Asimetría	-0.415
Curtosis	-0.812

4.2. Frecuencias y porcentajes Satisfacción con la vida

En la presente tabla y figura se aprecia que el 45.8% presenta nivel promedio de Satisfacción con la vida, seguido de un 25% con nivel alto y un 14.6% con un nivel bajo.

Tabla 26

Frecuencias y porcentajes Satisfacción con la Vida.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	14	7.3
Bajo	28	14.6
Promedio	88	45.8
Alto	48	25.0
Muy alto	14	7.3

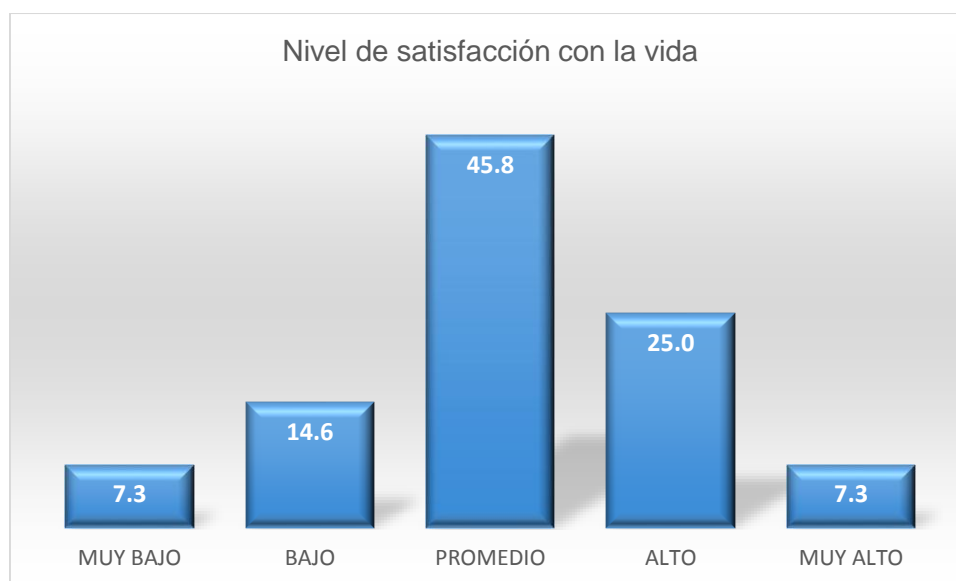


Figura 6. Porcentajes del nivel de Satisfacción con la vida.

Satisfacción con la vida según género

En la tabla 27 se observan los promedios obtenidos de satisfacción con la vida según la variable sociodemográfica género, mostrando puntuaciones cercanas.

Tabla 27

Descripción de diferencias de Satisfacción con la vida según género

Género	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total			
Femenino	159	95.96	15257.50
Masculino	33	99.11	3270.50
Total	192		

En la tabla 28 se observa que, a nivel de la Satisfacción con la vida, la variable género no estableció diferencias significativas ($p > 0.05$).

Tabla 28

Satisfacción con la vida según género

TOTAL	
U de Mann-Whitney	2537.500
W de Wilcoxon	15257.500
Z	-0.297
Sig. asintótica (bilateral)	0.767

Los resultados de las tablas mostradas indican que tanto hombres como mujeres perciben sus vidas como satisfactorias, sin evidenciar diferencias.

Satisfacción con la vida según grupos de edad

En la tabla 29 se presentan los promedios obtenidos de satisfacción con la vida según los grupos de edad. El primero de 60 a 75 años y el segundo grupo de 76 a 85 años.

Tabla 29

Descripción de diferencias de Satisfacción con la vida según grupo de edad

Grupos por edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
60-75 años	125	98.01	12251.00
Total 76- 85 años	67	93.69	6277.00
Total	192		

En la tabla 30 se observa que según el grupo de edad no se presentan diferencias significativas en el nivel de satisfacción con la vida ($p>0.05$).

Tabla 30

Satisfacción con la vida según grupo de edad

TOTAL	
U de Mann-Whitney	3999.000
W de Wilcoxon	6277.000
Z	-0.515
Sig. asintótica (bilateral)	0.607

Las tablas mostradas indican que tanto los adultos mayores considerados como jóvenes (60-75 años) y anciano-anciano (76- 85 años) perciben igual grado de satisfacción con sus vidas.

Satisfacción con la vida según estado civil

En la tabla 31 se observa que el nivel de satisfacción con la vida, según la variable estado civil, presentan diferencias significativas ($p < 0.05$).

Tabla 31

Satisfacción con la vida según estado civil

Total de Satisfacción	
Vital	
Chi- cuadrado	14.592
Gl	3
Sig.	0.002
Asintótica	

Tabla 32

Descripción de las diferencias de Satisfacción con la Vida según estado civil

Estado civil		N	Rango promedio
Total	Soltero	34	81.43
	Casado	88	108.47
	Viudo	57	96.92
	Divorciado	13	53.04
	Total	192	

Según la tabla mostrada, se observa que los adultos mayores casados son quienes obtienen mayores puntuaciones en satisfacción con la vida, a diferencia de las personas solteras y viudas. Los adultos mayores divorciados son quienes obtuvieron el puntaje más bajo.

Satisfacción con la vida según grado de instrucción

En la tabla 33 se observa que, el nivel de satisfacción con la vida según el grado de instrucción presenta diferencias significativas ($p < 0.05$).

Tabla 33

Satisfacción con la vida según grado de instrucción

Total de Satisfacción	
Vital	
Chi- cuadrado	10.679
GI	3
Sig.	0.014
asintótica	

Tabla 34

Descripción de las diferencias Satisfacción con la Vida según grado de instrucción

Grado de instrucción	N	Rango promedio
Total		
Analfabeta	58	87.64
Primaria	99	93.74
Secundaria	25	108.40
Superior	10	145.50
Total	192	

En la presente tabla se observa que, quienes obtuvieron mayor puntaje en satisfacción con la vida son los adultos mayores con mayor grado de instrucción (superior), a comparación de las personas con estudios primarios y secundarios, mientras que los adultos mayores analfabetas presentaron los niveles más bajo de satisfacción con la vida.

4.3 Prueba de normalidad

Prueba Kolmogorov-Smirnov para apoyo social

La presente tabla nos muestra que el puntaje de Apoyo social y sus dimensiones presenta una distribución no normal ($p < 0.05$). Estos datos, junto a los puntajes de asimetría y kurtosis justifican el uso de estadísticos no paramétricos.

Tabla 35

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Apoyo social

		Apoyo Emocional	Apoyo Afectivo	Interacción Social	Apoyo Material	Total
Parámetros normales ^{a,b}	Media	24.55	14.41	11.95	11.34	62.08
	Desviación estándar	8.470	5.069	4.652	4.239	17.869
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0.082	0.154	0.120	0.189	0.075
	Positivo	0.082	0.135	0.079	0.189	0.075
	Negativo	-0.075	-0.154	-0.120	-0.115	-0.073
Estadístico de prueba		0.082	0.154	0.120	0.189	0.075
Sig. asintótica (bilateral)		,003c	,000c	,000c	,000c	,010c

Prueba Kolmogorov-Smirnov para satisfacción con la vida

La presente tabla nos muestra que el componente unidimensional de satisfacción con la vida presenta una distribución no normal ($p < 0.05$). Estos datos, junto a los puntajes de asimetría y kurtosis justifican el uso de estadísticos no paramétricos.

Tabla 36

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Satisfacción con la vida

		Total de satisfacción con la vida
Parámetros normales ^{a,b}	Media	21.67
	Desviación estándar	6.226
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0.126
	Positivo	0.077
	Negativo	-0.126
Estadístico de prueba		0.126
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c

4.4. Relación entre apoyo social y satisfacción con la vida

Relación entre apoyo social y satisfacción en muestra total

La tabla muestra que existe correlación directa, con un nivel de correlación moderada y muy significativa entre las variables de Apoyo social y Satisfacción con la vida ($r = 0.599$), es decir, a mayor Apoyo social mayor Satisfacción con la vida.

Tabla 37

Correlación de Spearman entre Apoyo social y Satisfacción con la Vida

Total Satisfacción con la Vida			
Rho de Spearman	Total Apoyo Social	Coficiente correlación	de,599**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	192

4.5. Relación entre las dimensiones de apoyo social y satisfacción con la vida en muestra total

La tabla 38 muestra las correlaciones entre las dimensiones de Apoyo social y Satisfacción con la vida.

Tabla 38

Correlación de Spearman entre las dimensiones de Apoyo social y Satisfacción con la vida en la muestra total

Satisfacción con la Vida			
Rho de Spearman	Apoyo Emocional	Coeficiente de correlación	,525**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	192
	Apoyo Material	Coeficiente de correlación	,461**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	192
	Interacción Social Positiva	Coeficiente de correlación	,491**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	192
	Apoyo Afectivo	Coeficiente de correlación	,500**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	192
Total Apoyo Social	Coeficiente de correlación	,599**	
	Sig. (bilateral)	0.000	
	N	192	

La Satisfacción con la vida se correlaciona de manera directa con un nivel de correlación moderada y altamente significativa con las dimensiones de Apoyo Emocional ($r=,525$), Apoyo material ($r=,461$), Interacción social positiva ($r=,491$) y Apoyo afectivo ($r=,500$).

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el Apoyo social y Satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores. A continuación, se discuten los resultados encontrados.

Las dimensiones de apoyo emocional, apoyo material, interacción social positiva y apoyo afectivo se ubican en un nivel promedio. Con relación al apoyo emocional el 56% de la población obtuvo un nivel promedio, es decir cuentan con alguien en quien confiar sus preocupaciones, miedos e inquietudes, siendo no necesariamente sea una persona, ya que se observó que muchos de los adultos mayores al no tener a una alguien de confianza, utilizaba la oración hacia Dios encomendando todo aquello que los preocupaba, como medio de expresar las ideas que los aquejan, observándose con mucha más frecuencia en mujeres. Sin embargo, un 20% aproximadamente se ubica en un nivel bajo (13.5% y 7.8%), es decir, no cuentan con alguien que los escuche, ya que muchos de ellos manifestaban que no lo hacían para evitar preocupar e incomodar a sus hijos y familiares.

Con relación al apoyo material se encontró que un 58% se ubica en un nivel promedio, ósea percibe que sus familiares los ayudan cuando se encuentran enfermo, en tareas domésticas, y visitas al médico. Una parte de ellos manifestaban que generalmente asistían solos al centro de salud, porque consideraban que podían hacerlo sin problemas, mientras sus familiares trabajaban y solo cuando era un caso de mayor gravedad o lejanía eran acompañados por alguno de ellos. Por otro lado, está un 12% aproximadamente (8.3% y 4.2%) que percibe muy poco apoyo material por algún miembro de la familia, muchos de los casos aquí ubicados manifestaban haber expresado incomodidades de salud, pero estas no eran atendidas, generando mayor preocupación en el adulto mayor.

En la dimensión de interacción social positiva se encuentra un 48.4% ubicados en el promedio y 23.4% en el nivel alto, interpretando que en su mayoría los adultos mayores tienen la percepción de contar con alguien para salir, divertirse y entretenerse. Con mucha frecuencia este tipo de apoyo era brindado por los amigos, considerando como un lugar donde podían distraerse y olvidarse de los problemas a los locales comunales donde ellos asisten.

En la dimensión de apoyo afectivo un 47% de la muestra obtuvo un nivel promedio, un 10.9% y 27.1% en nivel alto y muy alto. Esto indica que en su mayoría los adultos mayores perciben que su entorno muestra conductas afectivas hacia ellos como abrazos, manifestaciones verbales, etc. Aquí juegan un papel importante los nietos, ya que muchos de los adultos manifestaban que eran sus nietos, los más pequeños, quienes eran más afectuosos que sus propios hijos, de la misma manera ellos manifestaban que eran a sus nietos a quienes amaban.

En el total obtenido se halló que los adultos mayores obtienen un nivel promedio de apoyo social, siendo un 55.7% quienes se ubican en esta categoría. Este resultado se contrapone al encontrado por Villalobos (2015), quien en un estudio realizado a adultos mayores de un Centro de Salud de Ciudad de Chiclayo, hallaron que los adultos mayores presentan un nivel bajo de apoyo social. Estas diferencias pueden deberse a que en las condiciones situacionales realizadas en esta investigación se dieron en un ambiente donde se le brindan actividades centradas en el adulto mayor, contexto diferente al de un centro de Salud. Por otro lado, el nivel promedio que se obtiene podría deberse también a que los adultos mayores actualmente son sujetos activos en la búsqueda de apoyo en su entorno, ya que muchos de ellos cuando no encontraban apoyo en casa, preferían buscar a contactos de confianza o asistir a locales comunales de otras zonas del distrito (fuera de su lugar de residencia), con la intención satisfacer aquellas necesidades de apoyo.

Por su parte, Arias (2013), menciona que el pensamiento social negativo acerca que los adultos mayores poseen una vida social escasa, caracterizada por una vida pasiva, de deterioros, pérdidas y déficits, está siendo contradicho por las investigaciones actuales donde muestran que los adultos mayores cuentan con relaciones sociales más íntimas y de confianza que permite aumentar el nivel de apoyo social y sentirse satisfecho con este. Esto ocurre debido al potencial con el que cuentan los adultos mayores para adaptarse a nuevas situaciones, afrontar activamente pérdidas y sobrellevar dificultades.

Analizando la variable Apoyo social según género, se encontró que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, es decir, tanto hombre como mujeres reciben la misma cantidad de apoyo social por parte de su entorno. Estos resultados coinciden con los encontrados por Ortiz y Tapia (2010) quienes, en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Arequipa, se halló que no existe relación de apoyo social entre hombres y mujeres. Estos resultados contradicen a los descritos en la mayoría de las investigaciones, afirmando que las mujeres son quienes son receptoras de mayor apoyo social por parte de su entorno, sin embargo, con relación a los resultados encontrados, puede deberse a la activa participación del hombre en su entorno, generando mayor vínculo entre sus contactos y por ende mayores fuentes de apoyo.

Según la edad, agrupándolos en dos categorías: adultos mayores de 60 a 75 años, considerados anciano joven, y adultos mayores de 76 a 85 años considerados como anciano- anciano, no se encontraron diferencias entre ambos en apoyo social. Esto se debería a que las fuentes que proveen de apoyo al adulto mayor se conservan a pesar del transcurrir del tiempo, ya que suelen profundizar en sus relaciones sociales a medida que pasan los años. Gallardo (2013) explica que, debido al proceso de deterioro físico, el apoyo social suele mantenerse o en algunos casos hasta incrementarse, sobre todo el apoyo emocional e instrumental.

Analizando la variable de Apoyo Social según estado civil, se hallaron diferencias del nivel de apoyo social en los adultos mayores, siendo las personas casadas quienes obtuvieron mayor nivel de apoyo en todas sus dimensiones, seguido de los adultos mayores viudos y solteros. Las personas divorciadas fueron quienes obtuvieron puntuaciones más bajas en apoyo social. Estos datos coinciden con lo encontrados en el estudio de Villalobos (2015), quien encontró que los adultos mayores casados obtenían mayor apoyo social. Una posible explicación a este resultado es que las personas casadas tienden a compartir mayores experiencias, compañía, intercambio de ideas, además de incrementarse el tamaño de la red de apoyo y en consecuencia recibir mayor apoyo social. Arias (2013) afirma que las parejas en su mayoría intercambian apoyo emocional, caracterizado por mucha intimidad y confidencialidad.

Por otro lado, en la variable Apoyo Social según grado de instrucción se encontró que existen diferencias significativas en los adultos mayores, ya que las personas que cuentan con estudios superiores son quienes obtuvieron mayor apoyo social por parte de su entorno a diferencia de las personas con estudios primarios y secundarios. Los adultos mayores analfabetas presentaron los niveles más bajos niveles de apoyo social en las dimensiones de apoyo emocional, apoyo material e interacción social positiva. Estos resultados coinciden con los encontrados con Gallardo (2013), quien encontró que los adultos mayores con mayores niveles de educación percibían mayor apoyo social por parte de su entorno. Esto se debería a que aquellos adultos mayores que cuentan con estudios superiores tienen mayores contactos debido a los diferentes contextos en el que se han desarrollado (centro de estudio, trabajo), por ello más posibilidad de recibir apoyo social. Además, un nivel superior de educación permite tener una posición económica más estable, haciendo que la familia brinde mayor apoyo material, a diferencia de las personas con niveles educativos bajos.

Cienfuegos (2007) explica que aquellas personas que estén sometidas a estrés y ansiedad (generalmente aquellas personas con bajo nivel de instrucción, relacionándolo con el bajo nivel económico), presentan inseguridad en sus habilidades sociales, disminuyendo su bienestar y el acceso al apoyo social, es decir las personas con bajo recursos económicos tendrían más dificultad en recepcionar el apoyo social del su entorno. En su investigación realizada en México, Cienfuegos (2007) encontró que aquellos adultos mayores pobres percibían menores niveles de apoyo por parte de su familia y amigos, a diferencia de las personas no pobres, quienes percibían mayor apoyo por parte de su círculo familiar extenso.

En cuanto a Satisfacción con la vida, se encontró que los adultos mayores presentan un nivel promedio con un 45.8%. Estos resultados son similares a los encontrados por Ortiz y Tapia (2013), quienes identificaron que los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD en Arequipa, presentaban un nivel promedio en satisfacción vital (55%). Estos hallazgos pueden deberse a la capacidad de los adultos mayores de adaptarse a las circunstancias de la vida, acomodando sus expectativas a lo que se presenta en su vida, aceptando sus

vivencias y tomándolas de manera positiva. Según lo observado, existe un recurso que es característico de las personas de la tercera edad, denominado religiosidad, que contribuye a la adaptación y afrontamientos ante situaciones adversas. Cabe recalcar que esta investigación no tomo como variable la religiosidad, sin embargo, la mayoría de las personas encuestadas mencionaban que tenían mucha cercanía a una religión y expresaban bienestar y seguridad acerca de la protección que les brindaba su divinidad. Ante lo mencionado, San Martín (2007) explica que la religiosidad puede mejorar la satisfacción vital, así como superar a diversos impedimentos, además, menciona que aquellas personas con una ferviente fe sienten mayor bienestar y pensamientos positivos de la vida, adoptan conductas saludables, presentan menor probabilidad a desarrollar enfermedades y son más longevas, que aquellas que tienen menor fe.

Analizando la variable de Satisfacción con la vida según género no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p>0.05$). Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio de Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás (2009), quienes estudiaron a una muestra adultos mayores de la provincia de Valencia, y encontraron que no se presentaban diferencias significativas entre hombres y mujeres en su satisfacción vital. Una probable explicación para estos resultados es la capacidad de adaptarse a las circunstancias de la vida, a pesar de que nuestra en sociedad existen desigualdades en el género, esto se reduce en la vejez, donde los patrones de comportamiento regidos por la sociedad no impiden que tanto la mujer como el varón obtenga el mismo grado de satisfacción.

Según la edad, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de 60 a 75 años (anciano joven) y el grupo de 76 a 85 años (anciano-anciano), obteniendo puntajes similares. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Ortiz y Tapia (2013), quienes no encontraron diferencias en los niveles de satisfacción vital entre ancianos jóvenes (60-75 años), Ancianos- ancianos (76- 85 años) y muy ancianos (85 a más). Esto se debe a que la edad no reduce los niveles de satisfacción, ya que los adultos mayores utilizan sus recursos para seguir manteniéndose optimistas y abiertos a experiencias que generen alegría. En relación con los resultados, Alarcón (2001) menciona que la satisfacción no declina con la edad, es más, en los adultos mayores de 50 a 60 años se encontró mayores

niveles de satisfacción a comparación de los jóvenes, explica que esto se debería a que las personas de la tercera edad suelen regular mejor sus emociones, reduciendo los afectos negativos y maximizando los efectos positivos.

En relación con el estado civil, se encontró que los adultos mayores casados experimentan mayor satisfacción con sus vidas, siguiendo las personas viudas y solteras. Por otro lado, los adultos mayores divorciados indicaron estar menos satisfechos con sus vidas. Estos datos concuerdan con los obtenidos por Arana (2014), quien, en un estudio realizado en Ayacucho, encontró que los adultos mayores casados y convivientes mencionaban estar satisfechos que los viudos y divorciados que se sentían insatisfechos.

Estos resultados se apoyan con lo reportado en la literatura acerca de la satisfacción vital en las personas casadas, Alarcón (2001) menciona que esto se debería a otra variable que puede ser estudiada por separado, siendo la satisfacción matrimonial quien genera estas diferencias. Siguiendo la misma línea, Fernández (2009) menciona que las personas casadas suelen ser felices aumentando la longevidad, ya que las parejas comparten innumerables vivencias y cuidan uno del otro repercutiendo de manera positiva en su calidad de vida.

Analizando la variable de Satisfacción con la vida según el grado de instrucción, se encontraron diferencias significativas entre adultos mayores analfabetas, de educación primaria, secundaria y superior, siendo los últimos quienes obtienen mayor satisfacción con la vida, mientras que los adultos mayores analfabetas mencionaron estar menos satisfechos con su vida. Estos datos coinciden con los encontrados con Ortiz y Tapia (2013), quienes hallaron diferencias significativas en el grado de instrucción (primaria, secundaria y superior), siendo los adultos con estudios superiores quienes obtenían puntuaciones altas, mientras quienes estudiaron primaria manifestaban tener un bajo nivel de satisfacción vital. Este resultado podría explicarse mediante los beneficios con el que cuentan las personas con estudios superiores, como, por ejemplo, un estatus social alto, por lo tanto, una economía alta, permitiéndola satisfacer necesidades materiales y de alimentación básicas, poder acceder a mejores servicios de salud, recibir una pensión adecuada, etc., generando en el adulto mayor la percepción buenas condiciones de vida y en consecuencia mayor bienestar.

En este sentido García (2002), explica que la relación entre el nivel educativo y la satisfacción vital suele darse en países con bajo nivel económico, debido a que el nivel educativo es un medio para satisfacer sus metas, de alguna manera brinda una ventaja para poder tener una mejor calidad de vida. En cambio, en países desarrollados esta relación entre variables es débil, es decir el grado de instrucción no influye sobre la satisfacción con la vida. Reafirmando a lo anteriormente señalado, Inga y Vara (2006), en base a la investigación realizada en Lima, afirma que el segundo factor predictor de la satisfacción vital es el grado de instrucción.

En cuanto al objetivo general de la presente investigación se encontró una correlación positiva entre el apoyo social y satisfacción con la vida, es decir, aquellos adultos mayores que cuentan con niveles altos en apoyo social percibido sentirán mayor satisfacción vital. Estos resultados coinciden con los encontrados con Ortiz y Tapia (2010) quienes encontraron en una muestra de adultos mayores que los niveles altos de apoyo social influían en los niveles altos de satisfacción con la vida, ya que cuentan con el soporte necesario para adaptarse a situaciones estresantes. Esta relación importante se debería a que el apoyo social y sus diferentes dimensiones, permite blindar a los adultos mayores de las situaciones estresantes, percibiendo con menor gravedad las dificultades, haciéndolas manejables. Además, aquellos adultos mayores que no contaban con apoyo social manifestaban sentirse solas y poco valoradas, hecho que generaba que el nivel de satisfacción descendiera. Por su parte, Arias (2013) menciona que el apoyo social es de vital importancia para el bienestar integral del adulto mayor, ya que permite brindar modelos saludables, posibilidad de resolución de problemas, mejora en la toma de decisiones y condiciones de vida, categorizando al apoyo social como un determinante de gran impacto en la vejez.

5.2. Conclusiones

A continuación, las conclusiones de este estudio, en base a los objetivos y resultados encontrados en adultos mayores de San Juan de Miraflores:

1. El tamaño de la red encontrado es de 4 personas, y el nivel de apoyo social es promedio con un 55.7%, un 14.1% se encuentra en un nivel alto, el 13.5% en un nivel muy alto. El 8.3% se encuentra en un nivel bajo y muy bajo.
2. Con relación a la hipótesis número 2 se encontró diferencias significativas en relación con el grado de instrucción y estado civil (<0.05), siendo las personas casadas y con estudios superiores quienes cuenta con mayor nivel de apoyo social, mas no hubo diferencias en relación con la edad ni el género (>0.05).
3. Con relación a la hipótesis número 3, se encontró que los adultos mayores cuentan con un nivel promedio de satisfacción con la vida en un 45.8%, un 25% se encuentra en un nivel alto y un 14.6% en un nivel bajo.
4. Con relación a la hipótesis 4 se encontró que existen diferencias según estado civil y grado de instrucción, siendo los casados y aquellos con educación superior (<0.05) quienes presentan mayores niveles de satisfacción vital. No se encontraron diferencias según edad y género (>0.05).
5. Con relación a la hipótesis 5, se reafirma la hipótesis planteada, existiendo una relación significativa positiva satisfacción con la vida y las dimensiones de apoyo material, emocional, interacción social positiva y afectivo.

5.3. Recomendaciones

- Incorporar a las actividades ya brindadas, programas psicológicos grupales dirigidos a desarrollar temas como la autoestima, habilidades sociales, la felicidad, risoterapia, motivación y empoderamiento en la tercera edad, ya que este tipo de actividades permite compartir experiencias de los integrantes y por ende genera vínculos más cercanos y de confianza entre los adultos mayores.
- Siendo la familia la fuente más significativa y proveedora de apoyo social, se recomienda realizar talleres grupales donde asistan los adultos mayores acompañados de sus cuidadores o familiares, con el objetivo de brindar pautas para un mejor trato hacia esta población, abordando temas como la empatía, la comunicación, manejo de estrés, importancia del apoyo social, y desarrollo del vínculo entre ambos, para incrementar el nivel de apoyo social percibido en los adultos mayores así como su satisfacción vital.
- Realizar nuevas investigaciones con muestras más amplias en diferentes distritos de Lima Sur. Ya que nuestra investigación estuvo dirigida a estudiar adultos mayores en locales comunales, se recomienda expandir esta línea de investigación con adultos institucionalizados para comparar los niveles entre ambos contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, M. y González, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Revista Redalyc*, 2(2), 71-81.

Alarcón, R. (2001). Relaciones entre felicidad, género, edad y estado conyugal. *Revista de Psicología de la PUCP*. 19(1), 27-46.

Alfonso, L., Soto, D. y Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista Ciencias Médicas*. 15(20).14-20.

Alonso, F., Menéndez, R. y González, C. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Atem Primaria*, 19 (1), 118-123.

Arana, D. (2014). *Factores asociados con la Satisfacción de Vida del Adulto Mayor del Programa Qoriw Atas, Distrito De Jesús Nazareno*. (Tesis inédita de Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho, Perú.

Arias, C. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*,16(4), 313-329.

Arias, C. (2015). Red de Apoyo Social y bienestar Psicológico en Personas de Edad. *Repertorio Psico*, 23 (2),125-138.

Arita (2005) Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*. 15 (1), 121-126.

- Arroyo, B. (2017), *Autoestima y satisfacción con la vida de los integrantes del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo*. (Tesis inédita de Licenciatura en Psicología). Universidad Católica de Los Ángeles de Chimbote, Perú.
- Baca, R. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista IIPSI*, 19(1), 177-190.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14 (2), 237- 243.
- Bedmar, M. Montero y Fesneda (2010). Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Revista Polis*, 9 (26), 61-84.
- Berger, S. (2009). *Psicología del Desarrollo*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Blog de la Defensoría del Pueblo, (2017) *Violencia contra personas adultas mayores*. Recuperado de: <http://www.defensoria.gob.pe/blog/entre-2015-y-2017-se-reporto-7-483-casos-de-violencia-psicologica-y-fisica-contra-personas-adultas-mayores/>.
- Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, L., Segura, A., Ordoñez, J. y Osorio, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín. 2008. *Revista de Salud Pública*, 12 (3), 414-424.
- Carrascal, S. y Solera, E. (2013). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Revista: Arte, Individuo y Sociedad*, 26 (1), 9-19.

Castellano, C. (2014) La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 365-377.

Castillo, M. (2014). *Identificación del apoyo social percibido en el Centro para adulto Mayor "Daniel Álvarez Sánchez" de la ciudad de Loja durante el año 2013.* (Tesis inédita de licenciatura en Psicología). Universidad Católica de Loja. Ecuador.

Cramm, J. Van Dijk, H. Nieboer, A. (2013) The Importance of Neighborhood Social Cohesion and Social Capital for the Well Being of Older Adults in the Community. *Revista Gerontólogo*, 53 (1), 142-152.

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). Bienestar Subjetivo. Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 7(1), 83-96.

Del Risco, P. (2007). *Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor.* (Tesis inédita de licenciatura en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Diener(1994). *El bienestar subjetivo.* Recuperado de:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol2/arti5.htm>.

Dura, E. y Garcés, J. (1991), La teoría del apoyo social y sus implicancias en el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 2 (1), 257-271.

El Peruano (2016). Ley 30490. Ley de la persona Adulta Mayor. Recuperado de:
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>.

Expansión/ Datos macro (2015). *Japón. Esperanza de vida al nacer*. Recuperado:
<https://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/japon>.

Fernández, B. (2009) *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Flores, M., Decenas, k., Ávalos, M., Colunga, C., Vega, M. y Meza, I. (2016), Apoyo social percibido y envejecimiento activo en hombres y mujeres de una comunidad rural. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 19(4), 1316-1332.

Gallardo, P. (2013). *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social*. (Tesis inédita de Doctorado en Trabajo social). Universidad Complutense de Madrid. España.

García, M. (2002). El Bienestar Subjetivo. Subjective Well-being . *Escritos de Psicología*. 6 (1),18-39.

Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas Santiago de Chile. Recuperado de:
[https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNV M O.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNV%20M%20O.pdf)

Harrison, K. E., Dombrovski, A.Y., Morse, J.Q., Houck, P.R., Schlernitzauer, M., Reynolds, C.F., & Szanto, K. (2010). Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International psychogeriatrics*, 22(3), 445-54.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill Educación.

Holt-Lunstad, J. Smith, T. Baker, M. Harris, T. y Stephenson, D. (2015) Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality . A Meta- Analytic Review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227-237.

Inga, J., y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*. 5 (3), 475-485.

Instituto de políticas públicas en Salud (2017). *Esperanza de vida al nacer en Chile llega a 85 años en mujeres y 80 años en hombres*. Recuperado de: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/esperanza-de-vida-al-nacer-en-chile-llega-a-85-anos-en-mujeres-y-80-anos/2017-09-26/154547.html>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015) *En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3- millones-de-adultos-mayores-8570/>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015). *Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas*. 2015. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida->

de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro- decadas-8723/.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018). *Situación de la población adulta mayor (periodos Octubre, noviembre y diciembre*. Recuperado de:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe- tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf.

Lesur, L. (2011) *Cuidado en los adultos mayores* (2011). México: Editorial Trillas.

Link, S. (2014). *Factores asociados a la Satisfacción y a la insatisfacción con la vida en Chile*. (Tesis inédita de maestría en Análisis Económico). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

López, C. (2017). *Resiliencia y Satisfacción con la Vida en adultos mayores que asisten a CAM's en Lima Metropolitana*. (tesis inédita de licenciatura en Psicología). Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

Matúd, P., Carballeira, M., López, M. Marrero, R., Ibañez, I. (2002). Apoyo Social y Salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.

Meléndez, J., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95(1), 29- 42.

Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. (2015). *Comisión multisectorial. Estadísticas de PAM*. Recuperado de:
https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lima_Metro2.html.

Monagas, V. (2016) *Apoyo Social, Camino hacia la salud integral*. (Tesis inédita de licenciatura en trabajo social). Universidad Las palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.

Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia Del Apoyo social en el Bienestar De los Adolescentes. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4 (2), 69-82.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *Salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

Organización Mundial de la Salud. OMS (2018). Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/es/>.

Ortiz, R. y Tapia, L. (2013). *Apoyo Social Y Satisfacción con la Vida en Adultos Mayores*. (Tesis inédita de Psicología). Universidad Católica de Santa María, Arequipa., Perú.

Pacheco, M. y Alfaro, A. (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 15(15), 15-28.

- Padrós, B., Gutiérrez, H., Medina, M. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 33(2), 223-232.
- Páez, D. (2018) *Latín American Post*, La realidad de los adultos mayores en Latinoamérica. Recuperado de:
<https://latinamericanpost.com/index.php/es/perspectiva/20266-la-realidad-de-los-adultos-mayores-en-Latinoamérica>.
- Palomar, J., y Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y apoyo social: Un estudio Comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (2), 177-188.
- Papalia, D., Harvey, L., Duskin, F., y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, F. (2005). *Desarrollo Humano*. México: Mc. Graw Hill.
- Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periféria*, 3 (2), 1-16
- Pérez, N., Alegre, A. (2013). Satisfacción con la vida: predictores y moderadores. *I Congrés Internacional d'Educació Emocional. Psicologia positiva i benestar X Jornades d'Educació Emocional*, 447- 457.
- Polizzi, L. y Arias, C. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Revista Pensando Psicología*, 10 (17), 61-70.

Rosillo, E. (2016). *Relación entre Satisfacción Vital y La Calidad De Vida del Adulto Mayor del Caserío De Realengal*. (Tesis inédita de licenciatura en Psicología). Universidad Católica de Chimbote, Tumbes, Perú.

San Martín, C.(2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*,8(1), 111-117.

Sausa, M. (2017, 26 de agosto). Población adulta mayor en aumento, pero no se respetan sus derechos. Perú 21. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/poblacion-adulta-mayor-crece-peru-respetan-derechos-373235>.

Sherbourn, C. y Stewart, A. (1991). The mos social support survey. *Sot. Sci. Med*, 32 (6), 705-714.

Tello, T., Alarcón, R. Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33 (2).

Torres, W. y Flores, M. (2018). Factores predictores del Bienestar Subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología*. 36(1), 9-48.

Vargas, L. y Vargas, C. (2017). *Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM de Lima metropolitana*. (Tesis inédita de licenciatura en Psicología). Universidad Peruana de Ciencia Aplicadas, Lima, Perú.

Veehoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Revista Intervención Psicosocial*, 3(1), 87-116.

Vera, J., Grubit, H., López P., García D. (2010) Satisfacción con la Vida y Afectos Positivos en Jóvenes Universitarios. *Revista Psicología e Saúde*, 2(1), 24-4.

Villalobos, E. (2015). *Apoyo social en adultos mayores en un centro de salud de José Leonardo Ortiz*. (Tesis inédita de licenciatura en Psicología). Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Wikipedia (2018) Las 100 personas más longevas de todos los tiempos.
Recuperado de:
[ghttps://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Las_100_personas_m%C3%A1s_ancianas_de_todos_los_tiempos](https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Las_100_personas_m%C3%A1s_ancianas_de_todos_los_tiempos)

ANEXOS

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

1. Ficha de datos

- 1.1 Sexo Femenino () Masculino ()
- 1.2 Edad: _____
- 1.3 Estado Civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()
- 1.4 Grado de Instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

2. Cuestionario de Apoyo Social de Mos

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

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen 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 íntimos y Familiares cercanos

____; ____

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) uno de los números de cada fila.

N°	Items	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
2	Ud. cuenta con alguien que le ayude cuando por algún motivo está en cama.					
3	Ud. cuenta con alguien cuando necesite hablar.					
4	Ud. Cuenta con alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5	Ud. cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite.					
6	Ud. cuenta con alguien que le muestre amor y afecto.					

7	Ud. cuenta con alguien con quien pasar un buen rato.					
8	Ud. cuenta con alguien que le informe o ayude a entender una situación.					
	Items	Nunca	Pocas Veces	A veces	Casi siempre	Siempre
9	Ud. cuenta con alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10	Ud. cuenta con alguien que lo(a) abrace.					
11	Ud. cuenta con alguien con quien pueda relajarse.					
12	Ud. cuenta con alguien que le prepare la comida cuando lo necesite.					
13	Ud. cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee.					
14	Ud. cuenta con alguien con quien pueda hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
15	Ud. cuenta con alguien que le ayude en sus tareas domésticas cuando está enfermo.					
16	Ud. cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
17	Ud. cuenta con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
18	Ud. cuenta con alguien con quien divertirse.					
19	Ud. cuenta con alguien que comprenda sus problemas.					
20	Ud. cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentir querido					

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo ves la vida. Después de cada afirmación, indica el grado de acuerdo o en desacuerdo con una X. No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa tu opinión honesta.

Nº	Ítems	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Indeciso	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	En la mayoría de las áreas, mi vida está cerca de mi ideal.							
2	Las condiciones de mi vida son excelentes o buenas.							
3	Estoy satisfecho con mi vida.							
4	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.							
5	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.							

Gracias por su colaboración.