



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Título:

**RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE
LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL
CENTRO DE SALUD LOS ALGARROBOS. PIURA, 2014.**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología.

AUTORA:

Bach. Lucia Patricia Eras Eras

ASESOR:

Mg. Sergio Enrique Valle Rios

PIURA, PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR DE TESIS

MG. KELLYYANET MUNARRÍZ RAMOS
PRESIDENTE

MG. SUSANACAROLINA VELÁSQUEZ TEMOCHE
SECRETARIO

MG. CARMEN PATRICIA ERAS VINCES
MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Patricia.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Enrique.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A Mis hermanos.

Wilfredo y Fabricio, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

RESUMEN

El presente estudio correlacional tuvo como propósito establecer la relación entre las variables clima social familiar y la de calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos, la población está constituida por 150 adultos mayores en total de la cual se seleccionó a una muestra de 100 adultos mayores. Para ello se utilizó y administró dos instrumentos: 1) La escala de clima social familiar (FES) de RH. Moos y E.J. Trickeet y 2) El cuestionario SF36 - Calidad de Vida, para el análisis de los datos se empleó las técnicas de análisis estadístico descriptivo, encontrándose que existe correlación entre el clima social familiar y la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Palabras Clave: adulto mayor, clima social familiar y calidad de vida

ABSTRACT

The present correlational study aimed to establish the relationship between the variables family social climate and quality of life of the participants in the program of the older adult in the center of health Los Algarrobos, the population is constituted by 150 older adults in total Which selected a sample of 100 older adults. For this, two instruments were used and administered: 1) The family social climate scale (FES) of HR. Moos and E.J. Trickeet, and 2) The SF36 - Quality of Life questionnaire used statistical descriptive analysis techniques to analyze the data. It was found that there is a correlation between the family social climate and the quality of life of the participants in the program of the older adult Los Algarrobos health center, Piura 2014, since the correlation is significant at the 0.01 level (bilateral).

Keywords: elderly, family social climate and quality of life

CONTENIDO

	Pág.
JURADO EVALUADOR DE TESIS	ii
AGRADECIMIENTOiii
RESUMEN	iv
ABSTRACTiv
CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	vi
I. Introducción	1
1.1. Caracterización del problema	5
1.2. Enunciado del problema	8
1.3 Justificación de la investigación	8
1.4 Objetivos de la investigación	9
II. Revisión de literatura	11
2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.2 Bases teóricas - conceptuales sobre Clima Social Familiar.....	15
2.3. Bases teóricas - conceptuales sobre Calidad de vida.....	32
III. Metodología.....	49
3.1 Diseño de la investigación.....	49
3.2 Población y muestra	49
3.3. Definición y operacionalización de variables	50
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
3.5 Plan de análisis	59
3.6. Matriz de consistencia	60
3.7. Principios éticos	63
IV. Resultados.....	64
4.1 Resultados	64
4.2 Análisis de resultados	72
V. Conclusiones y recomendaciones	77
5.1 Conclusiones	77
5.2 Recomendaciones	79
Referencias bibliográficas	80
Anexos	84

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	Determinar la relación del clima social familiar y calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	64
TABLA 2	Establecer el clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	65
TABLA 3	Establecer la calidad de vida de los participantes del programa adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	66
TABLA 4	Establecer la relación entre el clima social familiar con la dimensión rol físico del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	67
TABLA 5	Establecer la relación entre el clima social familiar y la dimensión salud general sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	68
TABLA 6	Establecer la relación entre el clima social familiar y la dimensión función social del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	69
TABLA 7	Establecer la relación entre el clima social familiar y la dimensión rol emocional del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	70
TABLA 8	Establecer la relación entre el clima social familiar y la dimensión salud mental del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.....	71

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Niveles del clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.65
Figura 2	Niveles de la calidad de vida de los participantes del programa adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.66

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento representa uno de los eventos más trascendentales en el mundo, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino también, económico y social. Las proyecciones de las Naciones Unidas para el próximo decenio aseguran que habrá 1,100 millones de adultos mayores, que constituirán el 13,7% de la población mundial, distribuido en países en vías de desarrollo y no desarrollado. Para el año 2,025 se espera que la población de 60 años y más, crezca en un 40% en países europeos. En Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y en el Perú se estima que para el año 2,025 las personas adultas mayores llegará a los 4 millones 429 mil, es decir, el 12.4% de la población peruana total.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La población peruana en el 2007 reportó una población de 28'220,764 habitantes, estimándose en 2'495,866 las personas adultas mayores que representan el 9.1% de la población nacional. Los departamentos que concentran la mayor población de adultos mayores son: Lima y Callao (851,269), La Libertad (153,700), Piura (147,158), Puno (127,752), Cajamarca (124,439), Arequipa, (118,381) Ancash (113,211) y Junín (105,967). La ciudad de Chiclayo tiene aproximadamente 100,000 personas adultas mayores.

Este hecho se evidencia en la cobertura de atención al adulto mayor, que de acuerdo a los datos reportados por el MINSA, en el Perú la institución que brinda la mayor cobertura es el MINSA, que atiende aproximadamente al 65 % de los adultos mayores; seguido por EsSalud con el 20%, el 12 % que acceden a los

servicios privados y sólo el 3% de adultos mayores son atendidos por la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

De acuerdo a estos datos, es el Ministerio de Salud quien debe planear las políticas para la atención de este grupo poblacional. Recién en el año 2,005 el MINSA definió los lineamientos para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adultas Mayores, en este documento conceptualiza al envejecimiento del ser humano como un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. Estos lineamientos dieron origen a algunos documentos normativos a nivel del Perú, orientando hacia una adecuada calidad de vida en el adulto mayor.

Al hablar de calidad de vida en el adulto mayor, hacemos referencia a la persona y su totalidad, es decir, al adulto mayor como un ser único e indivisible con un contexto inmediato y mediato que le rodea: la familia y la sociedad.

En ese sentido, para problematizar claramente nuestro objeto de investigación nos hemos centrado en primer lugar en el adulto mayor peruano, que influenciado por un contexto histórico- social y cultural, se percibe así mismo, como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil hacia los demás; en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos y americanos, donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas, culturales, sociales o de ocio que no pudo hacerlo en su etapa de juventud.

Al contrario, la mayoría de adultos mayores de nuestro país, viven los últimos años de su vida “apoyando” a la vida familiar. A su vez, las familias que tienen un

adulto mayor en casa, lo “ocupan” haciéndoles encargos “menores” sobre todo de índole “de labores domésticas”, ayudando a cuidar a los nietos, barrer, hacer pequeños mandados, cuidar las mascotas u otras actividades limitadas que le brinden una sensación de sentirse útiles, y por ende, un nivel satisfactorio de vida.

Como se mencionó anteriormente, esta realidad contrasta con la forma como viven en otros países, donde el adulto mayor, cuenta con espacios de sano esparcimiento, de desarrollo de habilidades, enfatizando en esta etapa de vida el desarrollo de su máxima potencialidad, dejando quizá entrever una mejor calidad de vida.

La forma como vive el adulto mayor en el Perú es consecuencia de una falta de definición respecto al rol que deben desarrollar estas personas en el medio familiar y social. Para explicar mejor este hecho, podemos afirmar que nadie duda, que el niño tiene como única obligación jugar y estudiar; el adolescente principalmente busca estudiar y prepararse para su futuro.

Los jóvenes, orientan sus objetivos a formar una familia e iniciar un trabajo que les garantice su futuro. Sin embargo, ¿qué hacen los adultos mayores? ¿Cuál es el rol que la sociedad espera de ellos? No es fácil dar una respuesta rápida, lo primero que se nos ocurre es que “ayudan” “apoyan” en la casa o en pequeños “mandados”; sin embargo, nos hemos puesto a pensar, si ese rol les ayuda a ¿tener una satisfacción plena de su vida?

Va por ello el interés en profundizar esta problemática, que permita a la psicología intervenir de manera más decidida y significativa en contribuir y optimizar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Como vemos, el adulto mayor cada día requiere de mayor interés en su cuidado, demandando un compromiso moral en favor de una salud integral de parte de los profesionales de la salud, quienes deben enfocar de forma más decidida y profunda su cuidado buscando mejorar la calidad de vida, para lograr un bienestar humano y social sostenible.

Por lo tanto; surge la necesidad de conocer cuál es la relación del clima social familiar característico en las personas adultos mayores y la calidad de vida. Este conocimiento comprometería a establecer programas sociales que apunten a fortalecer a la familia, porque es desde ese sistema que se establecen valores que apuntan hacia una vida digna para cada uno.

Por lo antes mencionado que se presenta la siguiente interrogante ¿Existe relación entre el clima social familiar y la calidad de vida del adulto mayor? , cuyo objetivo principal de este estudio está orientado a determinar si existe relación entre el clima social familiar y la calidad de vida en los adultos mayores participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos.

Para ello se emplearon dos instrumentos: la escala de clima social familiar (FES) de Moss y la SF 36 escala de calidad de vida.

El informe está estructurado en seis capítulos:

En el capítulo I: se presenta la introducción, donde se da a conocer la síntesis del estudio de investigación.

En el capítulo II : En este capítulo, se expone la justificación, expresando el porqué de dicha investigación, cuáles serán sus beneficios y el fin con el que se

hizo; los antecedentes sobre la temática, y las bases teóricas, con diferentes teorías, cuyos trabajos pioneros han puesto de manifiesto a nuevas investigaciones fructíferas y que han brindado grandes aportes a la comunidad científica, además se plantean las hipótesis en relación a los objetivos, elemento fundamental que nos llevó a la investigación.

En el capítulo III: correspondiente a explicar la metodología que se utilizó en la investigación, se describe el diseño de la investigación, la población y la muestra con la que se trabajó, las variables y las técnicas e instrumentos empleados, cada variable con su definición conceptual y operacional, asimismo; los instrumentos utilizados, cada uno con su ficha técnica, su validez, confiabilidad, normas de aplicación, normas de corrección y calificación e instrucciones.

En el capítulo IV: En esta sesión, se muestran los resultados a los que se llegó, aquí se confirma la correlación entre las hipótesis planteadas, después de haber aplicado las medidas correspondientes, así mismo la contrastación de hipótesis y el análisis de resultados.

En el capítulo V: En este último capítulo se muestran las conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo VI: finalmente se evidencian los anexos, en donde se encuentran la matriz de consistencia y el consentimiento informado

1.1 Caracterización del problema:

Nuestra sociedad peruana ha ido catalogando al adulto mayor como vulnerable, como la de los años dorados, los de edad avanzada, e incluso etapa final de vida.

Esta multiplicidad de definiciones solo nos muestra una realidad en el que los estereotipos y preconceptos han influenciado culturalmente.

Estas influencias han sido percibidas por el mismo adulto mayor, quienes creen que al llegar a esta etapa de la vida, necesariamente tendrán que mostrar limitaciones y decadencias. Consecuentemente que a partir de los 50 años de edad esperan manifestar alguna enfermedad crónica. Si bien es cierto, desde el punto de vista biológico e individual el adulto mayor puede verse con ciertas dificultades, como lo son las enfermedades, las cuales pueden entenderse como alteraciones físicas, mentales y sociales que acontecen a cualquier edad de la persona, pero no en específico con el adulto mayor.

En esta tesis se investigará la Relación del Clima Social Familiar y la calidad de vida en cuestión de sus necesidades básicas, además de su soporte emocional.

Por lo que es necesario preguntarse ¿Cuál es la relación del Clima Social Familiar y la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos?

La Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO (2011) De acuerdo a estadísticas en el trimestre julio-agosto-setiembre del 2011 en nuestro país, muestran que los adultos de 60 y más años de edad residen en un 37,8% en hogares de tipo Nuclear, es decir, aquellos constituidos por una pareja y sus hijas(os) o sin éstos, o solo jefa (e) con hijas/hijos. Esta proporción en similar periodo del año anterior fue 37,7%. En el 34,9% de hogares extendidos (conformado por un hogar nuclear al que se le agregan otros parientes) se encuentra alguna persona adulta mayor.

En un año atrás este hogar representaba el 35,1%. Se encuentra además un 3,6% de hogares compuestos donde habitan personas adultas mayores. Caracterizándose por constituir un hogar nuclear o extendido al que se suman otras personas que no están ligadas por lazos de parentesco (se excluye a trabajadores del servicio doméstico). Asimismo, un 16,1% de hogares con adultos mayores son Unipersonales, integrados por una sola persona, cifra que comparada con los resultados obtenidos en similar trimestre del año anterior, disminuyó en 0,4 punto porcentual.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (CENSO 2007) Con todo y lo anterior señala que, la población anciana crece con mayor rapidez a nivel mundial, Perú no queda excluido de este comportamiento, en su reporte, refiere que el número de adultos mayores crece a un ritmo continuo y se está experimentando un proceso de envejecimiento de la población peruana, además en los últimos 35 años la población de 60 a más años se ha triplicado y ha aumentado en casi 1'700.000 personas.

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2006-2010 advierte que la población adulta mayor en el 2010, 2025 y 2050 serán el 10,8%, 12,4% y 21,3%, respectivamente, de la población total del país.

Por lo tanto; surge la necesidad de conocer cuál es la relación del clima social familiar característico en las personas adultos mayores y la calidad de vida. Este conocimiento comprometería a establecer programas sociales que apunten a

fortalecer a la familia, porque es desde ese sistema que se establecen valores que apuntan hacia una vida digna para cada uno.

1.2. Enunciado del problema

Debido a la situación descrita anteriormente, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre el clima social familiar y calidad de vida en los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014?

1.3. Justificación de la investigación

Es importante realizar una investigación referente a este tema, dado que existen instituciones que crearon programas integrales con el objetivo de contribuir a la calidad de vida del adulto mayor; se ha visto afectada por diversos factores sobre todo la del abandono por parte de la familia, es ahí donde se comprobará la relación significativa entre el clima social familiar y la calidad de vida en los adultos mayores los motivos que se han desarrollado al margen de la calidad de vida se han centrado básicamente en factores tales como el desempleo, la pobreza, salud, la jubilación, la viudez en subconjunto requiere de más explicaciones.

Por ello, resulta necesario tomar un punto de referencia distinto, dado que la familia es la primera escuela en la formación integral de la persona humana, las primeras interrelaciones de padres a hijos.

Esta investigación ve en ella una variable como un factor sobresaliente en la extensión para que conlleve al adulto mayor a adaptarse a un cambio no tan solo

contextual sino también emocional, cognitivo y social que parte para una buena climatización de la calidad de vida.

Es así que la propuesta de esta investigación dará la oportunidad de profundizar la situación emocional, de adaptación, el sentido y nivel de calidad de vida beneficiará a los estudiantes e investigadores, que servirá como antecedente para futuros estudios, al mismo tiempo engrosar el número de investigaciones, y de este modo tener un conocimiento científico más profundo de este tema, permitirá a los profesionales comprender a profundidad el problema planteado, y de esta manera puedan elaborar y brindar programas de intervención planteando estrategias.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

1.4.2 Objetivos específicos

- Establecer el clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.
- Establecer la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

- Determinarla relación entre el clima social familiar con la dimensión rol físico del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.
- Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión salud general sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.
- Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión función social del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.
- Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión rol emocional del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.
- Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión salud mental del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

II. REVISION DE LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes a nivel regional

Eras V, (2015); realizó una investigación acerca de “Vivencias de los adultos mayores que acuden al programa del adulto mayor del centro de salud los Algarrobos”, cuyo objetivo fue describir las vivencias del antes y el durante de pertenecer al programa del adulto mayor (José Aguilar Santisteban – Class Los Algarrobos). Esta investigación es de tipo cualitativa se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con los adultos mayores, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos, orientada por una guía de preguntas aplicadas a 13 adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de salud Los Algarrobos; en sus resultados se encontró que antes de pertenecer al programa llevaban estilos de vida poco adecuados, se sentían solos, la mayor parte del día la dedicaban al cuidado de sus nietos y labores del hogar, sin embargo sus vivencias después de pertenecer al programa sabían cómo cuidar su salud, alimentación, incluso al pertenecer al programa lograron cierta independencia y manifestaron sentirse mejor anímicamente pues consideraban que los integrantes del grupo eran como su familia.

Tinoco .D. y Maribely. L. (2011); realizó una investigación acerca de “Calidad de vida en adulto mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Piura y Sullana, del Hospital Regional de Piura, hospital y un asilo de Sullana.

Esta investigación es de tipo descriptivo comparativo con una población de 100 adultos mayores, se obtuvieron los datos a través de una escala FUMAT, cuyos resultados se observó que no existe diferencia significativa en la variable calidad de vida en adultos mayores tanto de Piura como Sullana, así mismo tampoco se encontró diferencias en sus componentes relaciones interpersonales ,bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación , inclusión social y derecho($p>0.05$)

Pintado S. (2013); realizo una investigación acerca de “clima social familiar y el nivel de calidad de vida del adulto mayor en el hogar de ancianos “luz, vida y amor” en la ciudad de Chulucanas y en el asilo “hermanitas de los ancianos desamparados en la ciudad de Piura”. Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional, con una población de 113 adultos mayores Para ello se utilizó y administró dos instrumentos, la escala de clima social familiar (FES) de RH. Moos y E.J. Trickett y el cuestionario SF36 - Calidad de Vida, los resultados de dicha investigación fueron los siguientes: no existe una relación significativa entre el Clima Social Familiar y el nivel de Calidad de Vida de los adultos mayores con una significancia de ($p>0,05$).

Antecedentes a nivel Nacional

Vera. M, (2011);realizó una investigación acerca de “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura CallerIberico. 2011 en Lima, con una población de 125 adultos mayores, cuya investigación fue de tipo descriptivo-interpretativo y comprensivo. Se utilizó la técnica de la entrevista. Cuyos resultados se obtuvieron que en su gran mayoría

que calidad de vida era principalmente tener paz y tranquilidad en su vida cotidiana; ser cuidado y protegido por la familia.

Córdova C (2012), realiza una investigación acerca de la “Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, Chiclayo 2010”, con una población de 21 personas, entre policías en situación de retiro y esposas que asisten al programa del adulto mayor en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú (sede Chiclayo), dicha investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, se obtuvo datos a través del cuestionario socio demográfico y la entrevista semiestructurada a profundidad, orientada por una guía de preguntas, como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida la segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionado por las modificaciones en su funcionalidad física, y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga.

Montanet A, Bravo C, Hernández E (2011) , realizan una investigación acerca de “La calidad de vida en los adultos mayores” , con una población de 42 ancianos incorporados a la Casa de Abuelos y otra de igual tamaño de ancianos no incorporados, esta investigación es de tipo descriptivo transversal, se obtuvieron los datos a través de una entrevista estructurada y la variable Calidad de Vida se mide con la Escala M.G.H, en cuanto a los resultados sobresalen las categorías alta y media de Calidad de Vida entre los ancianos; la dimensión salud no daña la calidad de vida de los ancianos pero la dimensión satisfacción por la vida si la afecta en un grupo de ellos.

Antecedentes a Nivel Internacional

Durán O. (2012); realizó una investigación acerca de “Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado” ,en Cuenca- Ecuador tiene como objetivo conocer el criterio y la percepción de algunos adultos mayores con respecto al apoyo que reciben en su entorno tanto familiar como social, y sus puntos de vista con respecto a la protección que les brinda el estado ecuatoriano, se trabajó con grupos focales y algunas de las historias de vida contadas por los quince adultos mayores que viven en la Fundación Geriátrica “Jesús de Nazaret”. Finalmente se plantea una propuesta para mejorar las relaciones hacia los Adultos Mayores en la fundación estudiada.

Rodríguez. N, (2010); realizó un estudio descriptivo para analizar la influencia de ciertas variables sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. Con tal fin se seleccionó una muestra accidental integrada por 145 ancianos auto válidos, institucionalizados, entre 66 y 99 años (68% mujeres y 32% varones) pertenecientes al nivel socioeconómico medio y que vivían en un gran centro urbano como es la Ciudad de Buenos Aires.

Se administraron los siguientes instrumentos de medición: un cuestionario de datos personales (que incluía además todo lo referente a las actividades de tiempo libre), la escala S.S.Q. abreviada de Sarason, para medir apoyo social y un cuestionario breve para medir el grado de bienestar psicológico. Los resultados muestran que el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social

percibido influyen significativamente sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado.

Maldonado, G. y Mendiola, I. (2010); investigó sobre “la autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores” 2010. Un estudio descriptivo, transversal, la población de estudio estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad; el instrumento que se utilizó para valorar la variable CV, es el Instrumento MGI Calidad de Vida” construido y validado en Cuba, cuyos resultados: En los niveles de CV en los adultos mayores, se encontró el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” de calidad de vida con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0%.

2.2. Bases teóricas – conceptuales sobre Clima Social Familiar

a. Definiciones

Witbourne, (1986), Moos (1996) dan su aporte acerca de la familia como un sistema que constituye un contexto muy importante para el desarrollo del adulto mayor, es considerable que dentro de los roles familiares influyen individualmente una definición de la personalidad y en la creación de un vínculo afectivo entre las relaciones intrafamiliares. es así que da prioridad a los vínculos y convivencia a través de la inserción de los valores y las actitudes que se transmiten como núcleo familiar para forjar la personalidad de los hijos/as a lo largo de su vida. Pero no se quedan solo en el espacio de la casa, de la familia. Estos valores, y estas actitudes las transmiten a su vez en su entorno: con la gente del barrio, los amigos, en el trabajo, etc. Calderón y De la Torre, (2006) define el clima social familiar como

aquella situación social en la familia que define tres dimensiones fundamentales y cada una constituida por elementos que lo componen como son: cohesión, expresividad, conflicto.

Perot, (1989), Ponce (2003) considera que el clima familiar constituye una estructura natural en la cual se elabora pautas de interacción psicosociales en el que rige el funcionamiento de los miembros definiendo una gama de conducta que facilita una interacción recíproca ello involucra que la familia sea considerada así mismo como el primer recurso o soporte; no solo afectivo sino también de subsistencia, especialmente para aquellas personas adultas mayores que no cuentan con pensiones, ni seguros de salud.

b. El Ambiente Familiar

Witbourne, (1986), Moos (1996) definen que la familia puede volverse nociva cuando sin saberlo, involuntariamente, pueda convertirse en un medio perjudicial, no cumpliendo con su rol, cuando las relaciones entre los miembros que la componen son inadecuadas; cuando no se brinda afecto, o se le brinda mal, cuando la falta de cultura y de inteligencia, o la pobreza, no permiten que el miembro se adapte a su nuevo estilo de vida y cuando los problemas psicológicos, son fuentes de profundas perturbaciones si la familia se ha formado de manera inestable con frecuencia se genera un clima conflictivo y aparentemente se desintegra cada uno o algunos de sus miembros creen en tal situación, que ya no hay nexo e interés común familiar, y entonces la dinámica se vuelve tóxica y venenosa, volcando todo el resentimiento por los agravios recibidos, por el cariño no satisfecho o las atenciones no correspondidas.

En el sentir de cada uno de los miembros gravita fuertemente el celo, por la dedicación de los demás a adaptarse a la nueva dinámica familiar o a otras relaciones.

c. La Dinámica Familiar

Una familia va a ser saludable en la medida en que funcione como un sistema abierto, con reglas y roles apropiado a cada situación, donde sus integrantes se comuniquen, tolerando las diferencias individuales, lo que favorece la cohesión y promueve el crecimiento de sus miembros. Con respecto a esto tenemos que entre los muchos factores ambientales que existen básicamente, citaremos a tres que emanan de la dinámica familiar, en primer término nos referimos a las relaciones interpersonales favorables entre los miembros de la familia, en segundo lugar, los estados emocionales de la familia, los cuales son fundamentales al comprender el desarrollo psíquico del individuo y el equilibrio de su personalidad como es evidente, el rechazo o la separación de los padres conducen indefectiblemente a importantes trastornos de la personalidad del sujeto, a traumatismo psíquicos que han de dejar en su personalidad una huella perdurable y duradera; por el contrario, la satisfacción emocional contribuye al equilibrio de la personalidad y al mismo tiempo fomenta su desarrollo psíquico. En tercer término, los métodos de crianza de las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo permanente sobre un ambiente, lo que establece un paralelismo entre la personalidad del individuo y el ambiente definiendo al clima social familiar por las relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo, de comunicación, interacción y

crecimiento personal, lo cual puede ser fomentado por la vida en común también consideran la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros.

d. La Familia Peruana

Saavedra Vela (2006), nos proporciona de acuerdo a su análisis la siguiente clasificación de tipos de familia: Es la que está compuesta por el padre, la madre y los hijos. Es la que predomina en el país tanto en el área urbana como la rural.

Familia extensa.-Constituida por una familia nuclear junto a la cual residen otras familias, predomina de este tipo de familia en la actualidad es ligeramente mayor en el área urbana respecto al área rural.

Familia compuesta o agregada.-Constituida por parientes donde no existe vínculo matrimonial ni filial, llegando incluso a estar integrada por amigos.

Familia incompleta.-Constituida por un solo progenitor (padre o madre) y los hijos. Este tipo tiene una mayor presencia que la familia extensa.

Del mismo modo debemos tener en cuenta que las diferentes situaciones socioeconómico así como la ubicación en el área rural o urbana son factores que van a incidir sobre la dinámica familiar.

Familias urbanas.-Tienen por escenario de desarrollo a las ciudades de modo agitado de vida que se da en estas.

Familia campesinas o rurales.-Se desenvuelven en el campo y están inmersas en un sistema económico menos favorable y por ello elementalmente se hace que todos los miembros deban participar de la actividad económica.

Familia migrantes.-Son aquellas que se trasladan de un medio rural hacia uno urbano, generando con ello una transformación y una mezcla en los tipos de organización familiar y por ende en el proceso de socialización de sus miembros.

2.2.3. Adulto Mayor

a. Definiciones

Hernández A. (2006) da su aporte en cuanto al término de Adulto mayor comparándolo con anciano, vejez, tercera edad, senectud, etc., tienen muchas similitudes; pero no son iguales. Por ejemplo: Anciano proviene del latín anzi (anterior); Vejez o viejo del latín vulgar vetelus y del latín clásico vetus- veteris (viejo o de cierta edad).

Según la asamblea mundial la edad cronológica del adulto mayor es de 60 años en adelante, en donde se establece plenamente el proceso fisiológico del envejecimiento.

Hernández A.(2006).Uno de los sinónimos más amplios es senectud, ya que se divide en: Senectud joven (60-69años), en donde los cambios físicos y sociales son radicales, ya que se presenta la jubilación y la inactividad, Senectud Intermedia (70-79años), se pierden las capacidades y las enfermedades son más frecuentes y disminuye la actividad sexual, se socializa menos, ya que los iguales empiezan a estar más cerca de la muerte, Senectos viejos (80-89años), es cuando

se comienzan a vivir de los recuerdos y del apoyo de la familia joven, Senectos ancianos (90-99años), es difícil dar algún concepto de esta etapa ya que es poco frecuente que alguien llegue a esta etapa.

Corbera (2007), refiere que la tercera edad se considera como el último periodo de la vida ordinaria del hombre de hechola Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha considerado como persona de la tercera edad a toda persona mayor de 60 años, considera que es muy importante velar por ellos, cuidarlos y tratar de darles cuantas facilidades sean posibles para que lleguen a una vejez digna, sin discriminación y puedan adaptarse integralmente a la sociedad y que, a pesar de su edad, sigan siendo útiles hasta donde sus fuerzas y capacidad les permitan.

A lo largo de la vida de las personas puede haber diferentes capacidades o formas de vida que lleven a desgastarse o a perder sus facultades físicas unos antes que otros.

Donoso (2007) refiere que para describir la etapa de la adultez tardía, podemos considerar varios tipos de edades, descritas mediante:

Edad Cronológica. La edad cronológica por lo general se conoce como el tiempo transcurrido desde que la persona nace hasta el tiempo que ha vivido, de acuerdo al uso establecido, es decir, medido por años. La edad biológica tiene qué ver con la salud, en qué condiciones se encuentra el organismo biológicamente hablando, debido al uso que se le ha dado durante toda la vida. Hay personas que tuvieron una buena alimentación, hicieron ejercicio regularmente, tuvieron todas las condiciones de vida digna básicas y necesarias, durante su vida se cuidaron y llegaron a los 60 o 70 años en buenas condiciones físicas, que les permiten

enfrentar la vida de manera distinta a las personas que tienen problemas porque fumaban o porque nunca hicieron ejercicio o tuvieron un accidente. Edad Funcional. También existe la edad funcional, es decir, la capacidad del ser humano de mantener los roles personales y sociales dentro de la comunidad.

Donoso (2007), plantea que puede haber personas completamente sanas pero que por alguna razón no pueden desarrollar el rol que normalmente se esperaría de ellos, es decir, tienen problemas de integración social, son muy cerrados, tal vez antisociales, etc. Son aspectos que hay que considerar para entender esta definición de la tercera edad.

b. La Familia y el Adulto Mayor

Cabrera (2007) propone que en una familia con adultos mayores es una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales la figura del adulto mayor como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene el contacto directo de los abuelos con los jóvenes modifica de forma drástica sus percepciones de la vejez potenciando las imágenes positivas de la misma, de la abuelidad, dando un aire de nostalgia a su falta el valor de los ancianos se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres. De hecho los abuelos constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y la metáfora de la vidacuriosamente la velocidad de los cambios en el conocimiento y la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de la transmisión inversa del conocimiento (transmisión de hijos a padres), que lejos de ser negativo, permite al adulto mayor amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria.

A la vez, el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones.

c. Rol del adulto mayor en la familia

Muchos adultos mayores sienten que con el pasar de los años su papel al interior de la familia pasa a un segundo plano, lo que hace que se sientan aislados o que son una “carga” para quienes los cuidan, llegando al punto de irse a una casa de acogida o quedar en el completo abandono. Del mismo modo la familia se ha tomado como un enfoque sistémico, caracterizándola por un grupo de personas, definido por una relación de pareja lo suficientemente duradera como para asegurar la protección y crianza de los hijos, este esclarecimiento primordial es para asegurar protección y seguridad de cada uno de sus miembros de la familia. Sin embargo, no siempre la familia cubre estas necesidades, en el caso del adulto mayor las relaciones fundamentales que establece dentro de la familia son muchas veces insatisfechas o más conflictivas, bien sea con su pareja, con los hijos o con los nietos. Las familias con uno o más miembros adultos mayores tienen un ciclo vital familiar muy particular.

El paso de los años cambia el papel del adulto mayor dentro de la familia, en muchos casos los roles de guía y orientadores pasan a ser desempeñados por los hijos y ellos quienes años atrás fueron los protagonistas pasan a ser “dependientes” de sus hijos.

Una dependencia que ocasiona conflictos cuando no está bien resuelta. Sin duda, el tema económico y social también genera desestabilización, la exigencia de

quedarse al cuidado de la casa, o de algún miembro de menor edad cuando todos los demás tienen obligaciones externas que cumplir.

Para ello es imprescindible que los adultos mayores expresen su sabiduría, ganada por los años y las experiencias vividas, a cada uno de los miembros de una familia, eso sí, sin intervenir en los roles que cada uno tiene al interior de ésta la extensa experiencia y conocimiento de los adultos mayores ayudará a la formación de valores, tanto a sus hijos como a sus nietos los adultos mayores son una pieza fundamental dentro de la familia, ya que tienen la experiencia la sensatez el criterio y el amor para ayudar en la educación de los nietos.

También podemos describir que el adulto mayor ha perdido su lugar central en las sociedades modernas, perdiéndose dentro del ámbito familiar, descartando que son una gran fuente de conocimientos adquiridos a partir de sus experiencias el factor familia es también clave para el adulto mayor vivir con los parientes es en términos generales recomendable seguir ligado a su familia lo fortalece emocional y afectivamente, el clima afectivo es el espacio, el “calor de hogar”, siendo la familia un lugar para sentirse querido sin embargo la pérdida de ésta, es visible que como fuente de apoyo y afecto es irremplazable, teniendo en cuenta que nos hallamos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma, entrar a una edad avanzada lleva obligatoriamente el mensaje de “no apto para ciertas cosas”, incluida la de las oportunidades laborales porque aparentemente ya son “viejos”, la ignorancia colectiva hace pensar que una persona de edad avanzada representa una imposición de responsabilidad o “hacerse cargo” de ellos, sin embargo, hoy

existen esfuerzos para modificar la percepción de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad.

El envejecimiento es el fruto final de una buena calidad de vida, en la que se ha satisfecho las necesidades fundamentales, se han alcanzado los intereses y expectativas propuestos a lo largo de cada etapa vital.

d. Desarrollo humano: D. Papalia. La vejez

Aspectos del desarrollo físico

La esperanza de vida se ha incrementado de manera considerable entre más tiempo dure la gente es probable que viva más tiempo en general, la esperanza de vida es mayor en los países desarrollados que en los países en desarrollo.

Las ganancias recientes en la esperanza de vida provienen en gran medida del progreso de reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades que afectan a los ancianos.

Otras mejoras importantes en la esperanza de vida dependen de si los científicos logran modificar los procesos básicos del envejecimiento.

Cambios físicos

Los cambios en los sistemas y órganos corporales son sumamente variables y pueden ser resultado de la enfermedad, la cual a su vez es afectada por el estilo de vida la mayoría de los sistemas corporales por lo general continúan funcionando bastante bien, pero el corazón se vuelve más susceptible a la enfermedad la capacidad de reserva disminuye aunque el cerebro cambia con la edad, las

variaciones por lo general son modestas incluye pérdida o reducción de las células nerviosas y respuestas más lentas sin embargo, el cerebro también es capaz de producir nuevas neuronas y construir nuevas conexiones en la vejez.

Aunque los problemas visuales y de audición intervienen con la vida diaria, a menudo pueden ser corregidos el dado irreversible resulta de la degeneración macular relacionada con la edad o el glaucoma las pérdidas en el gusto y el olfato conducen a una mala nutrición el entrenamiento ayuda a mejorar la fuerza muscular, el equilibrio y el tiempo de reacción los ancianos suelen ser susceptibles a accidentes y caídas.

Muchos ancianos son sexualmente activos, aunque la frecuencia e intensidad de la experiencia sexual por lo general son menores que para los adultos jóvenes.

Salud física y mental

La mayoría de los ancianos son razonablemente saludables, en especial si siguen un estilo de vida sano, la mayor parte presenta condiciones crónicas, pero estas por lo regular no limitan de manera considerable las actividades o interfieren con la vida diaria, la proporción de ancianos con discapacidades físicas han disminuido, los ancianos necesitan más atención médica que los jóvenes el ejercicio y la dieta son influencias importantes en la salud la pérdida de los dientes afecta seriamente la nutrición la mayoría de los ancianos goza de buena salud mental, la depresión, el alcoholismo y muchas otras condiciones pueden ser revertidos con tratamiento; unas cuantas, como la enfermedad de Alzheimer, son irreversibles.

La enfermedad del Alzheimer se vuelve más común con la edad, aunque es hereditaria, la dieta, el ejercicio y otros factores del estilo de vida son determinantes, las terapias conductuales y con medicamentos hacen más lento el deterioro, los problemas cognoscitivos leves son una señal temprana de la enfermedad, por lo que los investigadores están intentando desarrollar herramientas para el diagnóstico temprano, el trastorno depresivo mayor tiende a no ser diagnosticado en los ancianos la calidad de vida, la salud mental es un elemento fundamental que debe considerarse al evaluar la percepción de los individuos de las condiciones en que viven.

Heikkinen(2003), consideraba la salud mental de los adultos mayores, no solo como la ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social, especialmente en los adultos mayores de edades más avanzadas y sus principales manifestaciones, mediante estados emocionales como el estrés y la depresión, y en estados más graves o desórdenes mentales severos tales como demencias y trastornos de personalidad (Fragoero, Pestana y Paúl, 2007).

Aspectos del desarrollo cognoscitivos

Los factores físicos y psicológicos que influyen en el desempeño de los ancianos en las pruebas de inteligencia conducen a subestimar su inteligencia, la investigación transversal que muestra declinaciones en la inteligencia refleja diferencias cohorte, las medidas de inteligencia fluida y cristalizada muestran un patrón más alentador, donde las habilidades cristalizadas se incrementan en la vejez.

En el modelo del proceso dual de Baltes, la mecánica de la inteligencia a menudo declina, pero la pragmática de la inteligencia continúa creciendo el funcionamiento más lento del sistema nervioso central afecta la velocidad del procesamiento de la información sin embargo, este funcionamiento más lento se limita a ciertas tareas de procesamiento y varía entre los individuos, el estudio longitudinal de Seattle encontró que el funcionamiento cognoscitivo en la edad adulta tardía es sumamente variable, pocas personas declinan en todas o la mayoría de las áreas, y muchas mejoran en algunas, la hipótesis del compromiso busca explicar esas diferencias aunque la habilidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, por lo general declina con la edad, la habilidad para resolver problemas interpersonales o con carga emocional no disminuye los ancianos muestran una plasticidad considerable en el desempeño cognoscitivo y pueden beneficiarse del entrenamiento, algunos aspectos de la memoria como la memoria sensorial, la memoria semántica, la procedimental y la preparación son casi tan eficientes en los ancianos como en la gente joven, otros aspectos, principalmente la capacidad de la memoria de trabajo y la habilidad para recordar eventos específicos o información aprendida recientemente, a menudo son menos eficientes, los cambios neurológicos, así como las disminuciones en la velocidad perceptual explican buena parte de la declinación en el funcionamiento de la memoria de los ancianos. Sin embargo el cerebro logra compensar algunas declinaciones relacionadas con la edad, de acuerdo con estudios de meta memoria, algunos ancianos sobreestiman su pérdida de memoria, debido quizás a los estereotipos acerca del envejecimiento.

Aprendizaje a lo largo de toda la vida

El aprendizaje a lo largo de toda la vida ayuda a los ancianos a mantenerse mentalmente alertas los programas educativos para los ancianos están proliferando la mayoría de los programas tienen un énfasis práctico-social o uno educativo más serio.

Aspectos del desarrollo psicosocial

Aunque los rasgos de personalidad tienden a permanecer estables en la vejez se han encontrado diferencias, en la vejez la emocionalidad tiende a tomarse más positiva y menos negativa sin embargo, los rasgos de personalidad pueden modificar este patrón; la etapa final de Erick Ericsson, integridad del yo frente a desesperanza culmina en la virtud, de la sabiduría o aceptación de la vida propia o la muerte inminente.

Como afrontan los ancianos

Jorge Vaillant encontró que el uso de mecanismos adaptativos maduros en la edad adulta temprana predice el ajuste psicosocial en la vejez ; en el modelo de valoración cognoscitiva, adultos de todas las edades por lo general prefieren el afrontamiento centrado en el problema, pero los ancianos atizan más que los jóvenes el afrontamiento centrado en la emoción cuando la situación lo requiere para muchos ancianos, la religión es una fuente importante de afrontamiento centrado en la emoción.

Que es el envejecimiento exitoso y como puede medirse

Dos de los primeros modelos contrastantes del envejecimiento exitoso u óptimo son la teoría del retiro y la teoría de la actividad, la teoría del retiro tiene poco apoyo y los hallazgos sobre la teoría de la actividad son contradictorios nuevos perfeccionamientos de la teoría de la actividad son la teoría de la continuidad y una distinción entre la actividad productiva y la de esparcimiento. Valtes y sus colegas sugieren que el envejecimiento exitoso depende de la optimización selectiva con compensación, tanto en el campo psicosocial como en el cognoscitivo.

Estilo de vida y aspectos sociales relacionados con el envejecimiento

En la vejez como manejan los ancianos el tiempo y el dinero algunos ancianos continúan trabajando por un salario, pero la mayoría se jubila. Sin embargo, muchas personas jubiladas inician nuevas carreras tienen un trabajo asalariado de medio tiempo o hacen trabajos voluntarios.

A menudo la jubilación es un fenómeno en fases, la edad tiene efectos tanto positivos como negativos, en el desempeño en el trabajo, pero las diferencias individuales son más significativas que las diferencias de edad.

Los ancianos tienen a estar más satisfechos y comprometidos con su trabajo que los jóvenes aunque la situación financiera de los ancianos ha mejorado, una proporción importante tiene probabilidades de vivir en la pobreza en cierto punto, para muchos adultos de edad madura actuales, el financiamiento para la jubilación es un asunto delicado, la jubilación es un proceso en marcha y su impacto

emocional debe ser evaluado en cada contexto, los recursos personales económicos y sociales así como el tiempo que la persona ha estado jubilada, también afectan lo social, los patrones comunes después de la jubilación incluyen un estilo de vida centrado en la familia, la inversión equilibrada y el espaciamiento serio.

Relaciones personales en la vejez

Las relaciones son muy importantes para los ancianos, aun cuando la frecuencia del contacto social disminuye en la vejez., de acuerdo con la teoría de la conducción social, las reducciones o cambios en el contacto social durante la vejez no disminuye el bienestar porque se mantiene un círculo estable de apoyo social, de acuerdo con la teoría de la selectividad socioemocional, los ancianos prefieren pasar el tiempo con personas que mejoran su bienestar emocional.

El apoyo social se asocia con la buena salud y el aislamiento es un factor de riesgo para la mortalidad, con frecuencia la función de las familias multigeneracionales en la vejez tiene raíces culturales.

Relaciones consensuales

A medida que se incrementa la esperanza de vida también lo hace la longevidad potencial del matrimonio, más hombres que mujeres están casados en la vejez, el matrimonio que se prolonga hasta la edad adulta tardía suele ser satisfactorio.

El divorcio es poco común entre los ancianos, y la mayoría de los adultos mayores que se han divorciado contrajeron nuevas nupcias, el divorcio es especialmente

difícil para la gente mayor. En cambio, las nuevas nupcias en la vejez son más relajadas.

Aunque una proporción creciente de hombres son viudos, las mujeres tienden a sobrevivir a sus maridos y es menos probable que vuelvan a casarse, un porcentaje pequeño pero creciente de adultos alcanza la vejez sin casarse, los adultos que nunca se casaron tienen menor probabilidad de ser solitarios que los que se divorciaron o enviudaron, tanto los ancianos homosexuales como los heterosexuales tienen necesidades de intimidad, contacto social y generatividad, muchos homosexuales se adaptan al envejecimiento con relativa facilidad, el ajuste es influido por la condición de la revelación de su preferencia.

La amistad en la vejez

En la vejez las amistades se centran en la compañía y el apoyo, no en el trabajo y la crianza, la mayoría de los ancianos cuentan con amigos cercanos y, quienes los tienen, son más saludables y felices, la gente anciana disfruta el tiempo que convive con los amigos más que el que pasa con la familia, pero esta es la fuente principal de apoyo emocional.

Los vínculos de parentesco no matrimoniales

Los padres ancianos y sus hijos adultos se ven o están en contacto con frecuencia, se interesan uno por el otro y se ofrecen ayuda mutua, un número creciente de padres ancianos se encarga del cuidado de sus hijos adultos, nietos o bisnietos.

En algunos aspectos, la falta de hijos no parece ser una desventaja importante en la vejez; sin embargo, puede ser un problema proporcionar cuidado a gente anciana sin hijos.

A menudo los hermanos se ofrecen apoyo emocional mutuo y en ocasiones también apoyo más tangible en particular las hermanas mantienen los vínculos entre hermanos.

Los bisabuelos están menos involucrados en la vida de los niños que los abuelos, pero la mayoría encuentra que el papel es satisfactorio.

2.3. Bases teóricas - conceptuales sobre Calidad de vida

a. Definiciones

La definición de calidad de vida no es algo que se encuentre consumado, de la misma manera es un término que abarca muchos aspectos tanto objetivos como subjetivos, es así que creemos que hay dimensiones que forman parte de esta, pero no se da un concepto global y característico a lo que es calidad de vida., es solo el sujeto social quien la define realmente y le da validez pero si hay autores que han dado sus diferentes aportes para explicar la calidad de vida.

Según Natalicio J.C.(2002) , plantea que la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica.

Su objetivo es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida, esto implica la existencia de dos elementos: las necesidades

humanas fundamentales, definidas como el conjunto de condiciones de carencias puntuales, reconocidas por todos los seres humanos, quienes poseen los medios para resolverlas y, los indicadores de satisfacción de las necesidades humanas, que son elementos de medición diferentes en cada país.

Guillén (et. al.1997), brinda su aporte en que cada ciencia afirma distintos valores y defienden variados y contrapuestos intereses. Aunque en concreto la calidad de vida puede ser entendida como el procurar y llevar una vida satisfactoria, implicando principalmente una mayor esperanza de vida, y sobretodo vivir en mejores condiciones físicas y mentales. Diener (1984, citado por Rodríguez, 1995) define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal; pero también, este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales, y sociales, así como Rozas, (1998) el desarrollo del individuo como persona, psicológicamente hablando, es calidad de vida es decir por ejemplo aspectos como desarrollo de la autoestima, de la identidad, de la autorrealización, como el desarrollo de sus potencialidades y el manejo de nuevas habilidades, Por otro lado Ramírez (2000) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de desatisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de cada uno asimismo (Pérez de Cabral, 1992) expresa que la calidad de vida es una situación social y personal.

La calidad de vida es más que la calidad del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional, intelectual y volitiva y con la dinámica cultural en general. La calidad de vida también hace referencia a una armónica convivencia entre los hombres, donde juega un papel importante la justicia social, considerando las oportunidades que en una sociedad se brinda a sus miembros, de acuerdo con los supuestos antedichos el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales; en una relación da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos, de allí la complejidad en la definición de este concepto.

La calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tiene de su existencia en dicha sociedad.

Morales, Blanco Huie & Fernández (1985) plantean que se puede señalar también, que el concepto incluye un conjunto de aspectos en los que se interviene la autorrealización del sujeto es así, que la calidad de vida en una sociedad sería el grado en que las condiciones de dicha sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos.

Así que, en relación a los indicadores de la calidad de vida existen dos apreciaciones generales que tratan de medir este concepto uno constituye la medida objetiva, la misma que se obtiene a partir de la estadística de los

indicadores sociales y económicos específicos, la otra medida constituye una medida subjetiva, que nos revela acerca de las percepciones de las personas sobre sus situaciones de vida.

Acerca de la medida subjetiva, también existen diversas maneras de identificar los indicadores de la calidad de vida. Algunos hacen referencia a la calidad de la Salud física, así como a la práctica de ciertas actividades y en otros casos se enfatizan la calidad de las relaciones sociales en el campo de la salud, se establece la relación entre el médico y el paciente, considerando la posibilidad de humanizar el medio hospitalario los responsables se preguntan acerca del tipo de calidad de vida que sería el más adecuado para nuestras sociedades en este medio existe una noción técnica de calidad de vida que encuentra variadas aplicaciones y gradaciones. Dentro de lo que se podría llamar las "condiciones externas objetivas" puede considerarse el estado de salud sin embargo aquí nos encontramos con un indicador mixto puesto que si bien existen indicadores objetivos de una situación de salud.

Así mismo no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida. Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud, quizás esto es parte del significado de la definición de la OMS, quienes nos presentan un concepto de salud muy similar al de calidad de vida: estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Hay un número importante de estudios que han demostrado una

relación relativamente grande entre los autoinformes de salud y el bienestar subjetivo.

Otros han considerado que la salud es para las personas el factor más importante de felicidad en ellos la satisfacción respecto a la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital: parece que la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva.

Además, algunos estudios apuntan a señalar a las actividades físicas como predictores de la calidad de vida es así como se señala que la calidad de vida viene dada por el estilo de vida que llevan las personas; y en este sentido, los estilos de vida sedentaria tan común en la sociedad actual resultan claramente perjudiciales frente a éstos, tenemos aquellos estilos de vida activos, que conllevan a la realización de actividad física, ejercicio físico y/o deporte.

Los primeros estudios que han relacionado la calidad de vida con el ejercicio físico son relativamente recientes ya que sus inicios se sitúan a principios de la década de los setenta, aunque con anterioridad ya habían aparecido de forma aislada algunos estudios.

Guíllen (et. al ,1997) establece que desde la medicina, la gran mayoría de los estudios han tenido un corte epidemiológico y han estado dedicados a estudiar los efectos del ejercicio sobre la salud física.

Por su parte desde la psicología de la salud se han incidido en estudiar los efectos beneficiosos del ejercicio físico, en este caso sobre la salud mental, por último desde la psicología del ejercicio se han centrado básicamente en estudiar los

factores que dan lugar a estilos de vida más activos, así como lo creación de programas que fomenten y mantengan esa participación.

Zimmerman (1998). Considera que las relaciones sociales como indicadores de la calidad de vida, se conocen en cada una de las necesidades elementales del ser humano siendo la filiación, como red disponible de interacciones en diferentes campos, tales como: recreativo, laboral, familiar, político, religioso, afectivo, entre otras. Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, más calidad de vida para el individuo.

La interacción social es un componente importante del concepto más amplio de bienestar social ya que las interacciones sociales se producen en varios dominios: familia, amigos, comunidad y trabajo.

Naturalmente es posible distinguir entre cantidad de contactos sociales y la calidad de esta interacción, pero, en general los trabajos sobre el tema han preferido considerar que cuanto más interacción haya, mejor será la calidad de vida.

La calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos, tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales es así como los deberes y derechos del hombre no implican una adecuada respuesta a los requerimientos de calidad que apuntan las expectativas del individuo en nuestras sociedades hoy en día. En este sentido la formación es condición necesaria en el contexto de calidad de vida, entendida esta formación como un proceso realizable en diferentes planos: a.) como adquisición de capacidades y desarrollo de destrezas que entrenan para la

vida, b) como preparación para una tarea específica, c) como adquisición de experiencia que enriquece la conducta y permite la realización personal y profesional y d) como activación de las disposiciones y capacidades. Estos diferentes planos confluyen en la persona (Pérez de Cabral, 1992).

En cuanto a la familia y su influencia en la percepción de la calidad de vida de la persona encontramos que en el caso del niño, tiene interrelación con el ambiente, pero no puede totalizar directamente la sociedad en su conjunto, viviendo un proceso con dos espacios claramente diferenciados: uno exógeno en el cual vive las interrelaciones con el ambiente y otro endógeno en el que procesa su ser social. En el procesamiento endógeno de estas interrelaciones, el niño tiene que vivir las consecuencias de las interrelaciones que cada uno de los que conforman su grupo familiar establece con la sociedad.

En este sentido, la familia cumple un rol de mediador o catalizador social de los factores exógenos que determinan la vida del grupo humano, lo que se expresa en la atención de las necesidades de cada uno de sus miembros, así estos factores determinan cuál es la calidad de vida y el grado de bienestar que pueden gozar los integrantes de cada familia.

Entonces, es necesario considerar que actualmente las familias viven una crisis debido principalmente a la situación económica y política que atraviesa el país, esto es así, ya que la caída del ingreso familiar es el principal mecanismo de transmisión de los efectos de la situación económica sobre los niños y adolescentes, asimismo las familias transmiten y reproducen por medio de sus interrelaciones la violencia estructural que existe en el país.

Esta realidad, nos explica la presencia de grupos familiares que viven en alto riesgo, porque no se garantiza la calidad de vida y, muchas veces, la supervivencia del grupo familiar como tal y de los individuos que la componen (Mansilla, 1989).

No existe calidad de vida absoluta ella es fruto de un proceso de desarrollo y se dispone también a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta y baja calidad de vida, la búsqueda de la calidad de vida es inherente a la vida humana uno de los mitos actuales sobre la calidad de vida es que se le asocia a la tecnología.

De la misma manera se considera que la riqueza ambiental es uno de los factores determinantes de calidad de vida, por la cual se pueden definir índices de una apreciación cuantitativa como por ejemplo, acceso a los productos y servicios, densidad de los servicios escasos, al mercado de productos, y también a fuentes de trabajo, de formación, etc.

Para el individuo moderno la idea de recibir solución rápida ante los incidentes de los diferentes elementos materiales del ambiente se vuelve importante en la formación de apreciaciones sobre la calidad de vida; es decir, el considerable costo psicológico que presentan, los minutos y horas de interrupción del fluido eléctrico, las fallas y suspensiones del servicio telefónico, la falta de recolección de basura, la interrupción prolongada de diferentes servicios públicos por huelgas gremiales, la calidad de los transportes públicos, de los servicios postales, de los electrodomésticos y productos vendidos en el mercado.

Otro significado de la calidad de vida es la de tipo ecológico, considerada desde ese punto de vista, la calidad de vida significa una vida que sea propensa a encontrar su equilibrio y la garantía de su salud a través de la preservación del ambiente natural, no sólo de la problemática de la contaminación, si no también ante los peligros que amenazan la armonía entre las varias formas de vida.

Es precisamente, a partir de la búsqueda de un mejoramiento del ecosistema que se esperan unos resultados concernientes a la calidad de vida.

Existen estudios que enfatizan el estado general de bienestar como medida de la calidad de vida (Campbell, Converse & Rodgers, 1976), otros subrayan la importancia de la adaptación como el ajuste entre un individuo y la percepción de su ambiente (French, Rodgers y Cobb, 1974). En ambos casos las percepciones subjetivas son consideradas importantes, como medida de la calidad de vida.

Olson & Barnes (1982) plantean que una característica común de los estudios de la calidad de vida, constituye la elevación de la satisfacción como dominios de la experiencia vital de los individuos, cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

La manera como cada persona logra satisfacer estos dominios, constituye un juicio individual subjetivo de la forma como satisface sus necesidades y logra sus intereses en su ambiente es la percepción que esta persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr dicha satisfacción.

b. Factores que afectan la Calidad de Vida

Se presenta a Bronfenbrenner (1979), con su modelo ecológico, en donde plantea diferentes niveles que configuran nuestra vida dentro del constructo de calidad de vida, entendiendo 3 de los más importantes, en ese sentido se tiene en cuenta no tan solo al individuo mismo, sino también a su entorno más próximo y al contorno en el que se desenvuelve la idea es que la persona convive en diversos sistemas que influyen en el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes.

Estos valores son los siguientes: Microsistema o contexto social inmediato: familia, hogar, grupo de iguales es un subsistema que afecta directamente a la vida de la persona meso sistema vecinos, comunidad, organizaciones. Subsiste más que afectan e influyen sobre el funcionamiento del microsistema.

Macro sistema, o el de los patrones culturales más amplios. Son las tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y todos aquellos factores relacionados con la sociedad que afectan a nuestras creencias y a nuestros valores.

Este modelo ecológico trata de poner el énfasis en la necesidad de incluir dimensiones e indicadores clave de la calidad de vida que reflejen los múltiples sistemas que envuelven la vida de una persona por su parte, Max-Neef (1998) plantea un análisis de la calidad de vida a través de la teoría del desarrollo a escala humana lo primero que caracteriza a su trabajo es la comparación que hace entre necesidades humanas y sus satisfactores.

Neef destaca la importancia de aclarar estos dos conceptos, sustenta que las necesidades son algo finito que puede ser identificado en todas las culturas y en todos los tiempos. Sin embargo, los satisfactores son los que adquieren su significado a través de la historia y de las sociedades además sostiene que la calidad de vida depende de las posibilidades que tienen las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

El autor hace una diferenciación entre necesidades y sus satisfactores, concluyendo que las necesidades no varían de una cultura a otra, ni de una época a otra, no así los satisfactores para estas necesidades, ya que no importa que una persona viva en una sociedad consumista o ascética, lo que cambia es la cantidad y calidad de los satisfactores o la posibilidad de acceder a ellos de tal manera, plantea que las necesidades son finitas, pocas y clasificables, además de que son las mismas para todas las sociedades, culturas y épocas las necesidades básicas son aquellas cuya realización es deseable para cualquiera y cuya inhibición es indeseable; además de que son simultaneas, complementarias y se compensan entre ellas.

Estas son: de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad sostiene que las necesidades (comúnmente conocidas así) de vivienda y abrigo son satisfactores de una necesidad más fundamental de subsistencia; la educación, el estudio, la investigación, la estimulación precoz y la meditación son satisfactores de la necesidad de entendimiento; así como la necesidad de protección tiene satisfactores tales como los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud.

Gendreau (1998) Es preciso reconocer que también se puede hablar de calidad de vida en términos negativos, al afirmar que “No hay calidad de vida cuando el nivel de ingresos de familia es mínimo y cuando hay exclusión entre los individuos”, además este último factor es condicionante de una salud deficiente bajo nivel educativo carencia o inadecuada vivienda, nula participación política, asilamiento, etcétera.

c. Dimensiones de Calidad de Vida

La calidad de vida globalmente ha influenciado en la convivencia de todo individuo tanto para su integridad como su accionar en el entorno. En cuanto a las dimensiones que la constituye, éstas pueden variar incluso de sujeto a sujeto en un mismo grupo y tiempo; no obstante, se puede llegar a un consenso acerca de lo que significan para el grupo en ese espacio y tiempo; sin embargo vivir bien y tener una vida de calidad es una aspiración de cualquier ser humano, en cualquier época y cultura. ¿Cómo saber si las necesidades están cubiertas sin caer en indicadores puramente objetivos? La respuesta está, como se ha podido ir vislumbrando, en la satisfacción percibida por las personas en sus diferentes dimensiones de vida; es decir, estar colmado en un área de la vida donde se produce felicidad y es entonces cuando se puede hablar de un bienestar.

El modelo propuesto por Schalock (2002) plantea ocho dimensiones centrales que constituyen una vida de calidad, estas son las siguientes: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Bienestar emocional: implica la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el autoconcepto y la satisfacción con uno mismo., la capacidad de predicción sobre eventos significativos en sus vidas.

Relaciones interpersonales: En ellas están la intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos. Las personas lo son gracias a la interacción significativa con los demás, nos daremos cuenta de la relevancia de esta dimensión.

Bienestar material: Indicadores centrales propuestos son: derechos, económico, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico. Permitiendo la propiedad, defender la seguridad financiera, asegurar ambientes seguros, empleo con apoyo, fomentar posesiones.

Desarrollo personal: Indicadores como formación, habilidades, realización personal, competencia personal, capacidad resolutive, proporcionar educación y habilitación/rehabilitación, enseñar habilidades funcionales, proporcionar actividades profesionales y no profesionales, fomentar el desarrollo de habilidades, proporcionar actividades útiles y utilizar tecnología.

Bienestar físico: Dichos indicadores son la salud, nutrición, movilidad, ocio, actividades de la vida diaria las técnicas de mejora son: asegurar el cuidado de la salud, maximizar la movilidad, apoyar oportunidades para el recreo y tiempo libre significativos, promover la nutrición apropiada, apoyar actividades de vida diaria, promover el bienestar.

Autodeterminación: Los indicadores centrales de esta dimensión central son: autonomía, elecciones, decisiones, control personal, autorregulación, valores/metas personales. Para favorecer hacer elecciones, favorecer el control personal, favorecer tomar decisiones, ayudar en el desarrollo de metas personales, ya que el crecimiento personal tiene lugar cuando se es del propio desarrollo.

Inclusión social: Indicadores centrales de calidad de vida son: aceptación, estatus, apoyos, ambiente laboral, integración y participación en la comunidad, roles, actividades de voluntariado, entorno residencial conectar con redes de apoyo, promover funciones de rol y estilos de vida, fomentar ambientes normalizados e integrados, proporcionar oportunidades para la integración y participación en la comunidad, apoyar el voluntariado pensemos aquí que además de las habilidades que pueden enseñarse a las personas es esencial la consideración de la obligación del entorno social de adaptarse y ajustarse para la realidad de esa inclusión no se trata tanto de acceder a entornos normalizados sino de construir entornos capaces de incluir en ellos a todas las personas independientemente de sus capacidades.

Derechos: indicadores centrales de esta dimensión son: privacidad, voto, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general y especiales protecciones requeridas por el hecho de manifestar la condición de retraso mental (en este 54 sentido, cabe preguntarse y debatir sobre temas tales como la esterilización, la incapacitación judicial), juicio gratuito, derechos, responsabilidades civiles. para asegurar la privacidad (por ejemplo, no abrir sus armarios o cajones), fomentar el voto, reducir barreras (y no solo las físicas sino

también las psicológicas y las sociales), proporcionar procesos justos, fomentar y respetar la propiedad, fomentar las responsabilidades cívicas en definitiva, nos parece importante mencionar que la satisfacción no es tan simple como tener algo que cubra una necesidad, pues el elemento satisfactor depende de cómo el individuo haya construido representaciones mentales a partir de los elementos que la cultura le provee, de su grupo social y la época con sus cambios tecnológicos y además le hayan permitido crear.

Shalock y Verdugo, (2002) el concepto de calidad de vida no se puede definir completamente, las dimensiones que la componen surge de la vida del sujetos, las dimensiones básicas son valoradas por los individuos de modo diferente, “el valor asociado a cada dimensión varía a lo largo del ciclo vital)

d. La calidad de vida en adultos mayores

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2002), puso en marcha diversos mecanismos que culminarían con el programa Salud para todos los datos obtenidos en 55 numerosos estudios y recogidos en distintos documentos, permitieron establecer recomendaciones sobre aspectos dietéticos y nutricionales, así como estilos de vida saludables a seguir; al mismo tiempo y con estas recomendaciones como fundamento, se han ido estableciendo campañas de salud destinadas a la prevención de patologías como las enfermedades cardiovasculares

o determinados tipos del cáncer, logrando reducir la morbi-mortalidad por las mismas en cifras realmente significativas

Como apunta Amparo Belloch (1994) no siempre cantidad va acompañada con calidad; hemos conseguido vivir más tiempo pero no está claro que vivamos mejor, al menos en lo que se refiere al estilo de vida que llevan muchas personas ancianas en nuestras aparentemente desarrolladas “sociedades del bienestar”.

Es por ello que en los últimos tiempos ha cobrado un interés especial el concepto de calidad de vida, así como la búsqueda de fórmulas para mejorarla en el caso que nos ocupa longevidad, discapacidad y calidad de vida son tres conceptos que pueden llegar a estar muy relacionados y por ello deberían ser contemplados conjuntamente por tres motivos: una vida larga debería contar con la mayor calidad posible sobre todo en sus etapas finales, en las que el individuo es más vulnerable; en una vida larga es muy factible por diversas causas, el desarrollo de discapacidades y con ellas un estado de dependencia; en tercer lugar una vida con discapacidad pero con las atenciones y medios necesarios puede ser una vida calidad.

La calidad de vida debe ser entendida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado, a través de la combinación de las condiciones de vida y el grado de satisfacción con la vida; el primer condicionante lo formarán variables objetivas que pueden medirse y sobre las que podemos actuar, el segundo lo constituirán variables subjetivas influidas por los sentimientos y sobre las que es más difícil poder actuar (una misma

discapacidad y sus implicaciones en dos personas distintas, pueden ser asumidas e influir de forma totalmente diferente en cada una de ellas).

El nivel de calidad de vida puede variar, es decir, mientras unos están felices y satisfecho con un nivel de ingresos otros pueden no estarlo todo depende según Van Praag (2002) de la evaluación del ingreso que cada familia haga, y que varía según el tamaño de la misma, el clima, la historia de ingreso y las expectativas. Garduño (2003) la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por un lado por las cantidades de sustento y por el otro, es un sentimiento de felicidad o tristeza, expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral; ambos se dan a partir de la interacción de todos los recursos disponibles con los intereses y valores particulares de un ambiente social.

También indica que la calidad de vida implica una evaluación cognitiva expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas disminuidas o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes identificados por el propio sujeto. Por último y puesto que es inevitable tener que pagar el peaje impuesto por el paso del tiempo, debemos intentar que este sea lo más benévolo posible aplicando medidas de carácter preventivo, educacional, etc.

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental de corte transversal, porque recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández Sampieri Et, Al. 2006).

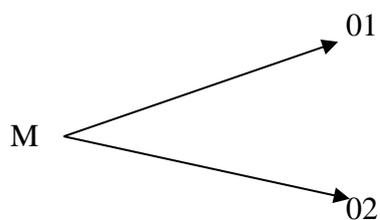
El presente estudio pertenece al tipo cuantitativo, permitiendo examinar los datos de una manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.

En cuanto al nivel de Investigación éste es descriptivo correlacional entre el clima social familiar y calidad de vida en los participantes del programa del adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos 2014.

3.2. Población y Muestra

La población está conformada por 150 adultos mayores que oscilan entre las edades de 60 años en adelante y la muestra cuenta con 100 participantes que integran el programa del adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos

G.E. Grupo de estudio (muestra)



Dónde:

M: Muestra

01: Clima Social Familiar

02: Calidad de Vida

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores participantes del programa del adulto mayor.
- Adultos mayores letrados.

Criterios de Exclusión

- Participantes del programa del adulto mayor que no hayan respondido a la totalidad de los ítems de los instrumentos utilizados.
- Participantes del programa del adulto mayor que no asistieron.
- Participantes del programa del adulto mayor iletrados.

3.3. Definición y Operacionalización de Variables

a. Definición Conceptual (D.C): entendido como la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo familiar, en el que se considera la comunicación, la libre expresión, la interacción conflictiva que la caracteriza, la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, la organización familiar y el control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

Definición operacional (D. O):

Variable	Dimensiones	Sub Dimensiones	Items
Clima Social Familiar	Relaciones	Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81
		Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82
		Conflicto	3,13,23,33,43,53,63,73,83
	Desarrollo	Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84
		Área de actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85
		Área social recreativa	7,17,27,37,47,57,67,77,87
		Área intelectual cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86
		Área de moralidad religiosa	8,18,28,38,48,58,68,78,88
	Estabilidad	Área de organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89
		Área de control	10,20,30,40,50,60,70,80,90

El clima social familiar será evaluado a través de una escala que considera las siguientes dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad. De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecerán en las siguientes categorías:

CATEGORIAS	PUNTAJES
Muy buena	55 a +
Buena	46 a 55
Media	36 a 45
Mala	26 a 35
Muy mala	0 a 25

b. Calidad de vida en el adulto mayor

Definición conceptual (D.C):

Es el grado en el que los individuos desarrollan diferentes estilos de vida del entorno endógeno y exógeno del ambiente en el que se desenvuelven para consigo mismo y sus pares.

Definición operacional: (D. O.): La Calidad de Vida fue evaluada a través de un Cuestionario SF-36/ Calidad de Vida con sus diferentes dimensiones.

Criterios de Calificación: mediante un perfil:

ALTO	REGULAR	BAJO
-------------	----------------	-------------

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Escala de Clima Social Familiar (FES)

Ficha Técnica

Nombre Original: Escala de Clima Social Familiar (FES) Autores : RH. Moos, B.S.

Moos y E.J. TrickeetAdaptación : TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984

Estandarización para Lima : César Ruíz Alva y Eva Guerra Turín.

Baremación para la I.E. José Olaya: Alex Ruíz Gómez

Administración: Individual y Colectiva

Duración: Variable (20 minutos Aproximadamente) Significación : Evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en familia.

Tipificación : Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Lima Metropolitana.

Dimensiones que mide: Relaciones (Áreas: Cohesión, Expresividad, Conflicto), Desarrollo (Áreas : Autonomía, Actuación, Intelectual- cultural, Social-Recreativo y Moralidad- Religiosidad), Estabilidad (Áreas: Control y Organización).

Componentes que mide la Escala de Clima Social Familiar

Está conformado por tres dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad, las cuáles a su vez están conformadas por áreas, las cuáles se muestran a continuación:

Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Conformado por las siguientes áreas:

Cohesión: Es el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.

Expresividad: Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de familia comunicando sus sentimientos y opiniones y valoraciones respecto a esto.

Conflicto: se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común.

Autonomía: es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Área de Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.

Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales.

Área Social-Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.

Área de Moralidad- Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

3) Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia.

Área Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Área Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Validez de la Escala FES

La validez de la prueba se determinó correlacionando con la prueba de Bell específicamente el área de Ajuste en el hogar (con adolescentes los coeficientes fueron: en área de Cohesión 0.57, Conflicto 0.60, Organización 0.51). Con adultos los coeficientes fueron 0.60, 0.59, 0.57, para las mismas áreas y Expresividad 0.53, en el análisis a nivel del grupo familiar. También se probó el FES con la Escala TAMAI (Área Familiar) y a nivel individual los coeficientes en Cohesión son de 0.62, Expresividad de 0.53 y Conflicto 0.59. Ambos trabajos demuestran la

validez de la Escala FES. (La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias).

Confiabilidad de la Escala FES

Para la estandarización para Lima, se usó el método de Consistencia Interna los coeficientes (la fiabilidad van de 0.88 a 0.91 con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas Cohesión, Intelectual-cultural,

Expresión y Autonomía, las más altas. (La muestra usada para este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años).

En el test – retest con 2 meses de lapso los coeficientes eran de 0.86 en promedio (variando de 3 a 6 puntos).

SF-36/ CALIDAD DE VIDA

FICHA TECNICA

Nombre Original: International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project

Autores: HealthSurvey 1996

Adaptación: J. Alonso y cols2003.

Baremación: Se encuentra adaptado en nuestro país por Alonso y Cols la validez de la versión española ha sido analizada por Ayuso-Mateos.

Administración: Individual y Colectiva.

Duración: Variable (20 minutos Aproximadamente)

Significación: Evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en salud física y emocional

Tipificación: Baremos para la forma individual o grupal, Dimensiones que mide: Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general. Las medias y desviación standard en población norteamericana son:
función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), limitación del rol: problemas físicos 81 (SD 34), limitaciones del rol: problemas emocionales 81 (SD

33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 61 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de la salud general 72 (SD 20).

Dimensiones que mide el Cuestionario SF-36/Calidad de Vida

Está conformado por 08 dimensiones:

- **Función Física.** Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol Físico:** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar a la dificultad de la misma
- **Dolor Corporal:** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar
- **Salud General:** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar
- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad frente al cansancio y desanimo.
- **Función Social:** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida habitual.

- Rol Emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y el esmero en el trabajo.
- Salud Mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

Fiabilidad

Posee una elevada consistencia interna (0.8 para todas las escalas, salvo para “función social” que es 0.76). El coeficiente de correlación intraclass es de 0.85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6 para función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia¹⁵, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que desciende hasta 0.43.

Validez

Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original.

3.5. Plan de análisis

Para el plan de análisis, se utilizó la estadística en cuestión a una base de datos a través del paquete estadístico SPSS, para determinar la correlación entre las variables de estudio.

3.6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	VARIABLES	INDICADORES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	TÉCNICAS
¿Cuál es la relación del clima social familiar y el nivel de la calidad de vida en los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobo s, Piura 2014?	Clima Social Familiar	Dimensión de relación	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	Cuestionarios
		<ul style="list-style-type: none"> • cohesión • expresividad • conflicto 				
		Dimensión de desarrollo	Determinar la relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobo s, Piura 2014.	Existe relación entre el clima social familiar y la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobo s, Piura 2014”.	Tipo: Cuantitativo Nivel: Descriptivo correlacional	
		<ul style="list-style-type: none"> • autonomía • actuación • intelectual cultural • social recreativo • moralidad religiosa 			DISEÑO	
Dimensión de estabilidad	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICOS	Transaccional no experimental.	-Escala de clima social familiar (fes) SF- 36/calidad de vida		
<ul style="list-style-type: none"> • organización • Control 	Establecer el clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobo s, Piura 2014.	Existe un bajo nivel del clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobo s, Piura	POBLACIÓN			
					La población está conformada	

PROBLEMA	VARIABLES	INDICADORES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	TÉCNICAS
			Establecer la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos Piura 2014.	Existe un bajo nivel de calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos Piura.	por 150 adultos mayores que oscilan entre las edades de 60 en adelante.	
	Calidad de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Función física • Rol físico • Dolor corporal • Salud General • Vitalidad • Función social • Rol emocional • Salud mental 	Determinarla relación entre el clima social familiar con la dimensión rol físico del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.	Existe relación entre el clima social familiar y la dimensión rol físico del sf-36/calidad de vida, de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014”	MUESTRA la muestra cuenta con 100 participantes que integran el programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos	
			Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión salud general sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.	Existe relación entre el clima social familiar y la dimensión salud general del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014”		
			Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión función social del sf-36/calidad de vida de los participantes	Existe relación entre el clima social familiar y la dimensión función social del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014”.		
			Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión función social del sf-36/calidad de vida de los participantes	Existe relación entre el clima social familiar y la dimensión función social del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014”.		

PROBLEMA	VARIABLES	INDICADORES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	TÉCNICAS
			del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.	Existe relación entre el clima social familiar y la dimensión rol emocional del sf-36/ calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014”.		
			Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión rol emocional del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.	Existe relación entre el clima social familiar y la dimensión salud mental del sf-36/ calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014”.		
			Determinarla relación entre el clima social familiar y la dimensión salud mental del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.			

3.7 Principios éticos

Se contó con la previa autorización de las autoridades de la institución. Previo a la aplicación del cuestionario se les explico a los adultos mayores el objetivo de la investigación; asegurándoles que se mantendrá de manera anónima la información obtenida de los mismos.

Para seguridad de los evaluados se les hizo firmar un consentimiento informado, de manera que si rehúsa a firmarlo, se le excluirá del estudio sin ningún perjuicio para ellos.

IV. RESULTADOS

Resultados

Tabla 1.

Determinar La relación entre el clima social familiar y la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

		clima social familiar	calidad de vida
Clima social familiar	Correlación de Pearson	1	-,751**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Calidad de vida	Correlación de Pearson	-,751**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

Descripción: Existe correlación entre el clima social familiar y la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la significación es al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2.

Niveles del clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

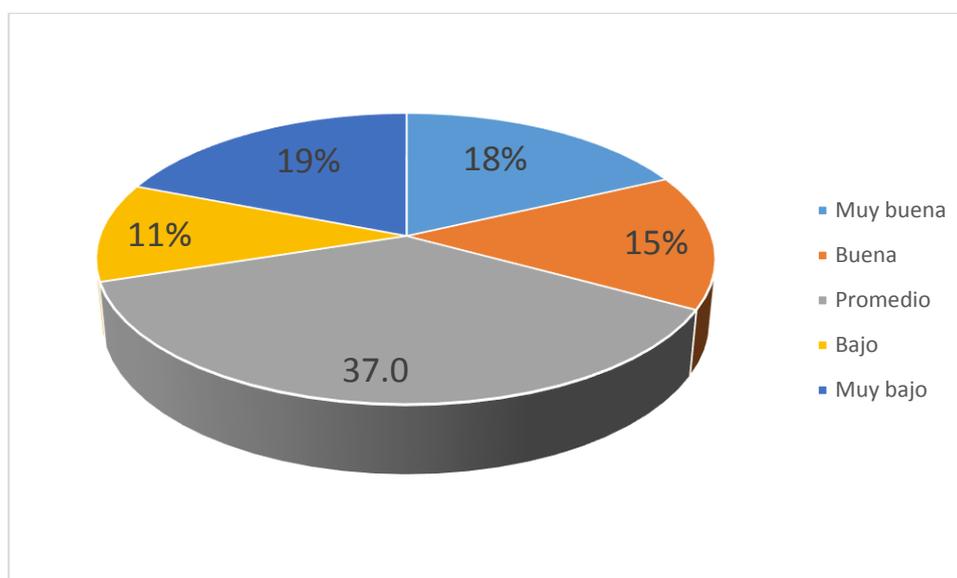
Niveles	f	%
Muy buena	18	18.0
Buena	15	15.0
Promedio	37	37.0
Bajo	11	11.0
Muy bajo	19	19.0
Total	100	100.0

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

En la tabla 2 se observa que la mayoría 37% de los adultos se ubican en el nivel promedio, el 33% en los niveles altos, y el 30% en los niveles bajos del clima social familiar.

Figura 1.

Niveles porcentuales del clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.



Fuente: tabla 2.

Tabla 3.

Niveles de la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

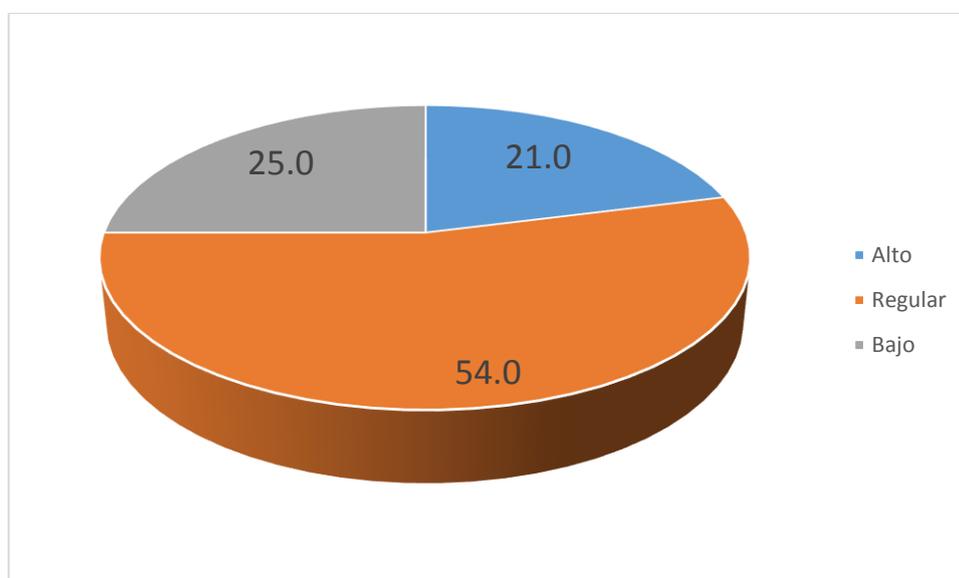
Niveles	f	%
Alto	21	21.0
Regular	54	54.0
Bajo	25	25.0
Total	100	100.0

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

En la tabla 3 se observa que la mayoría 54% de los adultos se ubican en el nivel regular, el 25% en el nivel bajo y el 21% en el nivel alto de calidad de vida.

Figura 2.

Niveles de la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.



Fuente: tabla 3.

Tabla 4.

Relación entre el clima social familiar con la dimensión rol físico del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

		clima social familiar	rol fisico
clima social familiar	Correlación de Pearson	1	-,771**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
	Correlación de Pearson	-,771**	1
rol físico	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

Descripción: Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión rol físico de la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.

Relación entre el clima social familiar y la dimensión salud general sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

	clima social familiar	salud general
	Correlación de Pearson	1 -,751**
	Sig. (bilateral)	,000
clima social familiar	N	100 100
	Correlación de Pearson	-,751** 1
	Sig. (bilateral)	,000
salud general	N	100 100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

Descripción: Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión salud general de la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 6.

Relación entre el clima social familiar y la dimensión función social del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura ,2014.

		clima social familiar	funcion social
	Correlación de Pearson	1	,757**
clima social familiar	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
	Correlación de Pearson	-,757**	1
función social	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

Descripción: Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión función social de la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 7.

Relación entre el clima social familiar y la dimensión rol emocional del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro De Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

		clima social familiar	rol emocional
clima social familiar	Correlación de Pearson	1	-,763**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
rol emocional	Correlación de Pearson	-,763**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

Descripción: Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión rol emocional de la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8.

Relación entre el clima social familiar y la dimensión salud mental del sf-36/calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

		clima social familiar	salud mental
	Correlación de Pearson	1	-,751**
clima social familiar	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
	Correlación de Pearson	-,751**	1
salud mental	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar (FES) y Cuestionario SF36 - Calidad de Vida.

Descripción: Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión salud mental de la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2. Análisis de resultados

En el presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo correlacional de nivel descriptivo , se tomó dos variables determinantes como son el “Clima Social Familiar Y Calidad Vida”, se estudió la relación entre el clima social familiar y calidad de vida en los participantes del programa del adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos Piura 2014, para lo cual se utilizó dos instrumentos de tamizaje: la escala de clima social familiar (FES) – Cesar Ruiz/Eva Guerra (adaptado) creado por RH. Moos y E.J Trickett, que evalúa tres dimensiones fundamentales: Relación, Desarrollo y Estabilidad, y la escala SF-36/ calidad de vida se encuentra adaptada en nuestro país por J. Alonso y Cols 2003.

Para este estudio, se trabajó con una población conformada por 150 adultos mayores que oscilan entre las edades de 60 años en adelante y la muestra cuenta con 100 participantes que integran el programa del adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos

El objetivo general del presente trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar la relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.

Realizada la medida estadística de Pearson, con una confiabilidad de 95% a la muestra poblacional de la investigación, encontramos que existe relación significativa entre nuestras variables de estudio, por lo cual se acepta la hipótesis de investigación la cual es que existe relación entre el clima social familiar y calidad de vida es aquí donde se toma presente a lo que refieren Witbourne,

(1986), Moos (1996) dan su aporte acerca de la familia como un sistema que constituye un contexto muy importante para el desarrollo del adulto mayor , así mismo Perot (1989), Ponce (2003) considera que el clima familiar constituye una estructura natural en la cual se elabora pautas de interacción psicosociales en el que rige el funcionamiento de los miembros definiendo una gama de conducta que facilita una interacción recíproca, ello involucra que la familia sea considerada así mismo como el primer recurso o soporte; no solo afectivo sino también de subsistencia, especialmente para aquellas personas adultas mayores que no cuentan con pensionesni seguros de salud.

En cuanto al clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor se evidencia que de los 100 participantes evaluados, el 37% presenta un nivel medio de clima social Familiar, así mismo el 19 % presenta un mal clima social familiar, seguido del 18 % que presenta un muy buen clima social familiar, luego el 15% presenta un buen clima social familiar y finalmente el 11 % presenta un muy mal clima Social familiar, lo cual quiere decir que predomina un clima promedio y que aún hay aspectos en la familia que deben mejorar es así que Witbourne, (1986), Moos (1996)señalan que una familia va a ser saludable en la medida en que funcione como un sistema abierto, con reglas y roles apropiado a cada situación, donde sus integrantes se comuniquen, tolerando las diferencias individuales, lo que favorece la cohesión y promueve el crecimiento de sus miembros.

Así mismo vemos que la calidad de vida de los 100 participantes evaluados, el 54 % presenta un nivel regular de calidad de vida, así mismo el 25 % presenta un

nivel bajo de calidad de vida, seguido del 21% que presenta un nivel alto de calidad de vida, para ello citamos a Diener(1984), citado por Rodríguez (1995) quien define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal; pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales y vemos en los resultados que casi la mitad de los participantes se encuentra en un nivel de vida regular lo cual se debe a la mejora en cuanto a su estilo de vida lo que les permite sentirse de manera adecuada en diversos aspectos de su vida y tener una adecuada percepción de su calidad de vida para reforzar lo mencionado Ramírez (2000) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individuales decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de cada uno

En cuanto a la relación del clima social familiar en la dimensión salud general se relaciona con la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar es así que existe correlación significativa del clima social familiar en la dimensión de salud general; por lo que sostiene Diane Papalia (1999) que la mayoría de los ancianos son razonablemente saludables, en especial si siguen un estilo de vida sano la mayor parte presenta condiciones crónicas, pero estas por lo regular no limitan de manera considerable las actividades o interfieren con la vida diaria la proporción de ancianos con discapacidades físicas han disminuido, los ancianos necesitan

más atención médica que los jóvenes; el ejercicio y la dieta son influencias importantes en la salud la pérdida de los dientes afecta seriamente la nutrición.

Con lo que respecta a la relación del clima social familiar con la dimensión función social de calidad de vida encontramos que existe relación; por lo que es importante mencionar que en la vejez las amistades se centran en la compañía y el apoyo, no en el trabajo y la crianza la mayoría de los ancianos cuentan con amigos cercanos y quienes los tienen son más saludables y felices la gente anciana disfruta el tiempo que convive con los amigos más que el que pasa con la familia, pero esta es la fuente principal de apoyo emocional, es precisamente aquí donde Papalia (1999) menciona que aunque los rasgos de personalidad tienden a permanecer estables en la vejez se han encontrado diferencias, en la vejez la emocionalidad tiende a tomarse más positiva y menos negativa sin embargo, los rasgos de personalidad pueden modificar este patrón.

Con respecto a la dimensión rol emocional de calidad de vida existe relación significativa con el clima social familiar, es aquí donde el modelo propuesto por Schalock plantea ocho dimensiones centrales, en las que resalta el bienestar emocional implicando la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el autoconcepto y la satisfacción con uno mismo, la capacidad de predicción sobre eventos significativos en sus vidas. De igual manera Slaikeu (1988) considera que el motivo guía de la fase de senectud es la integración de la experiencia pasada-vs-desesperación. Tareas y preocupaciones específicas que corresponden a esta etapa de la vida serian: generar una segunda aspiración/nuevos estudios/intereses en pasatiempos, compartir la sabiduría de la

experiencia con otros, evaluar el sentido del pasado y la satisfacción de la propia vida, disfrutar de una cantidad razonable de comodidad física y emocional y mantener una suficiente movilidad para relacionarse con el ambiente.

Por último en la dimensión salud mental de la calidad de vida existe relación significativa con el clima social familiar, la salud mental es un elemento fundamental que debe considerarse al evaluar la percepción de los individuos de las condiciones en que viven; es así que Heikkinen (2003) consideraba la salud mental de los adultos mayores no solo como la ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social, especialmente en los adultos mayores de edades más avanzadas y sus principales manifestaciones, mediante estados emocionales como el estrés y la depresión, y en estados más graves o desórdenes mentales severos tales como demencias y trastornos de personalidad (Fragoero, Pestana y Paúl, 2007).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Existe correlación entre el clima social familiar y la Calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.
- De los 100 participantes evaluados, el 37 % presenta un nivel medio de clima social Familiar, así mismo el 19 % presenta un malo de clima social familiar, seguido del 18 % que presenta un muy buen clima social familiar, luego el 15% presenta un buen Clima social familiar y finalmente el 11 % presenta un muy malo clima Social familiar.
- De los 100 participantes evaluados, el 54 % presenta un nivel regular de calidad de vida, así mismo el 25 % presenta un nivel bajo de calidad de vida, seguido del 21 % que presenta un nivel alto de calidad de vida.
- Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión Rol Físico de la Calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.
- Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión Salud General de la Calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.

- Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión Salud General de la Calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.
- Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión rol emocional de la Calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.
- Existe correlación significativa entre el clima social familiar y la dimensión Salud Mental de la Calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014.

5.2. RECOMENDACIONES

- Seguir fortaleciendo el programa del adulto mayor del centro de salud “Los Algarrobos”, a través de programas de intervención en los cuales se empleen estrategias que apunten a la mejora de sus propias necesidades.
- Diseñar y poner en marcha campañas de información y sensibilización al conjunto de la población, sobre el respeto e importancia de la empatía hacia el adulto mayor, fomentando a la sociedad a vivir una cultura que promueva la recreación formativa y el envejecimiento saludable.
- Atender a las necesidades del adulto mayor con el fin de brindarle apoyo y orientación estableciendo estrategias de acuerdo a su necesidad en la que se encuentre y el tratamiento o la ayuda psicológica que este necesite.
- Organizar e implementar grupos de apoyo psicológico con la participación de ONG para brindarles información acerca del clima social familiar y su relación con la calidad de vida del adulto mayor.
- Se sugiere considerar variables psicológicas como las de esta investigación que repercuten en la vida del adulto mayor y desarrollar de esa manera investigaciones como estas, ya que en nuestra ciudad en general es de mucha importancia valorar este tipo de trabajos.

Referencias.

- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigación e intervenciones*. Bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/176/1/tesis.pdf(chile tesis)
- Bioética y personas mayores. Revista Sesenta y más, N° 214 (Marzo 2003)
Organización de Naciones Unidas.
- Buendia, J. (1999). *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Capponi (1992), Blazer (1989), Casey (1994), Murphy, Macdonald (1990) tomado de Arenas, M.E. (1996) *Adaptación y validación del Geriatric Depression Scale para Adultos Mayores del Gran Santiago*. Tesis para optar al título de Psicólogo.
- Craig (1995) *Desarrollo Psicológico* – Càp. 16- págs.
- Cordova, N. (s.f de s.f de 2012). *Calidad de vida del adulto mayor*. Recuperado el martes de noviembre de 2015, de Repositor de tesis USAT: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/87>
- Eras V, M. (2014). *Vivencias del adulto mayor*. Piura.
- Diane.F,Papalia (1999). *Desarrollo psicológico a lo largo del ciclo de la vida*. Págs.491- 501.
- Diane Papalia (1999) *Desarrollo humano: D. Papalia. La vejez* Recuperado el domingo s.f de diciembre del 2015, de <http://apuntamelatarea.blogspot.pe/2009/04/desarrollo-humano-d-papalia.html>
- ENAH0 (Encuesta Nacional de Hogares). *Enfoque estadístico – Adulto Mayor – Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas*
- Envejecimiento y Vulnerabilidad. Tile://C:\Mis documentos\asamblea edad\Asamblea E9.thm08/03/01

Gerontología Social, (2000) Cap.2, *Socio demografía*.

Hernández A., Á. R. (2006). *La mejora en la Calidad de Vida del anciano y su dignidad humana en zonas urbanas de la Ciudad de México desde una perspectiva pediátrica vinculada a la Institución Familiar*. 138 págs. México D., F.

Yanguas, J.J., Leturia, M. y Uriarte, A. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología. Manual práctico*. Madrid: Cáritas Española. Recuperado de: www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=835

MINDES (2002). *Plan Nacional para las personas adultas mayores 2002 -2009*. Lima.

Montanet A, Bravo C, Hernández E, L (S/f). *La calidad de vida en los adultos mayores*, extraído desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000100001&script=sci_arttext .

M, V. (s.f de s.f de 2011). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor*. Recuperado el martes de noviembre de 2015, de SCielo: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Maldonado G, G., & Mendiola I, S. (s.f de s.f de 2010). *Contribuciones a las ciencias sociales* . recuperado el s.f de noviembre de 2015, de autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores: Extraído de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>

Montanet, A., & Bravo, C. (s.f de ene.-mar de 2011). *La calidad de vida en los adultos mayores*. Recuperado el martes de noviembre de 2015, de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000100001&script=sci_arttext

O, D. (s.f de s.f de 2012). *Tesis digitales universidad de cuenca*. Recuperado el martes de noviembre de 2015, de Percepción de los adultos y las adultas

mayores:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/451/1/tesis.pdf>

Programa para el Adulto Mayor, Centro de Geriatría y Gerontología Pontificia
Universidad Católica (2005)

Psicología "Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001 en www.galeon.com -
Psicología del Envejecimiento y la Vejez

Pintado, D. (S.F de S.F de 2012). *Biblioteca virtual Uladech*. Recuperado el S.F de
noviembre de 2015, de “relación del clima social familiar y el nivel
de calidad de vida del adulto mayor en el hogar de ancianos “luz,
vida y amor” en la ciudad de piura.
Recuperado de: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

Rodríguez F, N. (s.f de Septiembre de 2011). *Psicología y psicopedagogía*. recuperado
el martes de noviembre de 2015, de factores que influyen sobre la
calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos.Extraído de:
http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf

L, M. (s.f de s.f de 2010). *Informe de Investigación Línea de Investigación de la Escuela
Profesional de psicología*. Recuperado el s.f de noviembre de
2015, de
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/23/000180/00018020130212054941.pdf>

ANEXOS

Escala de Clima Social Familiar (FES)

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia.

Si Ud. Cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la hoja de Respuesta una (X) en el espacio correspondiente a la V (Verdadero) si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso).

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. La fecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la hoja de respuesta. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. Sobre su familia, no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia peleamos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.

6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
-
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.

22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia estamos fuertemente unidos.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.

38. No creemos en el cielo o en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez mejor un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.

54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.

67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillo o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia.
76. En mi casa ver televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.

84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literaria.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA

Nombre y Apellidos: Edad: .Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Hoy ./ ./

Institución Educativa: .Grado/ Nivel: . N° de hermanos: Lugar que ocupa entre hermanos:

1 2 3 4 5 6 ()

Vive: Con ambos padres () solo con uno de los padres () Otros:

V	V	V	V	V	V	V	V	V
1	11	21	31	41	51	61	71	81
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
2	12	22	32	42	52	62	72	82
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
3	13	23	33	43	53	63	73	83
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
4	14	24	34	44	54	64	74	84
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
5	15	25	35	45	55	65	75	85
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
6	16	26	36	46	56	66	76	86
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
7	17	27	37	47	57	67	77	87
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
8	18	28	38	48	58	68	78	88
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
9	19	29	39	49	59	69	79	89
F	F	F	F	F	F	F	F	F
V	V	V	V	V	V	V	V	V
10	20	30	40	50	60	70	80	90
F	F	F	F	F	F	F	F	F

INSTRUMENTO: SF- 36/CALIDAD DE VIDA

Nombres y apellidos: _____ **Fecha:** _____

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Ud. Piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra Ud. y hasta qué punto es Ud. capaz habitual de hacer sus actividades. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta por favor conteste lo que más le parece.

1. En general, usted diría que su salud es:
Excelente () Muy buena ()
Regular () Mala ()

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
() Mucho mejor ahora que hace un () Algo mejor ahora que hace un año
() Mas o menos igual que hace un año () algo peor ahora que hace un año
() Mucho peor ahora que hace un año.

3. ¿Su salud actual le limita a hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?
Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()

4. Su salud actual ¿le limita a hacer esfuerzos moderados, tales como mover un mesa, pasar una aspiradora, caminar por más de una hora?
Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()

5. Su salud actual, ¿le limita a cargar la bolsa de compras de un supermercado?
Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()
10. Su salud actual , ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)
- Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()
12. Su salud actual ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()
- **LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O ACTIVIDADES COTIDIANAS**
13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Si () No ()
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Si () No ()

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en actividades cotidianas, a causa de su salud física?
Si () No ()
16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas; por ejemplo le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
Si () No ()
17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional?(como estar triste, deprimido o nervioso)
Si () No ()
18. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?
Si () No ()
19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o en sus actividades cotidianas, tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)
Si () No ()
20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
Nada () un poco () regular ()
bastante () mucho ()
21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas
No, ninguno () si muy poco () si un poco ()
si moderado () si, mucho () Si, muchísimo ()
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto de dolor le ha dificultado su trabajo habitual(incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)
Nada () un poco () regular ()
bastante () mucho ()
- **LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO (COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE MAS LE PARECE A COMO SE HA SENTIDO**
23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
Siempre () casi siempre ()
muchas veces () algunas veces ()
solo alguna vez () nunca ()
24. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
Siempre () casi siempre ()
muchas veces () algunas veces ()
solo alguna vez () nunca ()

25. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
26. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
27. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
28. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
29. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
30. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
31. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
32. Durante las 4 últimas semanas ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
- **POR FAVOR DIGA SI LE PARECE CIERTO O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES**
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
- | | | | |
|-------------------|-----|-----------------|-----|
| Totalmente cierta | () | bastante cierta | () |
| no lo sé | () | bastante falsa | () |
| totalmente falsa | () | | |

34. Estoy tan sano como cualquiera				
Totalmente cierta	()	bastante cierta	()	
no lo sé	()	bastante falsa	()	
totalmente falsa	()			
35. Creo que mi salud va a empeorar?				
Totalmente cierta	()	bastante cierta	()	
no lo sé	()	bastante falsa	()	
totalmente falsa	()			
36. Mi salud es excelente?				
Totalmente cierta	()	bastante cierta	()	
no lo sé	()	bastante falsa	()	
totalmente falsa	()			



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Piura 10 octubre del 2014.

Lic.Enf.Martha Del Socorro Eras Vincés
Encargado Del Programa Del Adulto Mayor
Centro de Salud Los Algarrobos-Piura.

Me pongo en contacto con usted para comunicarle mi interés en realizar durante el presente año 2014, una investigación cuyo objetivo es medir la relación del clima social familiar y la de calidad de vida de los participantes en el "**Programa del adulto mayor**", que usted dirige la cual ha sido aceptada por el asesor de tesis, que inicialmente se titularía "Relación entre el clima social familiar y la de calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor en el centro de salud los algarrobos, Piura 2014".

En el proceso de elaboración del informe de investigación se guardará en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los participantes.

Por todo ello, solicito su autorización para desarrollar este estudio y me gustaría contar con su colaboración, así como con la del resto de los participantes del programa, para el desarrollo de esta investigación, en lo que pudiese resultar necesario.

Sin otro particular, le saluda atentamente:

LUCIA PATRICIA ERAS ERAS
ALUMNA ESCUELA DE PSICOLOGÍA
ULADECH- PIURA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
LOS ALGARROBOS
Lic. Martha Eras Vincés
EAFERHERA
C.E.P. 16038