



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN VITAL Y LA  
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL  
CASERÍO DE REALENGAL - TUMBES, 2016.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
PSICÓLOGO

AUTORA

EVELYN IBECZABETH ROSILLO PEÑA

ASESORA

LIC. LAIDY MABEL IRAZÁBAL ALAMO

TUMBES – PERÚ

2017

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**



**Mgr. Pedro Fre Infante Sanjinés**

**Presidente**



**Mgr. Carlos Alberto Coronado Zapata**

**Secretario**



**Lic. Consuelo del Rosario Barreto Espinoza**

**Miembro**



**Lic. Lady Mabel Irazábal Alamo**

**Asesora**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la asesora de tesis Lic. Laidy Mabel Irazábal Alamo, por guiarme y brindarme sus conocimientos científicos de forma paciente durante mi formación profesional y por ser ejemplo de maestra.

Agradezco a los adultos mayores del caserío de Realengal por brindarme su apoyo, confianza y sinceridad plasmados en los dos inventarios evaluados.

Agradezco a la señora gobernadora por haber aceptado que se realice mi investigación en el caserío de Realengal – Tumbes.

## **DEDICATORIA**

A mi madre por ser ejemplo de perseverancia y esfuerzo constante en la vida, y por enseñarme que con dedicación se logra todo lo que uno anhela en la vida.

A mi padre por haberme apoyado en todo momento y por su constante apoyo brindado en esta etapa de la elaboración de mi informe de tesis

A mis familiares que son mi motivación a seguir adelante para llegar hacer una gran profesional a futuro.

## RESUMEN

El nivel socioeconómico y el ambiente familiar afectan significativamente la calidad de vida de algunos adultos mayores del caserío de Realengal, ya que muchos de ellos carecen de medios económicos para satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas y generalmente la familia se muestra indiferente a satisfacer sus necesidades de afecto y comunicación, disminuyendo así su satisfacción vital. La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016; la metodología utilizada fue descriptiva correlacional, de nivel cuantitativo; con un diseño no experimental, transversal. La población estuvo conformada por 101 adultos mayores, a quienes se les aplicó la escala de satisfacción vital y la escala de calidad de vida de Olson Barnes. Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 y para la contrastación de la hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica de Tau- c de Kendall, obteniéndose los siguientes resultados: El 60.4% de adultos mayores del caserío de Realengal se ubican en un nivel alto de satisfacción vital y el 89% se ubican en el nivel más o menos satisfecho de calidad de vida; se concluye que no existe relación significativa entre satisfacción vital y la calidad de vida de los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

Palabras claves: Satisfacción vital, calidad de vida y adulto mayor.

## ABSTRACT

The socioeconomic level and the family environment significantly affect the quality of life of some elderly people in the village of Realengal, as many of them lack the economic means to adequately satisfy their basic needs and generally the family is indifferent to satisfy their affection needs And communication, thus diminishing their vital satisfaction. The present research had as general objective to determine the relationship between the vital satisfaction and the quality of life of the older adult of the hamlet of Realengal - Tumbes, 2016; The methodology used was descriptive correlational, of quantitative level; With a non-experimental, cross-sectional design.

The population was formed by 101 older adults, who were given the life satisfaction scale and Olson Barnes' quality of life scale. For the data analysis, the statistical program SPSS version 22 was used, and the non-parametric test of Kendall's Tauc test was used to test the hypothesis. The following results were obtained: 60.4% of older adults in the village of Realengal Are located in a high level of vital satisfaction and 89% are located in the more or less satisfied level of quality of life; It is concluded that there is no significant relationship between life satisfaction and the quality of life of the elderly in the village of Realengal - Tumbes, 2016.

Key words: Vital satisfaction, quality of life and older adult

# CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>CONTENIDO</b> .....	vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	x
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	xii
<b>I. INTRODUCCION</b> .....	1
<b>II.REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.2. Bases teóricas.....	14
2.2.1. Satisfacción vital .....	14
2.2.1.1. Definiciones .....	14
2.2.1.2. Consideraciones de la satisfacción vital .....	15
2.2.1.2.1. Psicología positiva: marco referencial de satisfacción vital.....	16
2.2.1.2.2. Satisfacción vital: multidimensionalidad del concepto.....	17
2.2.1.3. Causas y consecuencias de la satisfacción vital .....	18
2.2.1.4. Componentes y condicionantes de la satisfacción vital individual .....	19
2.2.1.4.1. Salud .....	21
2.2.1.4.2. Personalidad: aspiraciones vitales, religión, cultura, educación, autoestima .....	21
2.2.1.4.3. Aspectos situacionales: estado civil y empleo.....	22
2.2.1.4.4. Aspectos demográficos: edad, género, etnicidad.....	23
2.2.1.4.5. Aspectos institucionales: confianza, clima, capital social.....	24
2.2.1.4.6. Aspectos económicos.....	26
2.2.1.5. Factores relacionados a la satisfacción vital del adulto mayor.....	26
2.2.1.5.1. Variables demográficas.....	26
2.2.1.5.2. Participación y soporte social.....	27
2.2.1.6. Satisfacción con la vida en el adulto mayor.....	28
2.2.1.7. Teoría de satisfacción vital .....	29
2.2.1.7.1. Teoría de la adaptación .....	29
2.2.2. Adulto mayor .....	32
2.2.2.1. Definiciones .....	32
2.2.2.1.1. Persona adulto mayor auto valente.....	33
2.2.2.1.2. Persona adulta mayor frágil .....	33

2.2.2.1.3. Persona adulta mayor dependiente o postrada.....	33
2.2.2.2. Áreas del desarrollo humano – adulto mayor.....	34
2.2.2.2.1. Área biológica o física .....	35
2.2.2.2.2. Área Psico – cognoscitiva .....	35
2.2.2.2.3. Área social – emocional.....	36
2.2.3. Calidad de vida.....	38
2.2.3.1. Definiciones .....	38
2.2.3.2. Evolución del concepto de calidad de vida.....	38
2.2.3.3. Calidad de vida relacionada con la salud.....	41
2.2.3.4. Aspectos determinantes en la definición de la calidad de vida relacionada a la salud .....	42
2.2.3.5. Diferentes enfoques teóricos de la calidad de vida relacionada a la salud.....	42
2.2.3.8. Variables universalmente aceptadas que se relacionan con la calidad de vida en las personas mayores.....	44
2.2.3.9. Elementos importantes en la calidad de vida de los adultos mayores .....	45
2.2.3.10. Evaluación de la calidad de vida en las personas mayores .....	46
2.2.3.11. Paradigmas teóricos sobre la medición de calidad de vida en personas mayores .....	47
2.2.3.12. Dimensiones de calidad de vida .....	48
2.2.3.13. Indicadores de calidad de vida .....	49
2.2.3.14. Teorías de calidad de vida.....	51
2.2.3.14.1. Teoría de Diener .....	51
<b>III. HIPÓTESIS .....</b>	<b>53</b>
<b>IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>53</b>
4.1. Tipo y nivel de la investigación .....	53
4.2. Diseño de la investigación .....	53
4.2.1. Esquema de diseño no experimental de la investigación.....	54
4.3. Población y muestra .....	55
4.3.1. Población .....	55
4.3.2. Muestra .....	56
4.4. Definición y operacionalización de variables .....	56
4.4.1. Satisfacción vital .....	56
4.4.2. Calidad de vida.....	57
4.4.3. Cuadro de operacionalización de las variables .....	58
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	59
4.5.1. Técnicas.....	59
4.5.2. Instrumentos.....	59
4.5.2.1. Escala de satisfacción vital .....	59

4.5.2.2. Escala de calidad de vida .....	61
4.6. Procedimiento de recolección de datos .....	62
4.7. Plan de análisis.....	63
4.8. Principios éticos .....	63
<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
5.1 Resultados.....	64
5.2 Análisis de resultados.....	88
<b>VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>90</b>
6.1 conclusiones.....	90
6.2 recomendaciones.....	91
<b>ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>108</b>
Anexo 01: Escala de satisfacción vital.....	108
Anexo 02: Escala de calidad de vida de olson y barnes .....	109
Anexo 03: validez y confiabilidad de la escala de satisfacción vital y calidad de vida .....	115
Anexo 04: Matriz de consistencia.....	117
Anexo 05: Consentimiento informado .....	120

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág
<b>Tabla 1:</b> Distribución de la población de los adultos mayores del caserío de Realengal - Tumbes 2016.....	55
<b>Tabla 2:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de satisfacción vital del adulto mayor del caserío de Realengal-Tumbes 2016.....	64
<b>Tabla 3:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal-Tumbes 2016... ..	65
<b>Tabla 4:</b> tabulación cruzada entre satisfacción vital y calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes 2016.....	66
<b>Tabla 5:</b> Tabulación cruzada entre la satisfacción vital y sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	68
<b>Tabla 6:</b> Tabulación cruzada entre la satisfacción vital y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	70
<b>Tabla 7:</b> Tabulación cruzada entre la calidad de vida y el sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	72
<b>Tabla 8:</b> Tabulación cruzada entre la calidad de vida y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	74
<b>Tabla 9:</b> Tabulación cruzada entre los niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo en los a adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes2016.....	76

<b>Tabla 10:</b> Tabulación cruzada entre los niveles de satisfacción vital y calidad de vida según la edad en los a adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes2016.....	80
<b>Tabla 11:</b> Prueba estadística de contrastación de hipótesis Tau - c de Kendall entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	84
<b>Tabla 12:</b> Prueba estadística de contrastación de hipótesis Tau - c de Kendall entre la satisfacción vital y la calidad de vida según el sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	85
<b>Tabla 13:</b> Prueba estadística de contrastación de hipótesis Tau - c de Kendall entre la satisfacción vital y la calidad de vida según la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	86

## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

<b>Figura 1:</b> Diagrama circular de distribución porcentual del nivel de satisfacción vital del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes 2016.....	64
<b>Figura 2:</b> Diagrama circular de distribución porcentual de la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal-Tumbes 2016.....	65
<b>Figura 3:</b> Grafico de barras de distribucion de frecuencias entre la satisfaccion vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes 2016.....	66
<b>Figura 4 :</b> Grafico de barras de distribucion de frecuencias entre la satisfaccion vital y sexo del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes 2016.....	68
<b>Figura 5:</b> Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la satisfacción vital y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	70
<b>Figura 6:</b> Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la calidad de vida y el sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	72
<b>Figura 7:</b> Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la calidad de vida y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	74
<b>Figura 8:</b> Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre satisfaccion vital y calidad de vida según el sexo en los adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....	77

**Figura 9:** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre satisfacción vital y calidad de vida según la edad en los adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.....82

## **I. INTRODUCCION**

El presente trabajo de investigación se deriva de la línea de investigación “Variables psicológicas asociadas a la pobreza material de los pobladores de los asentamientos humanos”. Veenhoven (citado por Ramírez, 2012, p. 3), evidencia que la satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. Esto es en otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP (2012) (citado en castillo 2015) a través de los 175 CEM (Centro Emergencia Mujer) atendió a 1,725 casos de adultos mayores víctimas de algún maltrato físico y/o psicológico y 48 casos de adultas mayores víctimas de violencia sexual ante este hecho el (MIMP) a través del plan nacional de personas adultas mayores 2013 – 2017 (PLANPAN 2013 – 2017), el cual ha sido formulado como servicio público descentralizado, con un enfoque de planificación por resultados para medir el mejoramiento de la calidad de vida a nivel nacional; se propone reducir a 7% la tasa de pobreza extrema en las personas adultas mayores y la participación de 150 mil personas adultas mayores en los Centros Integrales de Atención al Adulto mayor.

Según Efkliides, Kalaitzidou y Chankin (citado por polonio, 2008, p. 23) el término calidad de vida se refiere a la evaluación de las condiciones de vida de una persona, grupo o población y su valoración debe contemplar un criterio normativo (entorno físico y social, salud física y mental y sistemas de soporte disponibles) y otro subjetivo (percepción del individuo de su funcionamiento físico, psíquico, sexual y social, aspectos financieros, recreativos y vitalidad).

Los cambios físicos, producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, llevan a que se pierda paulatinamente autonomía y se amplíe su necesidad de dependencia con las consecuencias que esto implica en el entorno familiar y social, repercutiendo negativamente en la satisfacción vital del adulto mayor.

Los adultos mayores del caserío de Realengal, en un momento determinado de su vida fueron personas que con su esfuerzo, dedicación y capacidad velaron por la integridad y formación de sus hijos; hoy, que son adultos ellos esperan que los papeles se inviertan. Como sabemos los padres van envejeciendo, pierden fuerza, empiezan a tener problemas de salud y ellos, como un gesto de amor, esperan que sus hijos retribuyan y devuelvan esa dedicación y amor que ellos les brindaron.

En algunos adultos mayores del caserío de Realengal, se evidencia una adecuada calidad de vida, ya que se sienten satisfechos con su familia, su salud y amistades, sin embargo, en la mayoría de ellos se evidencia una baja calidad de vida, ya que no son felices, debido a las dolencias físicas propias de la edad, a la escasa comunicación entre los miembros de la familia; sintiéndose así excluidos por su propia familia. Muchos de ellos se ven obligados a trabajar en la agricultura para poder satisfacer sus necesidades básicas, ya que muchos viven solos, sintiéndose temerosos por su salud y sus vidas

Teniendo en cuenta lo antes mencionado se planteó el siguiente enunciado  
¿Existe relación entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal-Tumbes, 2016?

Para dar respuesta al enunciado del problema se planteó el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

Para lograr el objetivo general fueron descritos los siguientes objetivos específicos: Identificar el nivel de satisfacción vital del adulto mayor del caserío de Realengal- Tumbes, 2016; identificar el nivel de calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal- Tumbes, 2016; correlacionar la satisfacción vital y la calidad de vida según sexo y edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

Este trabajo de investigación se justifica porque permitió demostrar la relación entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016, con el fin que se pueda elaborar y aplicar estrategias de intervención psicológica, especialmente para evitar y tratar la ocurrencia de una baja satisfacción vital a consecuencia de una mala calidad de vida de los adultos mayores. En el campo teórico, se recopiló y sistematizó los sustentos teóricos, respecto a las variables de estudio; los mismos que permitirán enriquecer los conocimientos de los profesionales de la salud.

Por lo tanto; está presente investigación es pertinente y relevante porque los resultados servirán como aportes para futuras investigaciones, proporcionándoles información precisa y verás con el fin de incentivar la innovación de estrategias de salud mental y apoyo emocional

En el presente estudio se utilizó una investigación de tipo descriptiva correlacional, de nivel cuantitativo, con un diseño no experimental transversal. La

población estuvo constituida por 101 adultos mayores de ambos sexos y de diferentes edades, a quienes se les aplicaron la escala de satisfacción vital y la escala de calidad de vida.

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, debido a que los sujetos estaban disponibles y en base a un conocimiento previo de la población se tomó como muestra al total de la población: 101 adultos mayores.

En el procesamiento de los datos se utilizó la estadística descriptiva, cuyos resultados se ilustrarán mediante tablas de distribución de frecuencia y porcentuales de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos figuras. El nivel de significancia establecido fue de  $p < 0.05$  lo cual significó trabajar con un 95% de confianza y 5% error estándar, para contrastar la hipótesis se usa la prueba no paramétrica de Tau-c de Kendall. Obteniéndose los siguientes resultados: el 60.4% de adultos mayores se ubican en el nivel alto de satisfacción vital y el 88.1% en el nivel más o menos satisfecho de calidad de vida. Se concluye que no existe relación entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1. Antecedentes.

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Ramírez y Lee (2013)** realizaron una investigación denominada “Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años”. Tuvo como objetivo general determinar la importancia e influencia de las variables sociodemográficas en los índices de satisfacción vital en adultos mayores.

Se utilizó un diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo constituida por 122 personas mayores de 60 años de la ciudad de Arica. Los resultados evidenciaron que los hombres obtuvieron mayores niveles de satisfacción vital que las mujeres, asimismo las personas casadas mostraron mayores niveles de satisfacción vital que las personas viudas. Se concluye que la población total hombres o mujeres, viudos o casados se ubican como ligeramente satisfechos.

**Corugedo (2013)** realizó una investigación en Cuba, denominada “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces”. El objetivo fue caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del hogar de ancianos del Municipio Cruces. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013. El universo estuvo constituido por los 28 ancianos. Se llegó a los siguientes resultados: los ancianos perciben una baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. El 82 % de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica.

**Vázquez, Duque y Hervas (2012)** en su investigación denominada “Escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos” con el objetivo de analizar las diferencias en la puntuación de la SWLS en función del sexo y la edad, así como la educación y situación laboral. La muestra estuvo compuesta por un total de 2964 adultos españoles. El rango de edad de los participantes iba desde los 21 a los 69 años, con una media de 42.39. Se trabajó con el cuestionario de satisfacción con la vida SWLS. Es una escala de satisfacción vital compuesta por 5 ítems. Se obtuvo los siguientes resultados: No existe relación significativa de la edad y el sexo con las puntuaciones de la SWLS lo que confirma el patrón de resultados normalmente hallado.

**Puig, Rodríguez, Farras y Lluch (2011)** realizaron una investigación en España denominada “Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria” su objetivo fue detectar los elementos que participan en la calidad de vida de las personas mayores de 75 años que reciben cuidados domiciliarios. La muestra fue de 26 personas con un promedio de edad de 84,5 años. Se obtuvo los siguientes resultados: las mujeres, perciben mejor calidad de vida que los hombres, sin embargo la existencia de más mujeres en la muestra puede producir sesgos en dichos resultados.

**Arellano (2011)** realizó una investigación titulada “Percepciones negativas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores - Chile. Tuvo como objetivo describir las percepciones de los adultos mayores del programa especial de

vivienda de la región metropolitana sobre las características que influyen en la calidad de vida. El método utilizado fue experimental, transaccional; la muestra estuvo conformada por 300 Adultos Mayores. De los resultados concluyó que en relación a la dimensión calidad de vida, se logró identificar que un 47% de los Adultos Mayores sienten que tienen una mala calidad de vida, 46% regular y 6% buena.

**Dueñas, Bayarre , Álvarez, Rodríguez (2009)** realizaron una investigación en la ciudad de habana titulada “Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas” con el objetivo de describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general, y su relación con variables seleccionadas en adultos mayores, Se utilizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 108 559 adultos mayores, de los que se seleccionó una muestra de 741, por muestreo estratificado polietápico. Los resultados indican que la calidad de vida percibida es baja, que constituyó el 43,3 % de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se incrementa la edad ( $p=0,000$ ) y disminuye la escolaridad ( $p=0,000$ ).

No hubo diferencias por sexo ( $p=0,343$ ) ni por estado conyugal ( $p=0,123$ ). La conclusión es el predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.

**Maldonado y Mendiola, (2009)** realizaron un estudio sobre: Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores de la ciudad victoria,

Tamaulipas, México. Para optar el pregrado; cuyo objetivo fue conocer la calidad de vida auto percibida de los adultos mayores. El método utilizado fue un estudio descriptivo de corte transversal. La prueba piloto estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad. El instrumento que se utilizó para valorar la variable calidad de vida fue el MGI validado en Cuba. Se concluyó: “Los adultos mayores de esta población presentaron baja calidad de vida. Los adultos mayores específicamente en edades entre los 60 a 70 años presentan calidad de vida baja. Las mujeres presentaron calidad de vida más alta que los hombres, posiblemente porque el envejecimiento fue percibido por el hombre como más negativo.

**Peña, Terán, Moreno y Bazán (2009)** realizaron un estudio en México sobre: “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE” con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor. El método utilizado fue descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes adscritos a la Clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE, con promedio de edad de 72 años. El instrumento fue el cuestionario breve de la calidad de vida, la técnica fue la encuesta. Se concluyó: “El 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular. La percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales.

**Gonzales (2006)** realizó una investigación con el nombre de “calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad

de México” En el estudio participaron de manera voluntaria, consentida e informada 194 personas entre 60 y 88 años de edad, con una edad promedio de 71 años. El objetivo de la investigación fue describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en 194 ancianos. Los resultados muestran que el 63,9% padece alguna enfermedad, principalmente crónico-degenerativa (53,9%). La calidad de vida fue significativamente diferente para los enfermos vs no enfermos ( $t = -4,38$ , g.l. = 184,  $p < 0,000$ ), no así para el tipo de enfermedad, problemas reportados, ni para el nivel de afrontamiento. Se concluye que la calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar esta última.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Tello (2015)** realizó una investigación llamada. Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del Minsa, Lima, cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del MINSA, el método utilizado fue un estudio descriptivo, de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo conformada por 108 adultos mayores. La autora concluyó: El nivel de satisfacción del adulto mayor es de “satisfecho” con respecto al tipo de funcionamiento familiar ya que la familia ocupa un valor importante en la vida del adulto mayor sobre todo en el desarrollo de su satisfacción como persona logrando así una mayor integración con sus miembros y entorno familiar. Con respecto al tipo de funcionamiento familiar de adultos

mayores se evidencia una “funcionalidad moderada” ya que la familia es apoyo vital para sus miembros, esto se debe a que si una familia está bien constituida en lo que respecta a funcionalidad e integración entonces se tendrá una mayor satisfacción de sus integrantes, en este caso del adulto mayor.

**Rodríguez, (2014)** realizó un estudio sobre: El grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso Miramar, Trujillo - Perú, para optar el Pregrado de enfermería en la universidad privada Antenor Orrego. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. El método utilizado fue un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra utilizada estuvo conformada por 65 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, que fueron encuestados para identificar el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida. Las conclusiones a las que se arribó fueron: Se encontró que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% grado de apoyo familiar bajo. El 36,92% de adultos mayores hipertensos tuvieron un nivel de calidad de vida bueno; el 44,61% regular y el 18,47% presentaron nivel de calidad de vida deficiente. Se encontró que los adultos mayores hipertensos no evidencian una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida, demostrándose que no existe una correlación bilateral significativa entre ambas variables.

**López y Rodríguez (2012)** realizaron el presente estudio en titulado: “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital II 2 Minsa- Tarapoto. Periodo junio - julio 2012; la muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 30 pacientes adultos mayores, La edad mínima es de 61 años y la máxima de 82 años. El objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital II 2 Minsa- Tarapoto. Periodo Junio - Julio 2012. El diseño metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizó como instrumento la encuesta. En la cual se utilizará como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la escala. Las conclusiones en el presente estudio fueron: El paciente adulto mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción ALTO sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HII2 Minsa - Tarapoto.

**Fenco (2010)** hizo una investigación en lima con el nombre de “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2010” tuvo como objetivo general determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor. La muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico intencional, la cual estuvo conformada por 50 pacientes. El estudio de investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, Los resultados fueron que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue regular. En cuanto a la dimensión física muestran una autopercepción regular ya que realizan actividades diarias, tienen poca dificultad

para cuidar de sí mismos, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño.

**Zavala (2009)** realizó en lima un estudio sobre el “nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo en el 2009”, tiene como objetivo determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del HNDM en el 2009. La muestra considerada estuvo conformada por 60 pacientes adultos mayores. Para el efecto de la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista; con el objetivo de obtener información acerca del “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo”. Dando las conclusiones en el presente estudio fueron: El paciente adulto mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HNDM, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación.

**Del Risco (2007)** realizo una investigación en lima con el nombre de soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten al programa para el adulto mayor la muestra está compuesta por 43 adultos mayores cuyas edades fluctúan entre los 65 y 83 años de edad (M=70), Su objetivo es analizar la relación entre la satisfacción vital y el soporte social en un grupo de

adultos mayores que participan en un programa de actividades llevado a cabo por el municipio de un distrito de nivel socioeconómico medio de la ciudad de Lima. Esta investigación es de tipo correlacional. Los resultados que se muestran indican que el nivel de satisfacción con la vida correlaciona significativamente con el tamaño de la red efectiva (soporte recibido), más no con la red de soporte percibido. Esto indica que el soporte social tiene un impacto positivo en los adultos mayores cuando se hace concreto, por lo que a mayor registro de ayuda recibida, se encuentra una mayor sensación de satisfacción con la vida.

### **2.1.3. Antecedentes Locales**

**Landaveri (2014)** realizó una investigación titulada relación entre la satisfacción vital y el rendimiento académico promedio de los estudiantes de 5° año de nivel secundario de la institución educativa “7 de enero” del distrito de corrales – tumbes, 2014 para optar la licenciatura en psicología. La investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la satisfacción vital y el rendimiento académico promedio en los estudiantes del 5° año de nivel secundario de la institución educativa “7 de Enero”. La población está conformada por 108 estudiantes de ambos sexos. Los resultados fueron que un 76,2% se ubican en la categoría muy alto, alto y promedio. Resultado que estaría indicando que en su mayoría aprecian y valoran su vida alcanzada. Sin embargo también se encontró en los estudiantes un porcentaje acumulado de 23,8 % del nivel bajo a muy bajo la cual indica que los estudiantes reflejan poca apreciación de lo logrado, disconformidad de la vida que llevan y en la forma en que la llevan. También se analizó los niveles de

rendimiento académico obtenido por los estudiantes, hallándose que la mayoría de estudiantes (54.8%) se ubica en el tipo regular.

**Guerrero y Román. (2012)** realizaron una investigación titulada factores socio demográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores del instituto nacional de bienestar, tumbes 2012. Para optar el pregrado en enfermería. Cuyo objetivo fue determinar los factores socio demográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores del instituto nacional de bienestar, tumbes 2012. La metodología fue cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal. La muestra estuvo conformado por todos los adultos mayores que integran el instituto nacional de bienestar. Los autores concluyeron: Que la mayoría de los adultos mayores cuentan con vivienda propia, pero más no con un hogar que les prodigue la atención y la dedicación que ellos necesitan, por lo cual ahora se encuentran asistiendo a INABIF donde encuentran estas atenciones.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Satisfacción vital**

#### **2.2.1.1. Definiciones**

Veenhoven (citado por Ramírez, 2013, p. 3) “evidencia que la satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. Esto es en otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva”.

Este aspecto sería fundamental en las personas que ya han avanzado por diferentes etapas de su vida, de ahí el interés del estudio en centrarse en un segmento

específico de la población y determinar los factores que influyen en la evaluación que las personas mayores de 60 años hacen de su vida, precisando las variables que intervienen en la percepción de su satisfacción vital, desde la perspectiva de las variables sociodemográfica, siendo este el primer objetivo de este estudio.

Díaz y Sánchez (citado por Ramírez, 2012, p. 3) “señalan que la satisfacción es entendida como una representación cognitiva resultado de cómo la persona interpreta la satisfacción en diferentes dominios de su vida”. “El concepto de satisfacción vital refleja una valoración sobre la propia vida que se basa en un proceso de comparación con un criterio establecido subjetivamente” Shin y Johnson, (citado por Vásquez, duque, Hervas, 2012, p. 5).

#### **2.2.1.2. Consideraciones de la satisfacción vital**

Atienza, Pons, Balaguer, García, Merita. (citado por Landaveri, 2014, p. 16) refiere que “las personas que evidencian una alta satisfacción con la vida poseerían una adecuada salud mental, ausente de estrés, depresión, afectos negativos o ansiedad”.

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. Este concepto de bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones. En el presente estudio vamos a ocuparnos del componente cognitivo del bienestar subjetivo.

“La satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas” Diener et al, (citado por Landaveri, 2014, p. 17) basándose en esta definición teórica y puesto que los instrumentos que se habían desarrollado hasta el momento, o constaban de un único ítem, o sólo eran apropiados para poblaciones de la tercera edad, o incluían otros factores además de la satisfacción con la vida, Diener et al. (1985) crearon una escala multi-ítem para medir la satisfacción vital.

#### **2.2.1.2.1. Psicología Positiva: marco referencial de Satisfacción Vital**

Psicología positiva surgió hace algunos años gracias al impulso decisivo del Prof. Martín Seligman de la universidad de Pennsylvania. Este enfoque se caracteriza por estudiar los aspectos más positivos del ser humano. Entre sus objetivos están el estudio de las bases psicológicas del bienestar y la felicidad, los rasgos que nos permiten superar con éxito situaciones vitales difíciles, o la aplicación de estrategias efectivas para potenciar cualidades positivas como el optimismo, la satisfacción vital o las emociones positivas en nuestras vidas.

Una de las aplicaciones más interesantes de la psicología positiva es que empezamos a conocer algunos factores que nos indican de forma tentativa algunas vías hacia la felicidad. Por ejemplo, sabemos que los aspectos interpersonales juegan un papel fundamental; de hecho, en la mayoría de los estudios aparece como el predictor más importante del bienestar. Parece, por tanto, que invertir tiempo y esfuerzo en construir una red de relaciones sanas y con un alto grado de intimidad y confianza es una de las vías más seguras hacia el bienestar.

#### **2.2.1.2.2. Satisfacción vital: multidimensionalidad del concepto**

Warner (citado por Orozco, 2014, p. 11) concluyó en “sus trabajos que el concepto de una persona esencialmente feliz respondía al perfil de un individuo joven, con buena salud y educación, con ingresos económicos relativamente estables, de un carácter extrovertido y tendencialmente optimista”, sin grandes preocupaciones en su vida cotidiana, con credo religioso, casado, con elevada autoestima, moral de trabajo interiorizada, aspiraciones modestas en general, pudiendo ser mujer u hombre y presentar diversos grados de inteligencia.

Esta definición, si bien aparentemente puede resultar simplista y evidente por el resultado presentado, muestra los primeros pasos que se empezaron a dar en la economía de la felicidad, a partir de escasos datos. Igualmente, nos da una idea de la inmensidad de variables que se encuentran tras este concepto. De todos los elementos que, en una u otra fase, entran en juego en este entramado de conceptos, la relación entre el ingreso económico y la satisfacción vital está en el origen. El ingreso se entiende como aglutinador del consumo, y la relación entre la capacidad de adquisición de bienes de diversa índole y el incremento de la felicidad parece poco cuestionable en una sociedad orientada al consumo como máxima a través de los sistemas capitalistas, aún hoy imperantes.

En su trabajo sobre el bienestar subjetivo, el ingreso, el desarrollo económico y el crecimiento, Sacks, Stevenson, Wolfers y otros (citado por Orozco, 2014, p. 14) exploran que:

Las relaciones entre la satisfacción vital individual y el ingreso percibido por los individuos a través de una serie de análisis y comparaciones: dentro de un mismo

país, entre países para un periodo de tiempo concreto y en relación a los parámetros de crecimiento de un país en el tiempo.

### **2.2.1.3. Causas y consecuencias de la satisfacción vital**

Frente a las variables o factores determinantes de la satisfacción vital, Díaz y Sánchez (citado por Ramírez, 2013, p. 4) señalan que “no aparecen relaciones causa-efecto claras, sino más bien modelos que dan cuenta de relaciones bidireccionales y circulares entre la satisfacción con la vida en general y la satisfacción con diferentes áreas vitales”. Castro y Sánchez (2000) afirman que “no es posible establecer fehacientemente qué es causa y qué es consecuencia del bienestar, las investigaciones en el terreno de la satisfacción, en su mayor parte, han recabado datos transversalmente y han establecidos las correlaciones entre ellos”. Frente a esto los autores explican la existencia de dos teorías contrapuestas:

La primera denominada Botton Up que consiste en que las variables frecuentemente tratadas en los estudios sobre la satisfacción (acontecimientos del ciclo vital, áreas vitales, estándares de referencia, expectativas, aspiraciones, etc.) son las responsables de la satisfacción de la vida como un todo. Así la satisfacción se entiende como una sumatoria de estas variables, siendo el resultado de haber tenido muchos momentos felices en la vida. Frente a esto se puede señalar que los aspectos fundamentales de esta teoría pasan por sucesos y aspectos contextuales que aportan en los niveles de la satisfacción vital de las personas.

Una segunda teoría que intenta explicar el fenómeno, denominada Top Down, completamente opuesta a la anterior, ya que supone que el bienestar general de las personas es el responsable de las otras variables comentadas. El bienestar es una

disposición general de la personalidad y tiene una característica estable en la vida de las personas. Esto implica que existen personas “felices” y que este sentir lo trasladan a sus diferentes esferas de vida y de esto surge la satisfacción en su quehacer. Para el desarrollo del conjunto de este estudio, tiene como sustento a la primera teoría, ya que pretende estudiar y medir cómo diferentes variables de contexto aportan en los índices de satisfacción vital a través del ciclo vital, de esta forma en particular se exploran cómo variables sociodemográficas, explican y logran diferenciar la satisfacción vital de personas mayores de 60 años.

#### **2.2.1.4. Componentes y condicionantes de la satisfacción vital individual**

Okun y otros., (citado por Orozco, 2014, p. 19) “la satisfacción vital individual está enmarcada en el campo de la economía de la felicidad, y siendo un componente esencial del bienestar de un individuo y el colectivo al que pertenece, o del que se siente formar parte”. Se verá afectada por múltiples factores: el estado civil, la edad, el género, la educación, la salud, el tener hijos o no tenerlos, la presencia o no de un ingreso económico, etc. Serán por tanto numerosos sus componentes, y los factores que condicionarán las percepciones subjetivas acerca de la satisfacción con la vida. En términos generales los determinantes esenciales de la satisfacción vital individual pueden enmarcarse en varias categorías:

-Se debe partir de un hecho indiscutible y necesario para poder valorar cualquier progreso en la vida como es la salud.

-La personalidad de cada individuo, a su vez, presentará valores diferentes según el carácter de tendencia más positiva o negativa, es decir actitudes más

optimistas o pesimistas. También hay espacio para los determinantes situacionales, que nos hablan de aspectos como el estado civil.

-Los valores demográficos encuentran espacio en los análisis, siendo el peso del género y la edad los elementos fundamentales, pero no los únicos.

-Surgen también los elementos de carácter institucional, que pueden encontrarse vinculados a cuestiones ideológicas del propio individuo, ligados o no, a los regímenes que gobiernan el entorno normativo que les rodea.

-Los aspectos de naturaleza social, interrelacionados con unos y otros valores, las características y condiciones que conforman tanto los individuos como los colectivos y estructuras sociales, afectarán en tanto que condicionantes de los seres humanos, a sus percepciones de bienestar.

-Parece haber espacio para determinantes ambientales, siendo el clima y los cambios que este puede ir sufriendo a lo largo del tiempo, por unos u otros motivos, los valores fundamentales que pueden estar relacionados con la percepción de la satisfacción que cada uno presenta.

-Junto a todos ellos, sin duda, la situación económica será un determinante esencial en el constructo de la felicidad percibida. Esta podrá leerse desde diversas perspectivas, y en todas ellas el ingreso constituirá el núcleo. A continuación se analiza más en detalle cada uno de estos factores.

#### **2.2.1.4.1. Salud**

Okun y al., (citado por Orozco, 2014, p. 20) refiere que:

La salud es el factor fundamental tanto lo es que de hecho cuando una enfermedad se presenta, hasta un notable incremento en términos de ingreso económico no resulta suficiente para compensar el cambio que supone en la vida de las personas.

Esta aseveración no tiene por qué entrar en discusión tampoco con aquellas que ofrece la economía de la felicidad, y que indican que un individuo puede recuperar índices de felicidad incluso mayores a los que tenía anteriormente en su vida, inclusive después de sufrir accidentes de graves consecuencias.

Sin duda, el valor de la salud es esencial a todas luces y podrá ser analizado desde diversas perspectivas. La salud, tanto en su aspecto más material, la salud física, como la menos tangible y psicológica, guarda una estrecha relación con la satisfacción vital por la propia naturaleza de la vida. Sin ella, no hay opción de plantear siquiera la valoración de la felicidad o de la satisfacción con la vida.

#### **2.2.1.4.2. Personalidad: aspiraciones vitales, religión, cultura, educación, autoestima**

Diener y otros (citado por Orozco, 2014, p. 21) refiere que:

En relación a los condicionantes vinculados a la personalidad, y desde la perspectiva de la psicología social las diferentes motivaciones y aspiraciones vitales pueden afectar al grado de satisfacción con la vida por tanto las diferentes

preferencias y resultados esperados a partir de las situaciones y decisiones personales de cada individuo pueden llevar a escenarios muy diferentes.

En términos genéricos, una valoración más positiva y optimista suele acompañar índices de satisfacción más elevados, y en consecuencia la actitud negativa y pesimista presentará mayores dificultades para mejorar esos índices. Esta es una de las muestras que apunta a que al valorar los efectos de las variables económicas en la satisfacción vital individual, deberán tenerse en cuenta otros valores o determinantes que no están definidos en términos monetarios.

En este ámbito entra en juego la cuestión acerca de los propios valores con los que cada individuo imbuje su personalidad, de manera más o menos independiente. Los criterios que guíen la conducta de cada uno, la pérdida de ellos en algunos casos, incluso cuestiones tan profundas como la pérdida explícita de pautas de conducta en los entornos globalmente más enriquecidos frente a los valores más arraigados de aquellos más empobrecidos de manera crónica por la historia, serán de enorme interés para evaluar las diferentes percepciones de satisfacción vital.

#### **2.2.1.4.3. Aspectos situacionales: estado civil y empleo**

Los determinantes situacionales encuentran en el estado civil y entramado familiar del individuo el elemento aglutinador esencial, y es unánime la literatura que apunta a que aquellos que están unidos de algún modo -casados o simplemente a través de la convivencia en pareja-, presentan mayores índices de satisfacción para con sus vidas. El estar solo frente a la vida parece ser a priori menos deseable para alcanzar niveles de satisfacción vital óptimos.

Esta afirmación se encuentra reforzada por constataciones relativas a hechos como el practicar sexo de manera regular, que se ha asociado a mayores índices de felicidad, que se ven inclusive aumentados cuando es con la misma persona. La valoración de cómo afecta el estado civil a la satisfacción vital es compleja. Pero parece difícil valorar estos aspectos, sin considerar cuestiones tanto demográficas como institucionales.

La fuerza del entramado familiar entendido como el conjunto de vínculos familiares demuestra una notable solidez en el equilibrio emocional y afectivo de los individuos. En relación a esta cuestión, la valoración acerca del hecho de tener o no hijos en la familia, y la conexión con la felicidad, no muestra resultados coincidentes en según qué entornos y medidas se empleen. Existen por tanto evidencias en los estudios, acerca de que en términos generales las personas que conviven con una pareja experimentan mayores índices de satisfacción vital, frente a aquellas que lo hacen en soledad, es decir, no conviven.

#### **2.2.1.4.4. Aspectos demográficos: edad, género, etnicidad**

La edad es uno de los componentes tradicionales a considerar en el dominio demográfico. Los resultados empíricos de la gran mayoría de estudios han ido confirmando que se experimentan momentos de mayor felicidad en la etapa de la juventud y en la edad adulta, siendo el valle intermedio de la mediana edad, la franja más proclive a presentar índices de felicidad más bajos.

No obstante, esta apreciación no debe escapar al hecho de que la clasificación por edades en términos de felicidad, estará condicionada a su vez por la multitud de variables que condicionarán las vidas individuales en las distintas etapas de la vida.

Por tanto, la relación de la edad con la satisfacción vital, no presentará la contundencia de otras variables analizadas. No obstante, la edad media parece presentar una relación generalmente negativa con los índices de bienestar percibido.

El análisis del género como determinante de la satisfacción vital parte de una situación crónica y desigual. Esta desigualdad paradigmática de la sociedad patriarcal, resulta un factor arraigado en la historia y que no ha permitido evaluar al hombre y a la mujer en igualdad de condiciones. Por ello, la valoración de la felicidad inmigrante de hombres y mujeres podrá ser enormemente diversa.

El concepto de etnicidad englobaría no solo la etnia de los individuos, sino circunstancias específicas y no asociadas a rasgos físicos, como la lengua que hablen, asociada al colectivo al que pertenecen. Estas circunstancias podrán determinar unas y otras conductas en las mayorías dominantes en las sociedades. Resultado de estas posibles relaciones, surgen algunos estudios, que apuntan a cómo en los Estados Unidos, los individuos de raza blanca presentan mayores índices de felicidad que los afroamericanos. No obstante, si bien para el caso estadounidense podría encontrarse una justificación histórica y tangible sobre el hecho de que la raza blanca mayoritariamente dominante sea más feliz, parece que hay etnias más felices que otras.

#### **2.2.1.4.5. Aspectos institucionales: confianza, clima, capital social**

En la órbita institucional, Bohnke (citado por Orozco, 2014, p. 26) “factores como la ideología o el entorno serán esenciales, y dentro de ellas emerge la cuestión de la confianza”. Tanto la confianza, que un individuo percibe en las instituciones que le rodean -o de las que en una u otra medida depende-, como la que afecta a la

toma de decisiones de su vida –individuales o colectivas–, estarán íntimamente relacionadas con la satisfacción vital.

La conexión de la ideología con la satisfacción, se ha venido trabajando y en algún caso traduciendo en el análisis de la relación de la confianza ambiental e institucional. En este sentido, se han llegado a sustentar posiciones que encuentran componentes de valor para el análisis. Tal es el caso de la idea de racionalidad respecto a las desigualdades sociales, que se convierte en un factor explicativo de porqué unas ideologías más conservadoras presentan mayores índices de felicidad, respecto a posiciones más progresistas.

El clima, y los cambios generados por el mismo, podrán alterar la valoración de la satisfacción vital de los individuos en términos generales, ya que las capacidades de adaptación que presentarán unos y otros, no serán idénticas, e incluso valores como la salud o la apreciación o no de situaciones de riesgo podrán entrar a valorarse en ámbitos climáticos.

El capital social, como aspecto institucional conformado por diversas dimensiones, resulta un elemento de esencial relevancia en tanto que componente y condicionante de la satisfacción vital de los individuos y grupos. El concepto de capital social hace referencia en términos generales al valor que reside en la cooperación entre individuos y colectivos en el desarrollo de sus vidas. Sobre su importancia en términos de medición de la felicidad se está trabajando en los últimos tiempos, ensalzando la atención que debe mostrarse sobre el mismo.

#### **2.2.1.4.6. Aspectos económicos**

Sen (citado por Orozco, 2014, p. 29) *“afirma que los análisis económicos de los comportamientos humanos han tendido mayoritariamente a valorar o cuantificar la satisfacción vital en términos de consumo de bienes y servicios, a partir de una determinada concepción del desarrollo ligado al comportamiento humano”*.

Esta concepción que poco tenía que ver con las aproximaciones del desarrollo humano (Sen, 1999) a pesar de continuar siendo un factor esencial y coherente desde la perspectiva económica, se ha ido demostrando insuficiente con el paso del tiempo.

En conexión con la nueva concepción de desarrollo no solo centrada en el aumento de la riqueza tangible en términos económicos, y sí más preocupada por el incremento de riqueza de la propia vida humana, se convierte en necesaria una mayor y creciente atención sobre aspectos menos tangibles, cuya naturaleza resulta esencialmente subjetiva.

#### **2.2.1.5. Factores relacionados a la satisfacción vital del adulto mayor**

##### **2.2.1.5.1. Variables demográficas**

En primer lugar, en cuanto a la edad, los resultados del estudio de Alarcón en el indicaron que la satisfacción de vida no declina con el paso de los años. Incluso, se encontró que los adultos de 50 y 60 años mostraron mayores niveles de bienestar que los menores. Según el autor, estos resultados son importantes pues indican que si bien el adulto mayor debe afrontar muchos cambios durante el proceso de envejecimiento, ello no reduce necesariamente sus niveles de satisfacción. Esto encuentra relación con los hallazgos de Martínez quien encontró que los adultos

mayores se encuentran satisfechos con la vida, incluso por encima de adolescentes y adultos jóvenes.

En cuanto al ámbito de la salud, se ha indicado que el estado de salud “objetivo”, indicado por un médico por ejemplo, no encuentra relación significativa con la satisfacción de vida global, incluso en el caso de los adultos mayores. En relación a esto, Diener, Sapyta y Suh (citado por Tello, 2015, p. 41) señalan que durante el proceso de envejecimiento los individuos pueden sentirse felices a pesar de presentar serias discapacidades físicas.

En cuanto a la situación laboral, si bien se ha encontrado que la jubilación implica un cambio importante en la vida de los adultos mayores y puede disminuir su nivel de bienestar subjetivo, aquellos que experimentan un mayor apoyo de sus redes sociales tienden a poder disfrutar más de sus tiempos libres, lo cual conduce a una mayor satisfacción con la vida.

#### **2.2.1.5.2. Participación y Soporte Social**

En cuanto a la participación social, se ha encontrado que esta se asocia con el proceso de envejecimiento satisfactorio y la satisfacción vital Bowling y Farquhart. Cuando esto no sucede (cuando se tienen pocos contactos o se está inactivo la mayor parte del tiempo), las personas pueden sentirse solitarias y ver la vida desde una perspectiva más negativa. Dentro de la misma línea, encontraron que durante la etapa de envejecimiento, la interacción social y las actividades de ocio tales como asistir a clubes recreacionales estaban relacionados a una mayor satisfacción vital. Los hallazgos de Harlow y Cantor (1996) (citado por Tello, 2015, p. 43) “Apuntan en la misma dirección e indican además que la participación social es una variable importante sobre todo para los jubilados en relación a sus niveles de satisfacción”.

Asimismo, y como se planteó previamente, se ha encontrado que el soporte social emocional brindado por los amigos resulta muy importante para el bienestar de los adultos mayores. Además, los amigos brindan una sensación de continuidad entre el pasado y el presente y resultan un elemento importante en el proceso de adaptación exitosa en la vejez. Así, si bien durante la vejez el contacto con amigos va disminuyendo, se ha argumentado que el efecto positivo del soporte brindado por la amistad permanecía estable incluso a edades muy avanzadas.

Ahora bien, cabe resaltar que si bien se ha enfatizado la relación positiva entre el soporte emocional y la satisfacción de vida, Krause (2004) indicó que esta relación dependía de la edad del adulto mayor. Así, a partir de su investigación, donde también estudió la relación entre soporte social y los efectos traumáticos, encontró que el soporte emocional generaba una mayor satisfacción vital a partir de los 75 años hasta los 85, lo cual no sucedía ni antes (67-74), ni después (85 a más). A partir de todo esto se ha podido constatar que durante el envejecimiento, la participación social activa y el soporte social son elementos cruciales para una óptima adaptación, así como para incrementar los niveles de satisfacción vital de los adultos mayores.

#### **2.2.1.6. Satisfacción con la vida en el adulto mayor**

Desde hace muchos años atrás, y en especial durante la última década, numerosos autores y estudiosos se han preguntado acerca del significado de la “buena vida” y de lo que ésta constituye. Además de la inteligencia, las buenas condiciones económicas, el placer y la facultad para querer a los demás, se ha identificado que una característica importante. Diener, Casullo (citado por Del Risco,

2007, p. 28) refiere que la “calidad de vida es la capacidad que tiene cada individuo para pensar que está llevando una buena vida o que ésta vale la pena. Esta perspectiva es conocida como el “bienestar subjetivo”, constructo que ha sido coloquialmente llamado felicidad”.

De otro lado, resulta importante destacar que la satisfacción con la vida puede ser de dos tipos: global o por dominios. La primera se refiere a la satisfacción que el individuo tiene acerca de toda su vida, mientras la segunda se refiere a la satisfacción que tiene en los aspectos específicos de la misma, tales como el trabajo, la salud, la relación con sus familiares, etc. Si bien se ha llegado a un consenso acerca de la importancia de cada uno de estos componentes, es probable que cada persona le asigne un peso distinto a cada uno en base a sus propios criterios. Por tanto, al querer conocer la satisfacción de vida de un grupo de individuos, resulta más beneficioso evaluar el juicio global que estos hacen acerca de su vida en vez de aquel que puedan tener en cada uno de los dominios específicos previamente mencionados

#### **2.2.1.7. Teoría de satisfacción vital**

##### **2.2.1.7.1. Teoría de la adaptación**

MYER 1992. (citado por Castro, 2009, p. 50) esta teorías considera que la “adaptación es la clave para entender la felicidad ante el impacto de eventos altamente estresantes las personas simplemente se adaptan y vuelven a su nivel de bienestar previo”. Coates y lanoff- bulman (1978) evaluaron un grupo de personas que habían ganado una suma de dinero en la lotería; al poco tiempo del suceso este grupo experimento un aumento de en su nivel de bienestar pero algo más tarde, el

nivel de bienestar volvió a su línea de base. En otro estudio, Allman verificó que personas confinadas a vivir en sillas de ruedas, contrariamente a lo que podría suponerse, no registraban un menor nivel de satisfacción comparadas con su grupo control. En la misma línea se encontraban los niveles de satisfacción de personas que tenían severas discapacidades motoras como consecuencia de lesiones medulares (SILVER, 1982).

El autor verificó que estas personas, al tiempo de tener el accidente que había ocasionado la lesión, volvían a estar tan satisfechas con sus vidas como en el período anterior al suceso. Esta teoría se basa en un modelo automático de la habituación en el cual los sistemas reaccionan a las desviaciones del nivel de adaptación actual. Estos procesos automáticos de habituación son adaptativos porque permiten que el impacto del evento simplemente se diluya. Por lo tanto, las fuentes de recursos personales permanecen libres para poder hacer frente a los nuevos estímulos que requiere atención rápida, Fredrick y Kewenstein 1999, La idea de que las personas son relativamente estables en su bienestar y que éste no es demasiado sensible a las circunstancias cambiantes del entorno –especialmente las desfavorables resulta altamente atractiva.

Así mismo estarían explicando las pocas diferencias existentes en el bienestar percibido de personas con muchos recursos personales y de otras con problemas severos. La evidencia empírica de que las condiciones externas no explican el bienestar considerable soporta a esta teoría. Tanto el ganar más dinero, el atractivo físico o las condiciones objetivas de salud explican alrededor de un 15% en la varianza del bienestar (Diener Lucas y socollón 2006). Algunas correcciones originales al modelo de la adaptación consideran que las personas no retornan

exactamente a un nivel neutral, si no que este nivel bienestar previo es generalmente positivo. Este nivel previo varía considerablemente según los individuos, y las diferencias interindividuales se deben principalmente al temperamento y a la personalidad.

Este set-point en términos generales es regulable en función de los eventos vitales de las personas y varía según como sea evaluado el bienestar, si a nivel de los componentes de afecto positivo y negativo o como una evaluación de la satisfacción global con la vida, en términos generales, el efecto negativo tiende a ser más estable que el positivo. Las investigaciones más recientes demuestran que las personas no se adaptan a todas las circunstancias que les toca vivir. Por ejemplo, estudios hechos en naciones más y menos desarrolladas verificaron diferencias en los niveles de bienestar percibido a favor de las naciones más ricas. Generalmente aquellos países que no tenían satisfechas sus necesidades básicas registraban menor bienestar, siendo éste un indicador de que las personas no se terminan de adaptar a las circunstancias muy desfavorables.

Si bien los set-points varían según las personas, éste puede registrar una variación en función de un evento vital de alto impacto. Según las investigaciones, aquellos eventos que afectan más los niveles basales de bienestar de las personas son el haber perdido un esposo/a y el haber sido despedido del empleo. En otro estudio (Lucas 2005), estudio personas con discapacidades severas de nacimiento y en todos los casos encontró niveles de bienestar inferiores a los de la población normal. Todos los casos encontraron niveles de bienestar inferiores a los de la población normal.

## **2.2.2. Adulto mayor**

### **2.2.2.1. Definiciones**

#### **Cambios y proceso de envejecimiento**

Neugarten (citado por Del Risco, 2007, p. 9) refieren que la “adulthood mayor constituye la última etapa del ciclo vital e implica una serie de cambios biológicos, cognitivos y sociales a los que el adulto mayor deberá adaptarse poco a poco”. Si bien comúnmente se ha tendido a situar a todos aquellos mayores de 65 años bajo la única categoría de “adulto mayor”, “resaltaron la importancia de dividir a la vejez en dos sub etapas, viejos jóvenes (55 a 85 años) y viejos (mayores de 85 años)”, siendo los primeros los que gozan de buena salud y se encuentran integrados a su familia y comunidad. Sin embargo, otros argumentan que esta división es fundamentalmente práctica, pues en realidad las etapas no están claramente delimitadas, pudiendo incluso sobreponerse una sobre otra.

Otra manera de entender el proceso de envejecimiento es distinguir entre el envejecimiento primario, secundario y terciario. El envejecimiento primario, también conocido como “envejecimiento normal”, constituye todos aquellos cambios que van produciéndose con el paso del tiempo y que no pueden ser evitados, tal como la pérdida de la agudeza visual. El envejecimiento secundario es un proceso que atañe a casi todas las personas, pero no es universal ni irreversible, siendo el resultado de un proceso de vida que involucra la enfermedad o los malos hábitos de salud. Finalmente, el envejecimiento terciario se refiere a un proceso rápido de deterioro en la salud, que comúnmente culmina con la muerte.

Según la OMS (citado por Tello, 2015, p. 20) se define como “Personas Adultas mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad”. El

definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores.

#### **2.2.2.1.1. Persona adulto mayor auto Valente**

Según la OMS (citado por Tello, 2015, p. 20) refiere que:

Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad).

#### **2.2.2.1.2. Persona adulta mayor frágil**

Según la OMS se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

#### **2.2.2.1.3. Persona adulta mayor dependiente o postrada**

Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.

### **2.2.2.2. Áreas del desarrollo humano – adulto mayor**

El hombre como ser biopsicosocial, debido a que la conceptualización de salud definida por la Organización Mundial de la Salud OMS (citado por Tello, 2015, p. 21) detalla que "es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección". El hombre debe ser considerado como un ente biopsicosocial, pero para hacer esto primero se debe definir cada uno de los términos que se encuentran en esta afirmación.

Ente: se refiere a lo que existe o puede existir. Bio: Significa vida. Psico: Significa alma, mente o actividad mental. Social: Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados. El hombre es un ente, porque existe y su componente bio se refiere a que es un organismo vivo que pertenece a la naturaleza. Su componente psico se refiere a que además de ser un organismo vivo tiene mente, lo que le permite estar consciente de su existencia. El hombre es un ente social porque recibe influencias favorables y desfavorables como resultado de la interacción con la sociedad (constituida por semejantes a él) que lo rodea y con el medio ambiente físico, en el cual lleva a cabo su vida.

Por lo tanto, se establecen interrelaciones complejas de los seres humanos con los seres humanos y con su entorno, dando como resultado que el hombre es un elemento más de la comunidad social y de un ecosistema. Por todo lo anterior, resulta claro que el hombre es un ser biopsicosocial que tiene integradas en su persona tres grandes dimensiones la biológica, la psicológica y la social, dimensiones que están estrechamente ligadas y son las partes entre las que el individuo debe distribuir su atención para desarrollarse armónicamente.

#### **2.2.2.2.1. Área biológica o física**

Oblitas (citado por Tello, 2015, p. 22) “El ser humano desde la dimensión física constituye una unidad como sistema individual y también en relación con el mundo que lo rodea”. Formamos parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico, social, el planeta, el universo, a través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno.

En el área física se pueden examinar algunas conductas de riesgo como son: prácticas asociadas con servicios de salud, régimen de medicación, higiene, condición física, abuso de tabaco y alcohol; así como las destrezas de adaptación y conductas de salud positiva como patrones de respuestas a estímulos positivos, los cuales se pueden obtener con el conocimiento sobre promoción de salud, redes de apoyo, actividades vocacionales, recursos mentales y espirituales.

El desarrollo físico individual pasa por una serie de etapas como son: los cambios sensoriales, el paso de niño (a) a adolescente, de adolescente a adulto, de adulto joven a adulto mayor, esta serie de retos requieren que se realicen algunos ajustes y que se definan nuevos papeles sociales y condiciones biológicas por ejemplo: el retiro, los cambios en la actividad psicomotora y las pérdidas que acompañan las distintas etapas del ciclo de vida; todas estas variables se investigan dentro del ámbito de salud para realizar cambios en situaciones no deseadas para mejorar el área física del ser humano.

#### **2.2.2.2.2. Área Psico – cognoscitiva**

En el área psicológica un aspecto de suma importancia es que la persona logre un orden en sus pensamientos, ideas, reflexiones, pues las creencias, actitudes y otras

variables son motivadores importantes del comportamiento, a su vez, es importante que se tenga una consistencia mental, que pueda evaluar todas las variables que existan, que sea capaz de objetivizar, tomar distancia de las situaciones y verlas de diferente maneras, así como la capacidad de análisis.

Oblitas (citado por Tello, 2015, p. 23) refiere que el “desarrollo cognoscitivo pasa por una serie de etapas en el proceso de vida del ser humano como lo son: Desarrollo cognoscitivo en la infancia, años preescolares, niñez intermedia, adolescencia, edad adulta temprana, adultez intermedia y edad adulta tardía”. Esto quiere decir que cada etapa pasa por diferentes cambios los cuales deben atenderse de forma individual para ser analizados.

La salud en el área cognoscitiva le sirve al ser humano para ordenar diferentes ámbitos de su vida y evitar pensamientos negativos o disfuncionales que distorsionan la realidad, causan perturbación e interfieren con la capacidad para lograr sus metas. Son las palabras o imágenes que entran rápidamente en la cabeza produciendo una variación en la conducta, la cual incide en la salud y da origen a enfermedades psicósomáticas que afectan otras áreas del ser humano, para esto es necesario analizar los contextos que comprenden varios factores: personales, interpersonales, ambientales, institucionales. Por otro lado, como parte de las funciones de información y elaboración se señala que el área cognoscitiva se encuentra dividida en tres categorías: censo percepciones, funciones mentales y por último las nociones.

#### **2.2.2.2.3. Área social – emocional**

La salud se hace cada día más integral. Oblitas (citado por Tello, 2015, p. 24) la “salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y

social y de contribuir con ello de modo constructivo, es lo que concibe la dimensión social”. La interacción mente-cuerpo ha preocupado a filósofos y científicos desde el principio de los tiempos y se ha enfatizado desde entonces la importancia de la unidad de ambos.

Existen etapas dentro del ciclo vital, que son explicadas por medio de teorías sólidas las cuales hablan de los procesos evolutivos, sus dimensiones o áreas fundamentales. En el área socio emocional intervienen procesos y enfoques explicativos además del desarrollo del auto concepto y la autoestima, desarrollo y aprendizaje de habilidades sociales, el grupo de pares, la escuela y la familia como contextos de desarrollo afectivo social en situaciones educativas. Por lo anterior, se puede ver que el área socio emocional está compuesta por una serie de elementos los cuales van encaminados a la realización de las necesidades del hombre.

En un principio la educación referente a los conocimientos era la primordial, pero hoy se interesa más por cómo el sujeto integra esos conocimientos con la vida real; de igual manera el desarrollo se interesó más por los bienes materiales que por el hombre mismo. Y esto, siguió así hasta que por medio de un enfoque más humanista se dio cuenta que no eran sólo los bienes algo importante sino que abarcaba muchos aspectos de la vida humana. En este sentido, una formación para la calidad de vida es aquella donde las cosas están en segundo término y el hombre en primer lugar.

### **2.2.3. Calidad de vida**

#### **2.2.3.1. Definiciones**

La OMS (citado por Suarez, 2013, p. 24) define “Calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Del mismo modo, se establecen puntos de consenso con respecto a las medidas de CVRS, estas deben ser: Subjetivas (evalúa percepción de la persona involucrada); multidimensionales (relevar distintos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.); incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo (edad, etapa evolutiva que atraviesa y momento de la enfermedad que cursa).

Según Efkliides, Kalaitzidou y Chankin (citado por polonio, 2008, p. 23) el término calidad de vida:

Se refiere a la evaluación de las condiciones de vida de una persona, grupo o población y su valoración debe contemplar un criterio normativo (entorno físico y social, salud física y mental y sistemas de soporte disponibles) y otro subjetivo (percepción del individuo de su funcionamiento físico, psíquico, sexual y social, aspectos financieros, recreativos y vitalidad).

#### **2.2.3.2. Evolución del concepto de calidad de vida**

Brock (citado por Byron, 2006, p. 81) “la calidad de vida es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales”. la medicina la asocia con la salud

sicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad; los filósofos, con la felicidad o una buena vida; los economistas, con la utilidad del ingreso o de los bienes y servicios; los sociólogos, con la inserción del individuo en la arena social; los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en el mediano o corto plazo; y los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo.

La calidad de vida en el contexto evaluativo o normativo se refiere a los valores no morales donde se utiliza el verbo deber; puede evaluarse si existe un mayor o menor grado de calidad, pero el problema es definir el criterio para su evaluación. Y en el contexto prescriptivo o moral, la calidad de vida posee una ética rigurosa que permite diferenciar lo bueno de lo malo, lo que se debe hacer de lo que no.<sup>4</sup> también se le puede dar un sinnúmero de interpretaciones que abarcan factores evaluativos con respecto a la vida de una persona o de un colectivo, pero en su concepción más amplia se podría decir, en palabras de dereck parfit, “lo que hace que una vida sea mejor”.

Después de la segunda guerra mundial, surge un movimiento mundial sobre el papel del estado en la determinación del bienestar de sus comunidades, y habiéndose demostrado que el ingreso per cápita era una medida insuficiente para determinarlo, entonces las naciones unidas sugirieron que las medidas sobre el bienestar debían fundamentarse en varios componentes diferentes, que juntos conformaran el segundo intento de medición, llamado el nivel de vida. Este equivale a la renta capital nacional real más otros indicadores cuantitativos en los campos de la salud, de la educación, del empleo y de la vivienda y que además podía incluir todo lo relacionado con la esperanza de vida al nacer, la supervivencia infantil, el

grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición. en 1965, Suecia inició la aplicación de encuestas sobre el nivel de vida, que incluían: la salud y el acceso a la misma, el empleo y las condiciones de trabajo, los recursos económicos, la educación, la familia e integración social, la vivienda, la seguridad de la vida y de la propiedad, la recreación y cultura y los recursos políticos.

El concepto ha seguido evolucionando y ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas, las condiciones de vida del nivel de vida, y otras clasificaciones como las planteadas por Eric Allardt tener, amar y ser. el tener hace referencia a las condiciones materiales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria, como son los recursos económicos, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, salud y educación; el amar se refiere a la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales, como son el contacto con la comunidad, familia y parientes, patrones activos de amistad, compañeros de trabajo y compañeros de organizaciones; y el ser alude a la necesidad del ser humano de integrarse a la sociedad y de vivir en armonía con la naturaleza, como en las actividades políticas, la participación en decisiones, las actividades recreativas, la vida significativa en el trabajo y la oportunidad de disfrutar de la naturaleza.

En 1995, Felce y Perry (citado por Byron, 2006) encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto en 1992, añadieron una cuarta. Según esto:

La calidad de vida se ha definido como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es

decir, condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta, d) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (p. 84).

### **2.2.3.3. Calidad de vida relacionada con la salud**

Kaplan, Moreno, Ximénez, (citado por Fernández, 2009, p. 125) “la salud es considerada uno de los principales valores del ser humano y uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida, porque a la vez que la propia salud genera cierto nivel de calidad de vida”, también repercute en el resto de los determinantes de la misma. Por ello, muchos autores consideran que la salud no solo es el valor predominante, sino aglutinante de los distintos elementos integrantes de la calidad de vida.

En el ámbito de las ciencias de la salud, la valoración de la calidad de vida surge directamente vinculada a la necesidad de establecer los beneficios y limitaciones que podía generar el uso de terapias para el mantenimiento de la vida, frente a la idoneidad o ‘calidad’ de la misma, cuando se recibía esa terapia. Durante muchos años, la investigación y atención sanitaria en los países desarrollados, se ha distinguido por los grandes avances en el tratamiento de las enfermedades y por la búsqueda de la disminución del impacto de esas enfermedades sobre las actividades de la vida diaria de los pacientes (aunque en general, se ha prestado menos atención a como se llevaban a cabo dichas actividades en términos cualitativos).

#### **2.2.3.4. Aspectos determinantes en la definición de la calidad de vida relacionada a la salud**

- 1) El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
- 2) los efectos de esa enfermedad o tratamiento son la disminución en la ejecución ‘normal’ de las actividades del individuo y la reducción de su Bienestar.
- 3) Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud únicamente pueden ser realizados por el propio individuo.

#### **2.2.3.5. Diferentes enfoques teóricos de la calidad de vida relacionada a la salud**

- a. Calidad de vida relacionada con la salud física:** Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud desde el punto de vista biológico. Valora aspectos como los diagnósticos clínicos, el dolor, los síntomas o las limitaciones funcionales de carácter físico y cognitivo. Fernández (2009, p. 128).
- b. Calidad de vida relacionada con la salud social:** Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social. Fernández (2009, p. 128).
- c. Calidad de vida relacionada con la salud percibida:** Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

**2.2.3.6. Calidad de vida relacionada con la salud psicológica:** Se compone de los afectos posibles y de los síntomas históricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

### **2.2.3.7. Calidad de vida en el adulto mayor**

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

Pero ello no es tarea fácil, ya que el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos.

Con los que en ese momento cuente el individuo (Velascoy Sinibaldi, 2001). Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

### **2.2.3.8. Variables universalmente aceptadas que se relacionan con la calidad de vida en las personas mayores**

#### **a: La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores**

Buendía (citado por Fernández, 2009, p. 131) afirma que “las enfermedades producen síntomas molestos y discomfort, limitando la sensación de bienestar y la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el entorno”. Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.

#### **b: Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida**

Una vivienda y un entorno adecuado, tienen una influencia positiva en la calidad de vida. La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.

#### **c: Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar**

La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad que esta tenga. No obstante, a pesar de que la valoración de la CVPM se limite hoy por hoy, casi de manera exclusiva a la valoración de la CVRS, puede considerarse un avance significativo, ya que la incorporación de herramientas para valorar la CV, amplía la tendencia ‘asistencialista’ tradicional en los procesos de atención a las personas mayores, limitada exclusivamente a vigilar la enfermedad, sus síntomas y a aplicar las medidas

farmacológicas que deben tomarse, introduciendo un enfoque ‘existencialista’ más enriquecedor.

### **2.2.3.9. Elementos importantes en la calidad de vida de los adultos mayores**

A continuación se revisarán los elementos importantes que conforman el concepto calidad de vida en los adultos mayores:

**a. Especificidad.** La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros.

**b. Multidimensional.** La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida.

**c. Aspectos objetivos.** La calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar, como por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros.

**d. Aspectos subjetivos.** El concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros. La evolución de este concepto muestra la combinación de componentes subjetivos y objetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida “objetivas” de una persona, junto a la satisfacción que ésta experimenta frente a estos múltiples factores.

#### **2.2.3.10. Evaluación de la calidad de vida en las personas mayores**

Asociado a la indefinición y dificultad de conceptualización de la CV, aparece el problema de su evaluación. Para Giangreco y Cloninger. (citado por Fernández, 2009, p. 132) afirman que:

los enfoques de investigación son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: ‘Enfoques Cuantitativos’ y ‘Enfoques Cualitativos’” el propósito de los primeros es operacionalizar la Calidad de Vida, para lo que se suelen estudiar Indicadores Biológicos (que incluyen la salud y el bienestar físico), indicadores sociales (referidos a las condiciones externas relacionadas con el entorno, como el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc).

Indicadores Psicológicos (que miden las reacciones subjetivas del individuo o la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); e indicadores ecológicos (que valoran el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

Por su parte, la investigación mediante ‘enfoques cualitativos’, adopta una postura de escucha a la persona mientras esta relata sus experiencias, desafíos y problemas, referidos a esos mismos 4 ámbitos biológico, social, psicológico y ecológico, y relacionándolas posteriormente con la calidad de vida.

### **2.2.3.11. Paradigmas teóricos sobre la medición de calidad de vida en personas mayores**

#### **a. Paradigma de los resultados**

Evalúan el bienestar y la capacidad de funcionamiento físico y psicológico de la persona. Muy utilizados en estudios de calidad de vida relacionada a la salud de personas con enfermedades crónicas. Los parámetros de interés en estos análisis son las características variables de la persona (dolor, capacidad funcional, síntomas). Y no las características estables (apoyo social, carácter, nivel económico).

#### **b. Paradigma Predictor**

Estudios basados en la evidencia clínica y epidemiológica establecida, según la cual un bajo nivel de calidad de vida se relaciona con una mayor recurrencia de los brotes y síntomas de las enfermedades y una menor probabilidad de supervivencia.

Este grupo de estudios utiliza los resultados obtenidos en la medición de la calidad de vida, mediante las expresiones de los pacientes sobre su bienestar y capacidad funcional, generalmente, aunque también mediante otros métodos, no para evaluar el resultado de los tratamientos, sino para predecir el curso futuro de la enfermedad y la esperanza de vida.

### **2.2.3.12. Dimensiones de calidad de vida**

#### **a. Calidad de vida objetiva**

Según Veenhoven (1996) es el grado en que las condiciones de vida de las personas alcanzan criterios observables de una buena vida. Estos criterios se reflejan en indicadores como ingresos, seguridad, atención de salud, educación. En este sentido Calidad de Vida en términos objetivos indica el modo en que se lleva a cabo la evaluación, lo objetivo está determinado por el tipo de datos que se manejan y por el modo en que dichos datos se obtienen

#### **b. Calidad de vida subjetiva**

Según Veenhoven (1996) se refiere al “grado en que las personas valoran sus propias vidas, es decir, el modo en que perciben sus salarios, su seguridad, la satisfacción con su salud y con su educación”. Lo subjetivo significa el hecho de juzgar las circunstancias de vida de manera individual y que varía de una persona a otra. Por tanto, Calidad de Vida subjetiva se refiere a la valoración que hace una persona sobre su vida y refleja la percepción de bienestar.

Junto al análisis de los procesos que subyacen a la percepción subjetiva de la calidad de vida, los investigadores han estudiado las circunstancias personales, sociales o culturales que están relacionadas con una mayor o menor percepción de satisfacción. Esto les ha llevado a valorar las diferencias existentes entre grupos en función de variables diversas y aproximar una respuesta a la pregunta de por qué algunos sujetos se sienten satisfechos y otros no (Contini, 2001).

### **c. Calidad de vida objetiva y subjetiva**

Pero es la relación entre ambas medidas objetivas y subjetivas la que más ha interesado a los investigadores. Veenhoven (1996) hace una revisión de estudios sobre satisfacción percibida por habitantes de distintos países donde ha habido cambios positivos en indicadores objetivos y no encontró correspondencia entre ambos. La existencia de una tendencia positiva en la satisfacción con la vida la interpreta este autor como un mecanismo adaptativo desde el punto de vista biológico.

Parece que descuidar los aspectos objetivos de la calidad de vida conlleva riesgos muy grandes, en detrimento de los grupos sociales en desventaja. La presencia de condiciones de vida óptimas ofrece a las personas oportunidades para realizar sus objetivos de vida y ser felices, aunque no garantizan por sí solas la calidad de vida.

### **2.2.3.13. Indicadores de calidad de vida**

#### **1.- Relacionado con la salud**

- ✓ Capacidad física (capacidad de rendimiento).
- ✓ Función psicológica (capacidad de disfrute y relajación).
- ✓ Estado de ánimo positivo.
- ✓ Estado de ánimo negativo.
- ✓ Bienestar psicológico.
- ✓ Función social (capacidad de relación).
- ✓ Bienestar social (sentimiento de pertenencia a un grupo).

## **2.- Relacionado con los aspectos psicológicos**

Depresión (respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad, depresivos varios, total depresivo, ánimo alegría, positivos varios y total positivo) – humor depresivo (estado de ánimo); energía (vaciamiento impulsivo); di comunicación (empobrecimiento de la comunicación) y ritmo Patía (ritmos biológicos y psicológicos). Auto concepto (académico/laboral, social, emocional, familiar y físico)

## **3.- relacionado con aspectos desde una perspectiva general**

### **Objetiva**

- ✓ Bienestar material (ingresos disponibles, vivienda, bienestar material)
- ✓ Salud (salud física).
- ✓ Productividad (productividad, trabajo, crecimiento personal y desarrollo).
- ✓ Intimidad (familia y amigos).
- ✓ Seguridad (seguridad, privacidad y control).
- ✓ Presencia en la comunidad (clase social, educación, estatus laboral, integración y desenvolvimiento en la comunidad).
- ✓ Bienestar emocional (felicidad general, ocio, energía).

### **Subjetiva**

- ✓ Bienestar material (posesión de dinero, calidad de vivienda, seguridad financiera).
- ✓ Salud (salud percibida).
- ✓ Productividad (posesión de trabajo, o de hacer cosas, o aprender cosas).

- ✓ Intimidad (posesión de familia y amigos).
- ✓ Seguridad (sentimiento seguro, posesión de privacidad, capacidad de control).
- ✓ Presencia en la comunidad (sentimiento de formar parte de la comunidad general, capacidad de desenvolvimiento fuera del hogar).
- ✓ Bienestar emocional (estar feliz, energético, hacer uso de su tiempo de ocio para ser feliz).

### **Otros indicadores**

Edad, sexo, estado civil, titulación a nivel de estudios alcanzados.

### **2.2.3.14. Teorías de calidad de vida**

#### **2.2.3.14.1. Teoría de Diener**

Observando las teorías que existen sobre calidad de vida, Diener (Citado por Corrales, 2008, p. 3) ha sido uno de los que más ha considerado:

Los aspectos subjetivos y personales dentro de sus planteamientos. Algunos de los aspectos que ha tomado en cuenta se encuentran la cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos y deja el espacio para una evaluación personal dentro de su concepción de calidad de vida.

en cuanto a las teorías planteadas por diener, las que se conocen como “arriba – abajo” y “abajo –arriba”, se consideras rescatable -desde la postura de las autoras del artículo- el espacio que deja abierto para considerar una reflexión y lectura propia de la persona sobre las situaciones, podría entonces considerarlas como satisfactorias o insatisfactorias de acuerdo a su valoración subjetiva. Desde este punto de vista,

para las personas no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta. en otro ámbito pero dentro de estas mismas teorías, de la que se conoce como “abajo – arriba” se considera rescatable la referencia a las pequeñas felicidades que se pueden experimentar a diario, la conciencia de que se puede ser felices en todo momento y no ver la felicidad sólo como una meta a largo plazo.

Otra teoría planteada por Diener que considera aspectos subjetivos y personales es la que se conoce como teoría teleológica o finalista. Esta que reconoce el bienestar subjetivo como posible de alcanzar por medio del establecimiento, acercamiento y cumplimiento de las propias metas. Dentro de esta teoría Diener presenta entre los factores relevantes al contexto o cultura. En esta consideración es posible apreciar el acercamiento a lo subjetivo y las diferencias personales dentro del concepto calidad de vida. Al plantear que no todas las metas producirán bienestar subjetivo, Diener está considerando la acción de la propia persona en la consecución de éste, ya que no sería la meta en sí la que haría que la persona lo alcanzara, sino la elaboración de las propias capacidades, de las posibilidades de alcanzar las metas, de la valoración de la sociedad, etc.

### **III. HIPÓTESIS**

**H<sub>i</sub>:** Si existe relación significativa entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

**H<sub>o</sub>:** No existe relación significativa entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

### **IV. METODOLOGÍA**

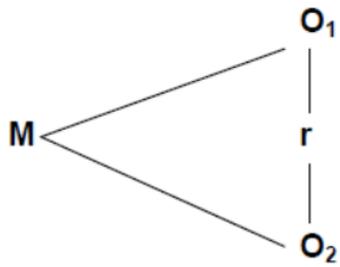
#### **4.1. Tipo y nivel de la investigación**

La investigación planteada fue de tipo descriptivo correlacional y de nivel cuantitativo. Descriptiva correlacional porque se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación en sus variables y de nivel cuantitativo porque permite examinar los datos de manera numérica. (Hernández, Fernández. Baptista 2010).

#### **4.2 Diseño De La Investigación**

Se utilizó un diseño no experimental, transversal. No experimental por que la investigación se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, transversal porque recopilan datos en un momento único. (Hernández, Fernández & Batista 2010).

#### 4.2.1. Esquema de diseño no experimental de la investigación



Dónde:

M: Representa la muestra

O<sub>1</sub>: Variable 1

O<sub>2</sub>: Variable 2

r: Relación de la variables de estudio.

### 4.3. Población y muestra

#### 4.3.1. Población

La población estuvo conformada por 101 adulto mayor de ambos sexos y diferentes edades del caserío de Realengal – Tumbes 2016.

**TABLA 1**

*Distribución de la población de los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016 según género y edad.*

GENERO	EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	60 a 66	32	31.7%
	67 a 75	14	13.9%
	76 a + años	2	2.0%
MASCULINO	60 a 70	41	40.6%
	71 a 80	7	6.9%
	81 a + años	5	4.9%
TOTAL		101	100%

**Fuente:** Archivos de información 2016 del adulto mayor del caserío de Realengal-Tumbes, 2016.

### **4.3.2. Muestra**

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, debido a que los sujetos estaban disponibles y en base a un conocimiento previo de la población se tomó como muestra al total de la población: 101 adultos mayores.

#### **Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores varones y mujeres del caserío de Realengal.
- Adultos mayores que aceptaron participar en la investigación.
- Adultos mayores que respondieron a la totalidad de los ítems

#### **Criterios de Exclusión**

- Adultos mayores que no aceptaron participar en la investigación.
- Adultos mayores con discapacidad intelectual o sensorial.
- Adultos mayores que no respondieron la totalidad de ítems.

## **4.4. Definición y operacionalización de variables**

### **4.4.1 Satisfacción vital**

**Definición Conceptual (D.C):** Satisfacción vital es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. Esto es en otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva. Veenhoven (Citado por Ramírez y Lee, 2012, p. 3).

**Definición Operacional (D.O):** La satisfacción vital fue evaluada a través de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) (Pavot & Diener, 1993). Los puntajes y niveles son los siguientes 21-25 Muy Alto, 16-20 Alto, 15 Promedio, 10-14 Bajo, 5-9 Muy Bajo.

#### **4.4.2. Calidad de vida**

**Definición Conceptual (D.C):** La OMS (citado por Suarez, 2013, p. 24) define “Calidad de Vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

**Definición Operacional (D.O):** Se midió por medio de la escala de calidad de vida de olson y barnes (1982). Los puntajes y niveles son los siguientes: 284-360 Completamente satisfecho, 217-288 Bastante satisfecho, 145-216 Más o menos satisfecho, 73-144 Poco satisfecho, 0-72 Insatisfecho .

#### 4.4.3. Cuadro de operacionalización de las variables

VARIABLE	ITEMS	CATEGORIA	PUNTAJE	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICION
SATISFACCION VITAL	1,2,3,4,5	Muy Alto Alto Promedio Bajo Muy Bajo	21-25 16-20 15 10-14 5-9	Cualitativas	Ordinal
CALIDAD DE VIDA	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16 17,18,19,20,21,22, 23,24,25,26,27,28, 29,30,31,32,33,34, 35,36,37,38,39,40, 41,42,43,44,45,46, 47,48,49,50,51,52, 53,54,55,56,57,58, 59,60,61,62,63,64 65,66,67,68,69	Completamente satisfecho Bastante satisfecho Más o menos satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho	284-360 217-288 145-216 73-144 0-72	Cualitativas	Ordinal

## **4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

**4.5.1. Técnicas:** En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta. Según Rodríguez (2010) afirma que la “técnica es el método de investigación es capaz de dar respuestas a problemas tanto en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida de información sistemática, según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida”.

**4.5.2. Instrumentos:** Los instrumentos utilizados fueron: La escala de satisfacción vital (SWLS) y calidad de vida de Olson y Barnes.

### **4.5.2.1. Escala de satisfacción vital**

#### **a. Ficha técnica.**

1. Nombre: Escala de satisfacción con la vida (SWLS)
2. Autores y año: Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)
3. Procedencia: Inglaterra
4. Adaptación: Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (España, 2000)
5. Número de ítems: 5
6. Puntaje: 0-25
7. Tiempo: 5 minutos.
8. Significación: Grado de satisfacción de una persona con su vida.

## **b. Validez y confiabilidad**

**Validez:** Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000) informan que al efectuar un análisis factorial exploratorio se encontró una matriz de correlaciones apropiada para proseguir el análisis; la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que los ítems no eran independientes (Prueba de Bartlett=1375.71;  $p<0.001$ ) y el coeficiente de Kaiser, Meyer-Olkin indicó que los ítems explicaban adecuadamente las correlaciones entre pares de ítems (K-M-O = 0.86). Se extrajo una estructura mono factorial que explicó el 53.7% de la varianza total, teniendo todos los ítems pesos factoriales entre 0.63 y 0.83. El análisis factorial confirmatorio mostró que el modelo fue bastante aceptable al tener un buen ajuste a los datos (Consiente Ji cuadrado/ grados de libertad < 3). En este segundo análisis factorial las saturaciones factoriales oscilaron entre 0.69 y 0.88. Al evaluarse la validez de constructo se encontró correlaciones positivas con sentimientos de felicidad ( $r = 0.046$ ;  $p<0.001$ ) y con satisfacción en el ámbito escolar ( $r = 0.32$ ;  $p<0.001$ ), en tanto hubo una correlación negativa con sentimientos de soledad ( $r = -0.31$ ;  $p<0.001$ ).

**Confiabilidad:** Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000) realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas de esta escala en 697 estudiantes varones y mujeres de 11, 13 y 15 años de edad de la comunidad de Valencia (España). El análisis de consistencia interna muestra que obtiene un indicador muy bueno ( $\alpha = 0.84$ ) y que ningún ítem aumentaría este coeficiente de ser eliminado.

#### **4.5.2.2. Escala de calidad de vida**

##### **a. Ficha técnica**

1. Nombre original: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982).
2. Autores: Olson y Barnes
3. Adaptación: TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984
4. Estandarización: Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo – Lima
5. Administración: Individual y Colectiva.
6. Duración: Variable (20 minutos Aproximadamente).
7. Significación: Identifica los niveles de Calidad de Vida en diversos dominios de la vida del participante.
8. Tipificación: Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Lima.
9. Dimensiones: Bienestar Económico, Amigos, Vecindario y Comunidad, Vida Familiar y Hogar, Ocio, Medios de Comunicación, Religión y Salud.

##### **b. Validez y confiabilidad**

###### **Validez**

El proceso de validación de constructo de la escala de calidad de vida de olson y barnes, se realizó a partir del análisis factorial, tal como lo sugiere Muñiz (1996). Por otro lado, si entendemos que la calidad de vida debe conceptualizarse dentro de los dominios de las experiencias vitales de los individuos, en donde cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital y en donde la satisfacción dentro de cada dominio, constituye un juicio individual subjetivo, con

los resultados del presente estudio se estarían confirmando la estructura teórica de la Escala.

### **Confiabilidad**

Se realizó un análisis de la consistencia interna a partir del coeficiente alfa de cronbach para la muestra total (,95); para la muestra de varones (,95) y para las mujeres (,94). Como se observan los valores anteriores y los que se muestran en la tabla 2, son mayores a , 80 y por lo tanto tal como lo señalan algunos autores el nivel de confiabilidad es muy buen o elevado (De Vellis, citado en García, 2006; Kaplan & Zacusso, citados en Hogan, 2004). El estudio de la confiabilidad también incluyó el análisis de los factores identificados.

#### **4.6. Procedimiento de recolección de datos**

En primera instancia se coordinó con la gobernadora del caserío Realengal; a quién se le expuso los objetivos de la investigación y sus beneficios para los adultos mayores de dicha comunidad. Asimismo, se le acreditó a través del consentimiento informado que las respuestas obtenidas serían respetadas bajo el principio de la confidencialidad y que los resultados serían utilizados con fines de investigación. Para la medición de las variables se les hizo entrega de los instrumentos, explicando detenidamente las instrucciones respectivas.

#### **4.7. Plan de análisis**

Los datos recolectados fueron tabulados en una matriz utilizando el Microsoft Word, Excel 2010 posteriormente fueron ingresados en una base de datos en el SPSS versión 22 para ser procesados y presentados. Se obtuvieron medidas de estadísticas descriptivas: como tablas de distribución de frecuencia tablas cruzadas y porcentuales. Para establecer la relación entre la variable de satisfacción vital y calidad de vida, se aplicó la prueba estadística de Tau c de Kendall; considerando el 95% de nivel de confianza y 5% de error, para que el valor sea significativo debe ser  $p < 0,05$ .

#### **4.8. Principios éticos**

Los resultados obtenidos fueron manejados por la evaluadora y se mantuvo el anonimato de los participantes. Destacamos que los datos no fueron ni serán utilizados en beneficio propio o de algunas entidades privadas que de una a otra manera perjudiquen la integridad moral y psicológica de la población en estudio. El estudio cumple con los principios básicos de la ética en investigación como el principio de beneficencia, de respeto a la dignidad humana ya que se brindó información para que con sus conocimientos decidiera su participación en la investigación. La que fue refrendada a través del consentimiento informado. Principio de justicia y al derecho a la intimidad porque su información no fue compartida con otras personas sino manejada únicamente por la investigadora tal como consta en el consentimiento informado.

## V. RESULTADOS

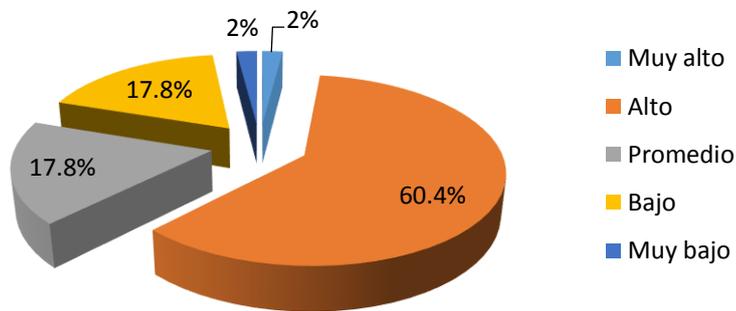
### 5.1 Resultados

**Tabla 2**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de satisfacción vital del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes, 2016.*

Niveles	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	21-25	2	2.0%
Alto	16-20	61	60.4%
Promedio	15	18	17.8%
Bajo	10-14	18	17.8%
Muy Bajo	5-9	2	2.0%
Total		101	100.0%

**Fuente:** Rosillo, E. Relación entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes 2016.



**Figura 1.** Diagrama circular de distribución porcentual del nivel de satisfacción vital del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes, 2016.

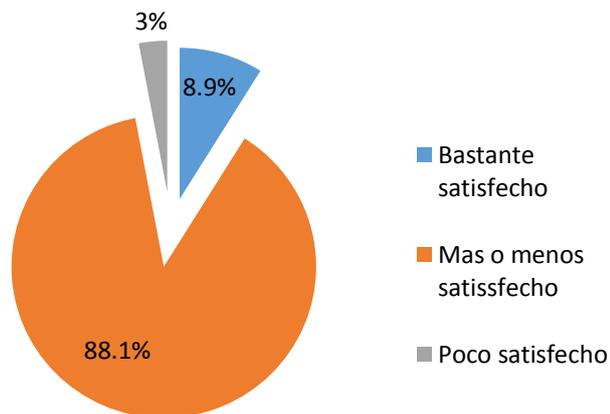
**Fuente:** Ídem tabla 2

En la presente tabla 2 y figura 1, se observa que el 60.4% de los adultos mayores se ubican en el nivel alto de satisfacción, el 17.8% en el nivel promedio; el 17.8% en el nivel bajo, el 2.0% en el nivel muy alto y el 2.0% en el nivel muy bajo.

**Tabla 3**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal- Tumbes, 2016.*

Niveles	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Completamente Satisfecho	289-360	0	0%
Bastante Satisfecho	217 - 288	9	8.9%
Más o Menos Satisfecho	145-216	89	88.1%
Poco Satisfecho	73-144	3	3.0%
Insatisfecho	0-72	0	0%
Total		101	100%



**Figura 2.** Diagrama circular de distribución porcentual de la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal- Tumbes, 2016.

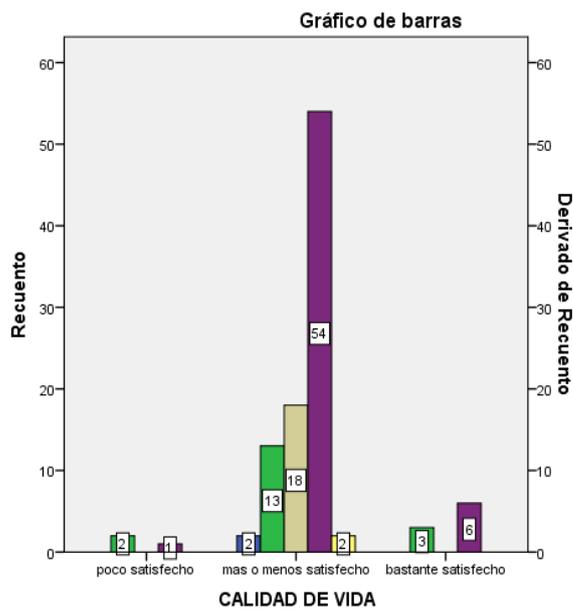
**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la presente tabla 3 y figura 2, se observa que el 88.1% de los adultos mayores se ubican en el nivel más o menos satisfecho de calidad de vida, el 8.9% en el nivel bastante satisfecho; el 3.0% en el nivel poco satisfecho.

**Tabla 4.**

*Tabulación cruzada entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

		SATISFACCION VITAL					
		muy bajo		promedio	Alto	muy alto	Total
CALIDA	poco	0	2	0	1	0	3
D	DE satisfecho	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	100.0%
VIDA	más o menos	2	13	18	53	2	89
	satisfecho	2.2%	14.6%	20.2%	60.7%	2.2%	100.0%
	bastante	0	3	0	6	0	9
	satisfecho	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	100.0%
		2	18	18	60	2	100
Total		2.0%	17.8%	17.8%	60.4%	2.0%	100.0%



**Figura 3.** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

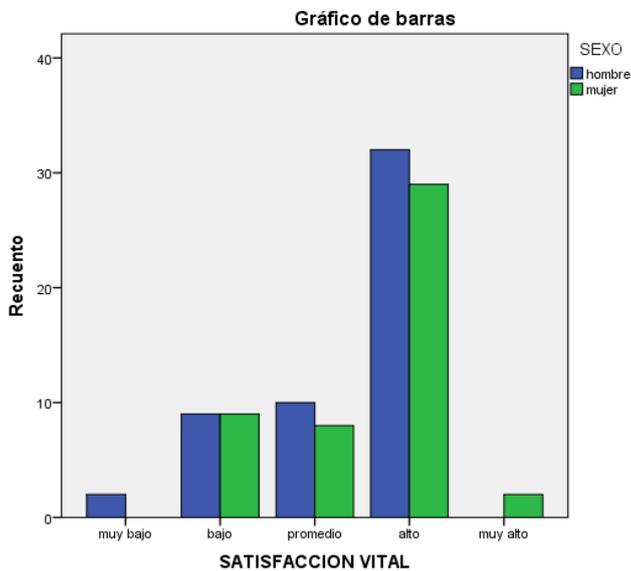
**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la tabla 4 y figura 3 se observa que del 100.0% (89) de los adultos mayores del caserío de Realengal-Tumbes, 2016 que se ubican en el nivel de más o menos satisfecho de calidad de vida, el 60.7% (53) están en un nivel de satisfacción alto, el 20.2%(18) están en un nivel de satisfacción promedio, el 14.6% (13) están en un nivel de satisfacción bajo y el 2.2% (2) están en un nivel de satisfacción muy alto y muy bajo respectivamente; del 100.0% (9) de los adultos mayores que se ubican en el nivel bastante satisfecho de calidad de vida, el 66.7% (6) están en un nivel de satisfacción alto, el 33.3% (3) están en un nivel de satisfacción bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción y del 100.0% (3) de los adultos mayores que se ubican en el nivel poco satisfecho de calidad de vida, el 66.7% (2) están en un nivel de satisfacción bajo, el 33.3%(1) están en un nivel de satisfacción alto, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción.

**Tabla 5**

*Tabulación cruzada entre la satisfacción vital y sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

		SEXO		
		hombre	mujer	Total
SATISFACCION VITAL	muy bajo	2	0	2
		100.0%	0.0%	100.0%
	bajo	9	9	18
		50.0%	50.0%	100.0%
	promedio	10	8	18
	55.6%	44.4%	100.0%	
	alto	32	29	61
		52.5%	47.5%	100.0%
	muy alto	0	2	2
		0.0%	100.0%	100.0%
Total		53	48	101
		52.5%	47.5%	100.0%



**Figura 4.** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la satisfacción vital y sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

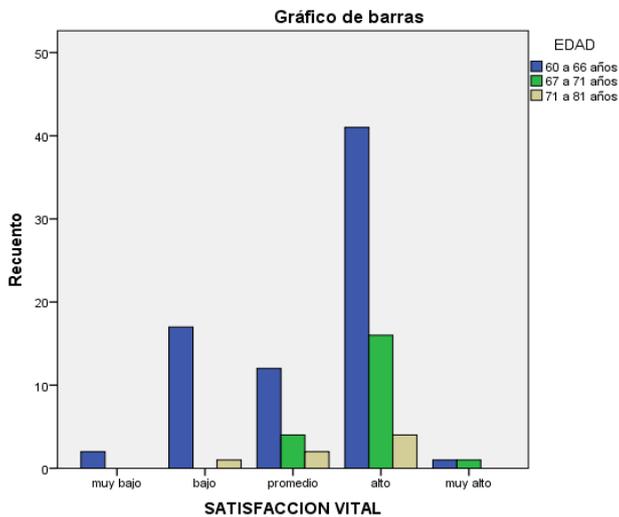
**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la tabla 5 y figura 4 se observa que del 100.0% (61) de los adultos mayores del caserío de Realengal-Tumbes, 2016 que se ubican en el nivel alto de satisfacción vital, el 52.5% (32) son hombres y el 47.5% (29) son mujeres; del 100.0% (18) de los adultos mayores que se ubican en el nivel promedio de satisfacción vital, el 55.6% (10) son hombres y el 44.4% (8) son mujeres; del 100.0% (18) de los adultos mayores que se ubican en el nivel bajo de satisfacción vital, el 50.0% (9) son hombres y el 50.0% (9) son mujeres; del 100.0% (2) de los adultos mayores que se ubican en el nivel muy alto de satisfacción vital, el 0.0% (0) son hombres y el 100.0% (2) son mujeres y del 100.0% (2) de los adultos mayores que se ubican en el nivel muy bajo de satisfacción vital, el 100.0% (2) son hombres y el 0.0% (0) son mujeres.

**Tabla 6**

*Tabulación cruzada entre la satisfacción vital y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

		EDAD			
		60 a 66 años	67 a 71 años	71 a 81 años	Total
SATISFACCIO	muy	2	0	0	2
N VITAL	bajo	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	bajo	17	0	1	18
		94.4%	0.0%	5.6%	100.0%
	promed	12	4	2	18
	io	66.7%	22.2%	11.1%	100.0%
	alto	41	16	4	61
		67.2%	26.2%	6.6%	100.0%
	muy	1	1	0	2
	alto	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
Total		73	21	7	101
		72.3%	20.8%	6.9%	100.0%



**Figura 5.** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la satisfacción vital y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

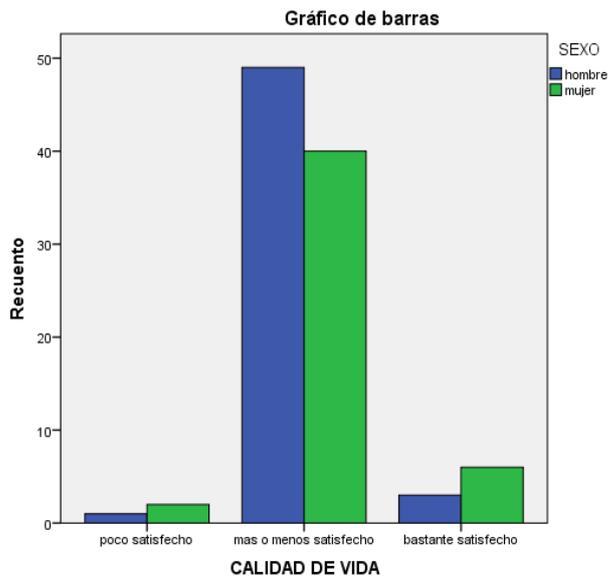
**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la presente tabla 6 y figura 5 se observa que del 100.0% (61) de los adultos mayores del caserío de Realengal-Tumbes, 2016 que se ubican en el nivel alto de satisfacción vital, el 67.2% (41) están entre las edades de 60 a 66 años, el 26.2% (16) están entre las edades de 67 a 71 años, y el 6.6% (4) están entre las edades de 71 a 81 años; del 100.0% (18) de los adultos mayores que se ubican en el nivel promedio de satisfacción vital, el 66.7% (12) están entre edades de 60 a 66 años, el 22.2% (4) entre las edades de 67 a 71 años, y el 11.1% (2) entre las edades de 71 a 81 años; del 100% (18) de los adultos mayores que se ubican en el nivel bajo de satisfacción vital, el 94.4% (17) están entre las edades de 60 a 66 años, el 5.6% (1) están entre las edades de 71 a 81 años; del 100% (2) de los adultos mayores que se ubican en el nivel muy alto de satisfacción vital, el 50.0% (1) están entre las edades de 60 a 66 años, el 50.0% (1) entre las edades de 67 a 71 años; del 100% (2) de los adultos mayores que se ubican en el nivel muy bajo de satisfacción vital, el 100.0% (2) están entre las edades de 60 a 66 años.

**Tabla 7**

*Tabulación cruzada entre la calidad de vida y el sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

		SEXO		Total
		hombre	mujer	
CALIDAD DE VIDA	poco satisfecho	1	2	3
		33.3%	66.7%	100.0%
	más o menos satisfecho	49	40	89
		55.1%	44.9%	100.0%
	bastante satisfecho	3	6	9
		33.3%	66.7%	100.0%
Total		53	48	101
		52.5%	47.5%	100.0%



**Figura 6.** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la calidad de vida y el sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

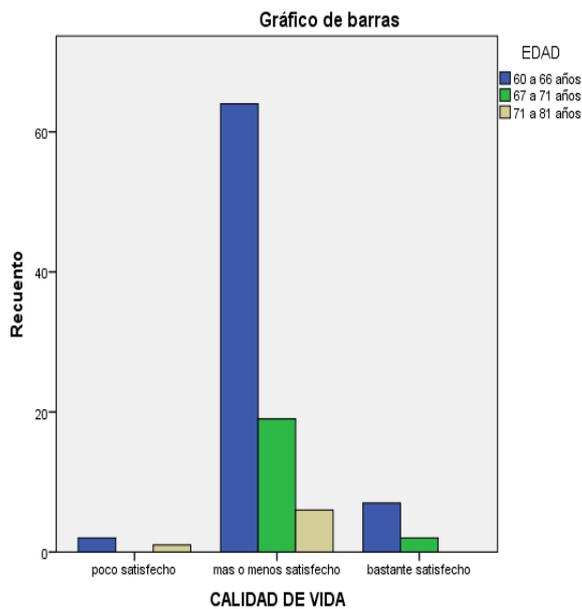
**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la tabla 7 y figura 6 se observa que del 100.0% (89) de los adultos mayores del caserío de Realengal-Tumbes,2016 que se ubican en el nivel más o menos satisfecho de calidad de vida, el 55.1% (49) son hombres y el 44.9% (40) son mujeres; del 100.0% (9) de los adultos mayores que se ubican en el nivel bastante satisfecho de calidad de vida, el 66.7% (6) son mujeres y el 33.3% (3) son hombres; del 100.0% (3) de los adultos mayores que se ubican en el nivel poco satisfecho de calidad de vida, el 66.7% (2) son mujeres y el 33.3% (1) son hombres.

**Tabla 8**

*Tabulación cruzada entre la calidad de vida y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

		EDAD			Total
		60 a 66 años	67 a 71 años	71 a 81 años	
CALIDAD DE VIDA	poco satisfecho	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%	3 100.0%
	más o menos satisfecho	64 71.9%	19 21.3%	6 6.7%	89 100.0%
	bastante satisfecho	7 77.8%	2 22.2%	0 0.0%	9 100.0%
	Total	73 72.3%	21 20.8%	7 6.9%	101 100.0%



**Figura 7.** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre la calidad de vida y la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

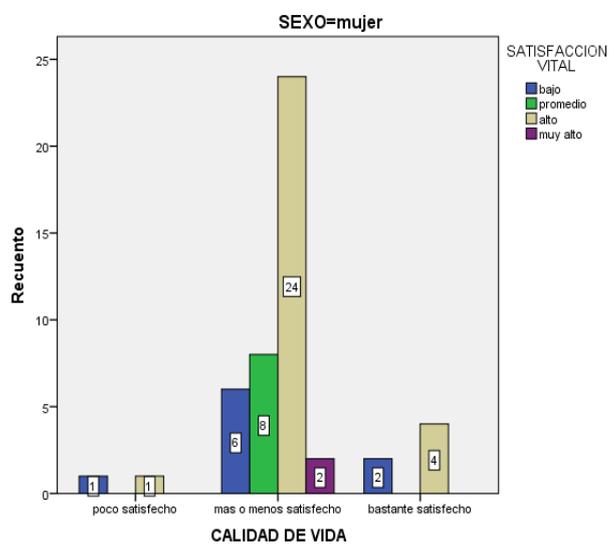
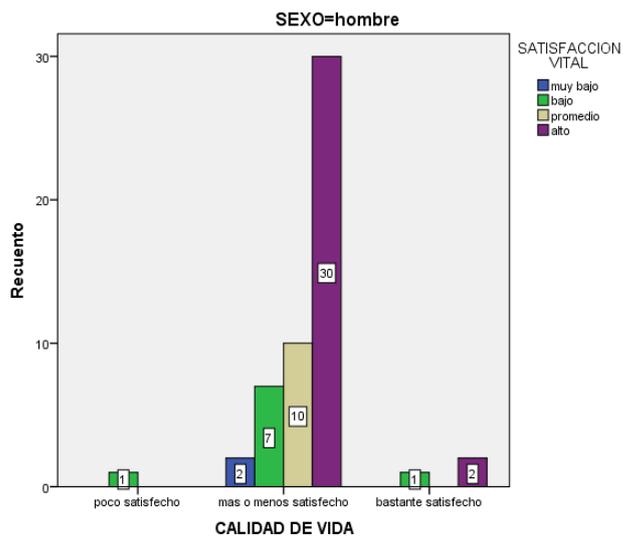
**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la presente tabla 8 y figura 7 se observa que del 100.0% (89) de los adultos mayores del caserío de Realengal-Tumbes, 2016 que se ubican en el nivel más o menos satisfecho de calidad de vida, el 71.9% (64) se ubican entre las edades de 60 a 66 años, el 21.3% (19) se ubican entre las edades de 67 a 71 años, y el 6.7% (6) se ubican entre las edades de 71 a 81 años; del 100.0% (9) de los adultos mayores que se ubican en el nivel bastante satisfecho de calidad de vida, el 77.8% (7) se ubican entre las edades de 60 a 66 años, el 22.2% (2) se ubican entre las edades de 67 a 71 años; del 100% (3) de los adultos mayores que se ubican en el nivel poco satisfecho de calidad de vida, el 66.7% (2) se ubican entre las edades de 60 a 66 años, el 33.3% (1) se ubican entre las edades de 71 a 81 años.

**Tabla 9**

*Tabulación cruzada entre los niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo en los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

SEXO			SATISFACCION VITAL					Total
			muy bajo	bajo	promedio	alto	muy alto	
hombre	CALIDA	poco	0	1	0	0	0	1
		satisfecho	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%
	VIDA	más o menos	2	7	10	30	0	49
		satisfecho	100.0%	77.8%	100.0%	93.8%	0.0%	92.5%
	Total	bastante	0	1	0	2	0	3
		satisfecho	0.0%	11.1%	0.0%	6.3%	0.0%	5.7%
			2	9	10	32	0	53
			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%
mujer	CALIDA	poco	0	1	0	1	0	2
		satisfecho	0.0%	11.1%	0.0%	3.4%	0.0%	4.2%
	VIDA	más o menos	0	6	8	24	2	40
		satisfecho	0.0%	66.7%	100.0%	82.8%	100.0%	83.3%
	Total	bastante	0	2	0	4	0	6
		satisfecho	0.0%	22.2%	0.0%	13.8%	0.0%	12.5%
			0	9	8	29	2	48
			0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total	CALIDA	poco	0	2	0	1	0	3
		satisfecho	0.0%	11.1%	0.0%	1.6%	0.0%	3.0%
	VIDA	más o menos	2	13	18	54	2	89
		satisfecho	100.0%	72.2%	100.0%	88.5%	100.0%	88.1%
	Total	bastante	0	3	0	6	0	9
		satisfecho	0.0%	16.7%	0.0%	9.8%	0.0%	8.9%
			2	18	18	61	2	101
			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



**Figura 8.** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre satisfacción vital y calidad de vida según el sexo en los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la presente tabla 9 y grafico 8, se observa que del 92.5% (49) de niveles de más o menos satisfecho de calidad de vida según el sexo hombre, el 93.8% (30) están en un nivel de satisfacción alto, el 100% (10) están en un nivel de satisfacción promedio, el 77.8% (7) están en un nivel de satisfacción bajo, y el 100% (2) están en un nivel de satisfacción muy bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo hombre de los adultos mayores; del 5.7% (3) de los adultos mayores que se ubican en el nivel bastante satisfecho de calidad de vida, el 6.3% (2) están en un nivel de satisfacción alto, el 11.1% (1) están en el nivel de satisfacción bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo hombre de los adultos mayores; Y del 11.9% (1) de los adultos mayores que se ubican en el nivel poco satisfecho de calidad de vida, el 11.1% (1) están en el nivel de satisfacción bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo hombre de los adultos mayores.

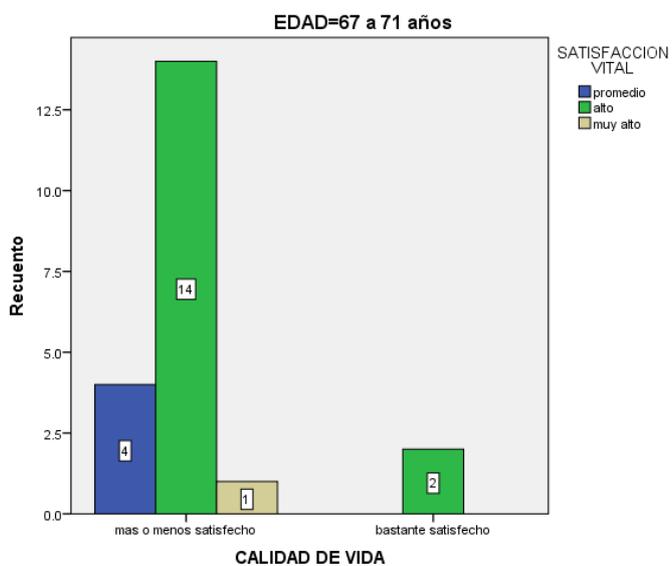
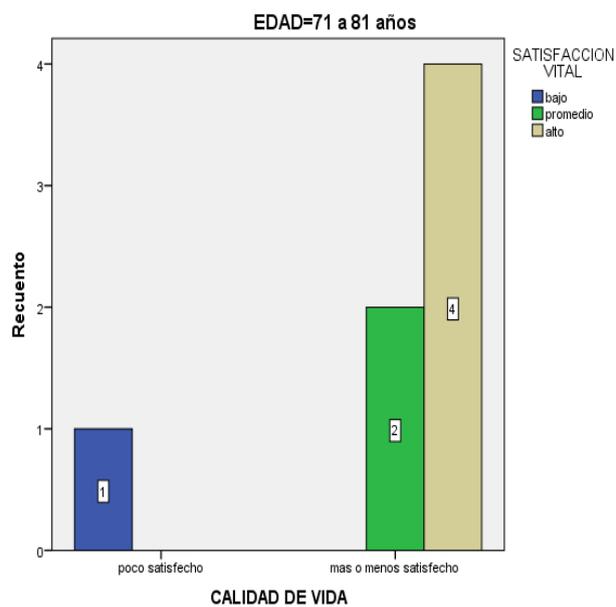
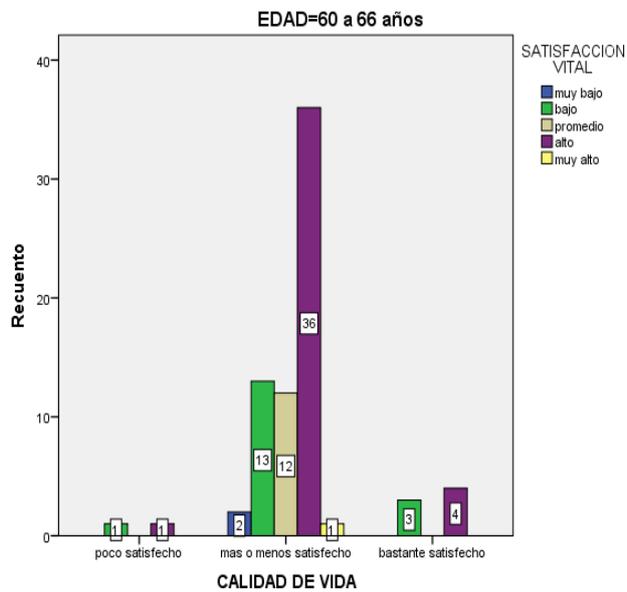
Del 83.3% (40) de niveles de más o menos satisfecho de calidad de vida según el sexo mujer, el 82.8% (24) están en el nivel de satisfacción alto, el 100% (8) están en un nivel de satisfacción promedio, el 66.7% (6) están en un nivel de satisfacción bajo, y el 100% (2) están en un nivel de satisfacción muy alto, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo mujeres de los adultos mayores; del 12.5% (6) de los adultos mayores que se ubican en el nivel bastante satisfecho de calidad de vida, el 13.8% (4) están en un nivel de satisfacción alto, el 22.2% (2) están en el nivel de satisfacción bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo mujeres de los adultos mayores, y el 4.2% (2) de los adultos mayores

que se ubican en el nivel poco satisfecho de calidad de vida, el 11.1% (1) están en los niveles de satisfacción bajo, el 3.4% (1) están en los niveles de satisfacción alto no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo mujeres.

**Tabla 10**

*Tabulación cruzada entre los niveles de satisfacción vital y calidad de vida según la edad en los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

			SATISFACCION VITAL						
EDAD			muy bajo	bajo	promedio	alto	muy alto	Total	
60 a 66 años	CALIDAD DE VIDA	poco satisfecho	0	1	0	1	0	2	
		más o menos satisfecho	0.0%	5.9%	0.0%	2.4%	0.0%	2.7%	
	CALIDAD DE VIDA	más o menos satisfecho	2	13	12	36	1	64	
		bastante satisfecho	100.0%	76.5%	100.0%	87.8%	100.0%	87.7%	
		bastante satisfecho	0	3	0	4	0	7	
	Total			0.0%	17.6%	0.0%	9.8%	0.0%	9.6%
				2	17	12	41	1	73
			100.0%	100.0%	100.0	100.0%	100.0%	100.0%	
67 a 71 años	CALIDAD DE VIDA	más o menos satisfecho	0	0	4	14	1	19	
		bastante satisfecho	0.0%	0.0%	100.0%	87.5%	100.0%	90.5%	
	CALIDAD DE VIDA	bastante satisfecho	0	0	0	2	0	2	
		bastante satisfecho	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	9.5%	
	Total		0	0	4	16	1	21	
			0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
71 a 81 años	CALIDAD DE VIDA	poco satisfecho	0	1	0	0	0	1	
		más o menos satisfecho	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	
	CALIDAD DE VIDA	más o menos satisfecho	0	0	2	4	0	6	
		bastante satisfecho	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	85.7%	
	Total		0	1	2	4	0	7	
			0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
Total	CALIDAD DE VIDA	poco satisfecho	0	2	0	1	0	3	
		más o menos satisfecho	0.0%	11.1%	0.0%	1.6%	0.0%	3.0%	
	CALIDAD DE VIDA	más o menos satisfecho	2	13	18	54	2	89	
		bastante satisfecho	100.0	72.2%	100.0%	88.5%	100.0%	88.1%	
		bastante satisfecho	%						
	Total		0	3	0	6	0	9	
			0.0%	16.7%	0.0%	9.8%	0.0%	8.9%	
Total		2	18	18	61	2	101		
			100.0	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
			%						



**Figura 9.** Gráfico de barras de distribución de frecuencias entre satisfacción vital y calidad de vida según la edad en los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

**Fuente:** Ídem tabla 2.

En la tabla 10 y figura 9 se observa que del 87.7% (64) de los niveles de más o menos satisfecho de calidad de vida según la edad de 60 a 66 años de edad, donde el 87.8% (36) están en un nivel de satisfacción alto, el 76.5% (13) están en un nivel de satisfacción bajo, el 100.0% (12) están en un nivel de satisfacción promedio, el 100.0% (2) están en un nivel de satisfacción muy muy bajo, el 100% (1) están en el nivel de satisfacción muy alto; del 9.6% (7) de los niveles de bastante satisfecho de calidad de vida, el 9.8% (4) están en un nivel de satisfacción alto, el 17.6% (3) están en un nivel de satisfacción bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles; del 2.7% (2) de los adultos mayores que se ubican en el nivel poco satisfecho de calidad de vida, el 2.4% (1) están en un nivel de satisfacción alto, el 5.9% (1) están en un nivel de satisfacción bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida.

Del 90.5% (19) niveles de más o menos satisfecho de calidad de vida según la edad de 67 a 71 años de edad, donde el 87.8% (14) están en un nivel de satisfacción alto, el 100.0% (4) están en un nivel de satisfacción promedio, el 100.0% (1) están en un nivel de satisfacción muy bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida; y el 9.5% (2) niveles de bastante satisfecho de calidad de vida, donde el 12.5% (2) están en los niveles de satisfacción alto, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida.

Del 85.7% (6) niveles de más o menos satisfecho de calidad de vida según la edad de 71 a 81 años de edad, donde el 100.0% (14) están en un nivel de satisfacción alto, el 100.0% (2) están en un nivel de satisfacción promedio, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida; y el 14.3% (1) niveles de poco satisfecho de calidad de vida, donde el 100.0% (1) están en el nivel de satisfacción bajo, no encontrándose ninguno en los demás niveles de satisfacción vital y calidad de vida

**Tabla 11**

*Prueba estadística de contrastación de hipótesis Tau - c de Kendall entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

Tau-c de Kendall	Coeficiente de Correlación (r)	<i>Calidad de vida</i> Significancia (P_valor)
<i>Satisfacción vital</i>	-.027	.629
N de casos válidos		101

Se observa en la presente tabla 11, que el coeficiente de correlación Tau-c de Kendall es muy bajo con un valor de  $r=,027$  y una significancia estadística de  $p=,629$  por lo que se concluye que no existe correlación estadística significativa a un  $p$ : valor de  $P<,05$  entre las variables satisfacción vital y calidad de vida de los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

**Tabla 12**

*Prueba estadística de contrastación de hipótesis Tau - c de Kendall entre la satisfacción vital y la calidad de vida según el sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

SEXO			Valor	Aprox. Sig.
hombre	Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.043	.516
	N de casos válidos		53	
mujer	Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.005	.954
	N de casos válidos		48	
Total	Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.027	.629
	N de casos válidos		101	

**Fuente:** Ídem a la tabla 2

Se observa en la presente tabla 12, que el coeficiente de correlación Tau-c de Kendall es muy bajo, para el sexo hombre, con un valor de  $r = ,043$  con una significancia estadística de  $*p = ,516$  (dos colas) por lo que se concluye que, no existe correlación estadística significativa a un  $p\_valor$  de  $*P < ,05$  (dos colas) entre las variables satisfacción vital y calidad de vida para el sexo hombre en los adultos mayores; el coeficiente de correlación Tau-c de Kendall es muy bajo, para el sexo mujer, con un valor de  $r = ,005$  con una significancia estadística de  $*p = ,954$  (dos colas) por lo que se concluye que, no existe correlación estadística significativa a un  $p\_valor$  de  $*P < ,05$  (dos colas) entre las variables satisfacción vital y calidad de vida para el sexo mujer en los adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.

**Tabla 13**

*Prueba estadística de contrastación de hipótesis Tau - c de Kendall entre la satisfacción vital y la calidad de vida según la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.*

EDAD			Valor	Aprox. Sig.
60 a 66 años	Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-.008	.898
	N de casos válidos		73	
67 a 71 años	Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.054	.282
	N de casos válidos		21	
72 a 81 años	Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.490	.195
	N de casos válidos		7	
<b>Total</b>	Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.027	.629
	N de casos válidos		101	

**Fuente:** Ídem a la tabla 2

Se observa en la presente tabla 13, que el coeficiente de correlación Tau-c de Kendall es muy bajo y negativo, para el grupo atareo de 60 a 66 años, con un valor de  $r = -.008$  con una significancia estadística de  $*p = .898$  (dos colas) por lo que se concluye que, no existe correlación estadística significativa a un  $p\_valor$  de  $*P < .05$  (dos colas) entre las variables satisfacción vital y calidad de vida para el grupo atareo de 60 a 66 años en los adultos mayores; el coeficiente de correlación Tau-c de Kendall es muy bajo, para el grupo atareo de 67 a 71 años, con un valor de  $r = .054$  con una significancia estadística de  $*p = .282$  (dos colas) por lo que se concluye que, no existe correlación estadística significativa a un  $p\_valor$  de  $*P < .05$  (dos colas) entre las variables satisfacción vital y calidad de vida para el grupo atareo de 67 a 71

años en los adultos mayores; el coeficiente de correlación Tau-c de Kendall es medio, para el grupo atareo de 72 a 81 años, con un valor de  $r = ,490$  con una significancia estadística de  $*p = ,195$  (dos colas) por lo que se concluye que, no existe correlación estadística significativa a un p\_valor de  $*P < ,05$  (dos colas) entre las variables satisfacción vital y calidad de vida para el grupo atareo de 72 a 81 años en los adultos mayores de Realengal – Tumbes, 2016.

## 5.2 Análisis de resultados

El propósito de la investigación fue determinar si existe relación significativa entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor de caserío de Realengal-Tumbes, 2016. Los resultados hallados muestran un coeficiente de correlación Tau – c de Kendall, muy bajo con un valor de  $r = - ,027$  con una significancia estadística de  $p = ,629$  por lo que se concluye, que no existe correlación significativa a un  $p < 0.05$  . Entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor de caserío de Realengal - Tumbes, 2016. Este resultado es similar al obtenido por la investigación de Landaveri (2014) en su estudio titulado: Relación entre la satisfacción vital y el rendimiento académico promedio de los estudiantes de 5° año de nivel secundario de la institución educativa “7 de enero” del distrito de corrales - Tumbes, 2014, en la que se encontró que no existe relación significativa entre las variables

Uno de los objetivos específicos fue identificar el nivel de satisfacción vital del adulto mayor del caserío de Realengal, encontrándose que el 60.4% de los adultos mayores se ubican en un nivel alto de satisfacción vital; similar al resultado Del Risco (2007), en su estudio titulado “Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor”; quien concluye que el 44.19% se ubica en el nivel satisfecho de la satisfacción vital.

En relación con el objetivo: identificar el nivel de calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal, el 88.1% de los adultos mayores se ubican en un nivel más o menos satisfecho de calidad de vida; similar al resultado de Polonio (2007) en su estudio titulado “Predictores de la calidad de vida en ancianos que

utilizan recursos asistenciales especializados”. Quien concluye que el 48.8% se ubica en el nivel alto de calidad de vida.

Con respecto al objetivo: correlacionar la satisfacción vital y la calidad de vida según sexo del adulto mayor del caserío de Realengal, no existe correlación estadística significativa entre satisfacción vital y la calidad de vida para el sexo masculino y femenino. Similar al resultado de Vazquez (2012) en su estudio titulado “Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos” quien concluye que no hay una relación significativa del sexo con las puntuaciones de la SWLS lo que confirma el patrón de resultados normalmente hallado.

Así mismo no existe correlación estadística significativa entre satisfacción vital y calidad de vida para el grupo etario de 67 a 71 años de edad, tampoco en el grupo etario de 72 a 81 años de edad. Similar al resultado de Tello (2015) en su estudio titulado nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del minsa, 2014 donde se concluye que no existe relación significativa entre satisfacción vital y la edad del adulto mayor.

## **VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Del trabajo realizado se desprenden las siguientes conclusiones:

### **6.1 CONCLUSIONES**

1. No existe relación significativa entre la satisfacción vital y calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal –Tumbes 2016.
2. El 60.4% de los adultos mayores del caserío de Realengal –Tumbes 2016. Se encuentran en un nivel alto de satisfacción vital.
3. El 88.1% de los adultos mayores del caserío de Realengal –Tumbes 2016. Se encuentran en un nivel más o menos satisfecho de calidad de vida.
4. No existe relación significativa entre las variables de satisfacción vital y calidad de vida según el sexo del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes 2016.
5. No existe relación significativa entre las variables de satisfacción vital y calidad de vida según la edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes 2016.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

Después de los datos obtenidos y de nuestras conclusiones puedo dirigir mis recomendaciones en primer lugar a:

- 1.** A la gobernadora del caserío de Realengal, para que con ayuda del alcalde de corrales puedan realizar conjuntamente campañas médicas en beneficio de los adultos mayores para así contribuir a su salud tanto física como mental.
- 2.** Al alcalde de corrales que se les brinde oportunidad de empleos dignos a los adultos mayores ya que no todos cuentan con el apoyo económico de sus familias, y se ven en la necesidad de trabajar para poder sobrevivir, son personas capaces que todavía pueden ofrendar mucho a la sociedad.
- 3.** A los familiares realizar las respectivas coordinaciones con los diferentes programas de ayuda social por parte del estado para que puedan incluir a sus adultos mayores y reciban las ayudas respectivas y de esta manera sean beneficiados.
- 4.** A los hijos de los adultos, a que les brinden amor, cariño y afecto para con sus padres y así se puedan sentir bien emocionalmente, sigan manteniendo los niveles altos de satisfacción vital y por ende buena calidad de vida.
- 5.** A los adultos mayores establecer relaciones sociales e integrarse en asociaciones o grupos que sean de su interés para que así no se sientan solos, y se mantengan ocupados.

## ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

### A

1. **Académico:** Relativo al estudio o la enseñanza oficial.
2. **Afecto:** Que es partidario de una persona o una cosa, o siente aprecio o afición por ellas.
3. **Agradecimiento:** es el sentimiento de gratitud que se experimenta normalmente como consecuencia de haber recibido de parte de alguien algo que se esperaba o que se necesitaba, de haber sido ayudado en alguna circunstancia difícil, entre otras situaciones.
4. **Amor:** abarca una gran cantidad de sentimientos diferentes, desde el deseo pasional y de intimidad del amor romántico hasta la proximidad emocional asexual del amor familiar y el amor platónico, y hasta la profunda devoción o unidad del amor religioso
5. **Anexo:** es un adjetivo que procede del vocablo latino annexus y que, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE), se emplea como sinónimo de anejo. Aquello que es anexo se encuentra añadido o está vinculado a algo o alguien.
6. **Antecedentes de la investigación:** se refieren a la revisión de trabajos previos sobre el tema en estudio, realizados por instituciones de educación superior.
7. **Autoestima:** Conocerse de sus cambios, sus propias escalas de valores y desarrolla sus capacidades; aceptarse y respetarse.

## B

- 8. Baja autoestima:** Dificultad que tiene la persona para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás.

## C

- 9. Calidad de vida:** es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc.
- 10. Caserío:** Casa de campo con tierras de labor e instalaciones, como establos, corrales, etc., que dependen de ella
- 11. Coeficientes de correlación:** medida de la relación entre dos variables mediante una fórmula matemática específica.
- 12. Conducta:** es toda manifestación del ser humano que compromete su totalidad como ser: solo puede ser comprendida en función de un medio social.
- 13. Conclusiones:** son determinaciones hechas mediante el estudio de los resultados del trabajo precedente práctica y es la ciencia que estudia las reglas y procedimientos para distinguir un razonamiento correcto (válido) o incorrecto (inválido).
- 14. Confiabilidad:** es la "capacidad de un ítem de desempeñar una función requerida, en condiciones establecidas durante un período de tiempo determinado". Es decir, que habremos logrado la Confiabilidad requerida cuando

el "ítem" hace lo que queremos que haga y en el momento que queremos que lo haga.

## **D**

**15. Decaído:** es un síntoma de distintos cuadros clínicos. Si te refieres a estar deprimido, a sufrir de depresión, es un trastorno afectivo (una enfermedad psiquiátrica) que conlleva a la desmotivación acompañada de sentimientos de infelicidad y abatimiento.

**16. Definición Operacional:** es una demostración de un proceso - tal como una variable, un término, o un objeto - en términos de proceso o sistema específico de pruebas de validación, usadas para determinar su presencia y cantidad.

**17. Definición conceptual:** Es un compuesto generalmente de pequeñas empresas independientes, organizado en una razón como base, perteneciendo al mismo sector industrial, empresas individuales especializándose en una fase en particular del proceso productivo, que se hacen valer de las instituciones locales, a través de relacionamiento de competición y cooperación.

**18. Dimensiones:** Se identifican mediante instrumentos lógicos (documentales), para lo cual se requiere definir operacionalmente el concepto teórico.

**19. Diseño:** es el proceso mediante el cual se define la representación gráfica o expositiva de un plan o programa de estudios, o de una actividad académica que deberá llevarse a cabo.

## **E**

**20. Edad:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

- 21. Encuesta:** Serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos o para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado.
- 22. Entrevista:** relación personal en forma de conversación a través de la cual el entrevistado responde a cuestiones que pueden ser libres o previamente diseñadas y planteadas por el investigador.
- 23. Enfermedades físicas:** Las enfermedades crónicas degenerativas se caracterizan por afectar el auto validez del adulto mayor reduciendo el número de actividades diarias que puede realizar.
- 24. Enfoque teórico:** es la fundamentación teórica de cualquier trabajo, la cual puede estar basada en las conceptualizaciones, definiciones, clasificaciones, antecedentes. Constituye la base fundamental para la construcción del marco teórico que puede denominarse, marco teórico conceptual o marco teórico propiamente dicho.
- 25. Estudio o método descriptivo:** tipo de estudio educativo que pretende obtener datos para describir un fenómeno dado, analizando su estructura y descubriendo las asociaciones más o menos estables de las características que lo definen. estos estudios se realizan mediante la base de una observación sistemática del fenómeno una vez producido.
- 26. Estudios de observación:** técnica de recogida de datos primarios mediante la observación perspicaz, rigurosa y sistemática para comprender el comportamiento del alumno en el transcurso de las tareas de aprendizaje (consultar el término estudios de observación externa).
- 27. Evaluación:** es la determinación sistemática del mérito, el valor y el significado de algo o alguien en función de unos criterios respecto a un conjunto de normas.

## F

- 28. Familia:** Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.
- 29. Ficha técnica** es un documento en forma de sumario que contiene la descripción de las características de un objeto, material, proceso o programa de manera detallada.
- 30. Frustración:** es la acción y efecto de frustrar (dejar sin efecto o malograr un intento). Se trata de un sentimiento desagradable que se produce cuando las expectativas de una persona no se ven satisfechas al no poder conseguir lo pretendido.

## G

- 31. Género:** Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes.

## H

- 32. Habilidades:** características de una persona que indican su poder físico o mental para desarrollar ciertas tareas dentro de un determinado campo de desempeño.
- 33. Hijos:** Es un ser que Dios nos prestó para hacer un curso intensivo de como amar a alguien más que a nosotros mismos, de cómo cambiar nuestros peores defectos para darles los mejores ejemplos y de nosotros aprender a tener coraje.
- 34. Hogar:** unión voluntaria de personas relativamente estable en un mismo espacio físico, que pueden incluir vínculos sentimentales de autoridad y solidaridad y poder

## I

- 35. Indicador:** consiste en una variable cualitativa o cuantitativa que proporciona una base simple y confiable para evaluar logros cambios o desempeño.
- 36. Instrumento de investigación:** es la herramienta utilizada por el investigador para recolectar la información de la muestra seleccionada y poder resolver el problema de la investigación, que luego facilita resolver el problema de mercadeo. Los instrumentos están compuestos por escalas de medición.
- 37. Introducción:** es una sección inicial cuyo propósito principal es contextualizar el texto fuente o reseñado que está expuesto a continuación, en general en forma de cuerpo o desarrollo del tema, y posteriormente como conclusiones
- 38. Investigación:** término muy amplio que incluye todas las actividades realizadas de manera sistemática y que conducen a nuevos conocimientos.

## J

- 39. Justificación de la justificación:** es exponer las razones por las cuales se quiere realizar. Toda investigación debe realizarse con un propósito definido. Debe explicar porque es conveniente la investigación y qué o cuáles son los beneficios que se esperan con el conocimiento obtenido.
- 40. Jurado:** es un grupo de personas que juzga a un acusado, por el gobierno o por un particular, de un crimen, o a un demandado en una causa civil, y emiten una sentencia.

## L

- 41. Licenciatura:** primer grado académico de la educación superior cuyo antecedente obligatorio es el bachillerato o equivalente, dirigido a formar actitudes, aptitudes, habilidades, métodos de trabajo y conocimientos relativos al ejercicio de una profesión.
- 42. Literatura:** en su sentido más amplio, es cualquier trabajo escrito; aunque algunas definiciones incluyen textos hablados o cantados.

## M

- 43. Marco de referencia:** conjunto de categorías y conceptos que aportan una contextualización de la sociedad, una concepción de las relaciones fundamentales que sustentan su organización y una concepción de la historia, desde allí se entiende el problema objeto de intervención profesional y el tipo de interacción entre los sujetos sociales involucrados, así se establecen los objetivos y procedimientos.
- 44. Matriz de consistencia:** Es un cuadro horizontal, conformado por columnas y filas, que consiste en presentar y resumir en forma adecuada, panorámica y sucinta los elementos básicos del proyecto de investigación, para comprender y evaluar la coherencia y conexión lógica entre el problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y metodología en la investigación a realizar.
- 45. Medición:** es el acto de medir, premunido de un instrumento, que permite comparar una medida que se tiene u obtiene con otra de su misma naturaleza estimada como unidad, patrón o estándar, para así emitir un juicio, asignar un atributo, caracterizar, interpretar, clasificar o agrupar etc.
- 46. Metodología:** se refiere a explicar la *organización del trabajo* que tendrá el curso, para la obtención del objetivo conforme a sus características (naturaleza,

intencionalidad, categoría, extensión nivel, etc.) esta organización puede señalarse en fases o pasos, por ejemplo: -de iniciación o presentación -de desarrollo o ejecución -de finalización o generalización.

**47. Muestra:** grupo de sujetos a partir de los que se recogen los datos; a menudo representa una población.

## **O**

**48. Objetivos:** son guía y referente para el desarrollo total del curso, su planteamiento debe considerar: el nivel escolar, el académico, la categoría cognitiva y los requisitos propios de formulación que considere: al verbo de entrada, estar en función del aprendiz, un acote y estructura tal que permita derivar con fluidez los de tipo específico. los objetivos generales están relacionados con el nombre del curso y derivan directamente de la fundamentación. los objetivos específicos se caracterizan por ser muy acotados en el tiempo, advierten directamente de los contenidos involucrados y en su totalidad copan los generales. en términos de criterios ambos deben tener: factibilidad, pertinencia, precisión y los específicos mayor operacionalidad

## **P**

**49. Personalidad:** Conjunto de rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la diferencian de las demás.

**50. Plan De Estudios:** documento que contiene el planteamiento de las acciones específicas de aprendizaje contempladas en un programa educativo, consta de

justificación, lista de asignaturas y otras acciones específicas de aprendizaje, perfil de egreso, perfil de ingreso e integración vertical y horizontal de las asignaturas.

**51. Población:** grupo de individuos con unas características determinadas a partir de los cuales se confecciona una muestra.

**52. Pobreza:** Escasez o carencia de lo necesario para vivir.

## R

**53. Recolección de datos:** refiere al proceso y el resultado de recolectar (reunir, recoger o cosechar algo). Un dato, por su parte, una información que permite generar un cierto conocimiento.

**54. Referencias bibliográficas:** es un conjunto mínimo de datos que permite la identificación de una publicación científica o de una parte de la misma. Por ejemplo, de monografías, publicaciones en serie, artículos, patentes, y todo tipo de contenedor de información

**55. Resultados:** consecuencias de los procesos relacionados con el programa formativo.

## S

**56. Satisfacción vital** es el principal indicador del bienestar subjetivo, importante parámetro de salud pública.

**57. Salud:** Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.

**58. Soporte emocional:** sirve de un conjunto de técnicas, como la Terapia Gestalt o la Psicología Humanista... para crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas puedan expresarse libremente.

**59. Spss:** Se trata de un programa o software estadístico que se emplea muy a menudo en las ciencias sociales y, de un modo más específico por las empresas y profesionales de investigación de mercados.

## T

**60. Técnica:** Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en un arte, en una ciencia o en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad.

**61. Tesis:** es un trabajo de investigación presentado por escrito, por lo general de libre elección, sobre un estudio, dirigido por uno o varios asesores, que presenta un estudiante de educación superior como culminación de sus estudios para obtener el título profesional o grado correspondiente (licenciatura, maestría, doctorado).

**62. Teoría de la adaptación:** también conocida como la teoría de la supervivencia o la supervivencia del más apto, es una capacidad del organismo para asimilar

**63. Tristeza:** Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto.

**64. Tumbes:** es una ciudad del extremo noroeste del Perú, capital provincial y del Departamento de Tumbes, situada cerca de la desembocadura del río Tumbes en el golfo de Guayaquil (océano Pacífico), a 30 km de la frontera con el Ecuador.

## V

- 65. Validez:** respecto a un diseño de una investigación educativa se dice que es válido cuando garantiza el control de las variables intervinientes de forma que se pueda afirmar con el mayor grado de certeza posible que los efectos obtenidos en la variable dependiente son debidos exclusivamente a la variable independiente.
- 66. Variable:** es una característica, cualidad o aspecto del sujeto, del grupo o del fenómeno educativo que puede adoptar distintos valores (p.ej. peso, edad, rendimiento académico, etc.).
- 67. Varón:** es un ser humano de sexo masculino, independientemente de si es niño o adulto. La palabra “varón” designa biológicamente al macho de la especie humana; por lo que es incorrecto el uso de la palabra hombre para referirse al varón, ya que ésta identifica al ser humano en general, tanto varones como mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

- Arellano, L. (2011). *"Percepciones negativas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores"* (Tesis de pregrado). Universidad academia de humanismo cristiano santiago de chile.
- Byron, A. (2006). *"Construcción cultural del concepto de calidad de vida"* (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia.
- Castro, S. (2009). *"el bienestar psicologico: cuatro decadas de progreso"* .*Revista interuniversitario de formación de profesorado. Universidad de zaragoza - España pag: 5. Recuperado por:* <http://es.slideshare.net/Solercanto/el-bienestar-psicologico-cuatro-dcadas-de-progreso-12491021>
- Corrales, P. (2008). *"Calidad de vida: una perspectiva individual . Universidad Nacional de Asunción. Recuperado de:* [http://www.academia.edu/5864561/Calidad\\_De\\_Vida](http://www.academia.edu/5864561/Calidad_De_Vida)
- Corugedo, R. (2013). *"Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio de cruces"*. (Tesis de pregrado).Policlinico universitario comandante Manuel Fajardo cuba.
- Del risco, A. (2007).*"Soporte social y satisfacciòn con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten al programa para el adulto mayor"*. (Tesis de licenciatura). Universidad catolica del perù lima.
- Dueñas,G, Bayarre,Vea,Triana,A,Rodriguez, P. (2009).*"Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de matanzas"*. (Tesis de licenciatura). Policlinico universitario colòn, Matanzas cuba.

- Fenco, A, (2010). "*Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes Mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 20010*" (Tesis de grado). Lima: Universidad nacional de Sam martin.
- Fernandes,G, (2009). "*Determinantes de la calidad de vida percibida por ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes españa y cuba*". (Tesis doctoral). Universidad de valencia.
- Gonzales, C (2006). "Calidad de estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades de ancianos de la ciudad de México pontificia". (Tesis de licenciatura) Universidad javeriana Bogotá Colombia.
- Guerrero,R, (2012). "*Factores sociodemograficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores*". Tumbes: Instituto nacional de bienestar.
- Hernández S. R, Fernández C. R & Baptista L (2010). *Metodología de la Investigación*. Revista mCgRAWWhI.Pag6656. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf).
- Landaveri, Z. (2014). "relación entre la satisfacción vital y el rendimiento académico promedio de los estudiantes de 5° año de nivel secundario de la institución educativa “7 de enero” del distrito de corrales –tumbes, 2014”. (Tesis de licenciatura). Universidad ULADECH Tumbes.
- Lopèz,n A, Rodriguez,C (2012). "*Nilvel de satisfacciòn del paciente del adulto mayor sobre el cuidado que brinda la emfermera en el servivio de medicina del hospital II Minsa tarapoto*". (Tesis de pregrado). Universidad nacional de Sam martin.

- Maldonado,G, Mendiola,I, (2009)."*Autopercepciòn de la calidad de vida en adultos mayores*". (Tesis de pregrado). Universidad autonoma de tamaulipas Mexico.
- Orozco, D, (2014)."*Hacia una comprension de la satisfacciòn vital percibida: Una revisiòn de la literatura sobre los factores asociados a la satisfacciòn vital de los emigrantes*". (Tesis de magister). Instituto interuniversitario de desarrollo local, España.
- Paz, A, (2011)."*Soporte social y calidad de vida en adolescentes trabajadores del distrito de Sam martin de porres*". (Tesis de magister). Universidad mayor de sam marcos, Lima Perú.
- Piug, LL, Rodriguez, A, Farras, F, LLuch, C, (2011)."*Calidad de vida, felicidad y satisfacciòn con la vida en personas ancianas de 75 años atendidos en un programa de atenciòn domiciliaria*". (Tesis de pregrado ). Universidad de barcelona,España.
- Peña, P, Terán, T, Moreno, A, Bazán, C, (2009)." *autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE*" Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado de México. *Redalyc.org*. Recuperado de: <http://redalyc.org/www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312308002>.
- Polonio, L, (2008)." *Factores predictores de la calidad de vida en ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados*". (Tesis doctoral).Universidad de castilla- Mancha, Bierio.

- Ramirez, O, (2008)."*Calidad de vida en la tercera edad ¿una población subestimada por ellos y por su entorno?*". (Tesis de magister).Universidad de Cuyo Argentina.
- Ramirez, P, Lee, M, (2012)."*Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años*". (Tesis de doctorado). Universidad de Tarapaca, Arica,Chile.
- Rodríguez. U. M (2010). *Metodologías de la investigación*. Recuperada de <https://metodologiasdelainvestigacion.wordpress.com/2010/11/19/la-tecnica-de-la-encuesta/>
- Rodriguez, A, (2014)."*El grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso Miramar Trujillo*". (Tesis de pregrado). Universidad privada Antenor Orrego,Trujillo.
- Sanchez, E, Garcia,M, Valverde,R, Perez, A, (2014)."*Enfermedades crónicas: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos*". (Tesis de pregrado). España.Universidad de Alemania.
- Suarez, S, (2013)."*Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública*". (Tesis de magister).Universidad de Chile.
- Tello, S, (2015)."*nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud de Minsa lima*". (Tesis de pregrado).Universidad nacional de Sam marcos.

Vázquez, C, Duque,A, Hervas,G, (2012)."*Escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos*". (Tesis de pregrado).Universidad de Madrid.

Zavala, L, (2009)."*Nivel de satisfacción del paciente del adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo en el 2009*". (Tesis de pregrado).Universidad mayor de Sam marcos,Lima.

## ANEXOS

### Anexo 01: Escala de satisfacción vital

#### Escala de satisfacción con la vida

A continuación se presenta una lista de opiniones que las personas tienen frecuentemente sobre sí mismas. Señale si usted está de acuerdo o no con estas opiniones respecto a usted mismo(a). Para responder marque con un aspa (“X”) en la columna (TA, A, I, D, TD) considerando la siguiente clave:

<i>TA</i>	<i>A</i>	<i>I</i>	<i>D</i>	<i>TD</i>
<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Indiferente</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>

		TA	A	I	D	TD
01.	El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar					
02.	Las condiciones de mi vida son excelentes					
03.	Estoy satisfecho con mi vida					
04.	Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida					
05.	Si pudiera vivir de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual					

## **Anexo 02: Escala de calidad de vida de olson y barnes**

A continuación le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marque la alternativa que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas correctas, ni incorrectas. No olvide responder a todas las preguntas:

### **QUE TAN SATISFECHO ESTÁ CON: BIENESTAR ECONOMICO:**

1. Los medios materiales que tiene su vivienda para vivir cómodamente.
2. Su capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada.
3. Su capacidad económica para satisfacer la necesidad de vestido de su familia.
4. Su disponibilidad económica para satisfacer las necesidades recreativas de su familia.
5. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades educativas de su familia.
6. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades de salud de su familia.
7. La cantidad de dinero que tiene para gastar diariamente.
8. La cantidad de dinero que tiene para gastar el fin de semana.
9. La capacidad económica para la adquisición de objetos personales “de lujo”.

### **AMIGOS**

10. Los amigos que frecuenta en la zona donde vive
11. Las actividades (fiestas, reuniones, deportes) que comparte con sus amigos en la zona donde reside.

12. El tiempo que comparte con sus amigos de la zona donde vive.
13. Los amigos del trabajo.
14. Las actividades que comparte con sus amigos del trabajo.
15. El tiempo que comparte con sus amigos del trabajo.
16. El número de amigos que tiene.

**VECINDARIO Y COMUNIDAD:**

17. Las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas.
18. La seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno.
19. Los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en su comunidad.
20. Las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.).
21. Los servicios que le brinda el Centro de Salud más cercano a su hogar.

**VIDA FAMILIAR Y HOGAR:**

22. La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as).
23. El número de hijos (as) que tiene.
24. Sus responsabilidades domésticas en la casa.
25. La capacidad de su hogar para brindarle seguridad afectiva.
26. Su capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar.
27. El tiempo que pasa con su familia.
28. La relación afectiva con sus padres.
29. La relación afectiva con sus hermanos.
30. La relación afectiva con sus sobrinos.

31. El apoyo afectivo que recibe de su familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).

**PAREJA:**

32. La relación afectiva con su esposa (so).  
33. El tiempo que pasa con su pareja.  
34. Las actividades que comparte con su pareja.  
35. El apoyo emocional que recibe de su pareja.  
36. El apoyo emocional que le brinda su pareja.  
37. La intimidad sexual con su pareja.

**OCIO:**

38. La cantidad de tiempo libre que tiene.  
39. Las actividades deportivas que realiza.  
40. Las actividades recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.).  
41. El tiempo que tiene para descansar.  
42. Las actividades creativas que realiza (pintura, dibujo, manualidades, etc.).

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN:**

43. El contenido de los programas de la televisión por cable y satelital (señal cerrada o privada).  
44. El contenido de los programas de radio.  
45. La cantidad de tiempo que pasa escuchando radio.  
46. La cantidad de tiempo que pasa en Internet revisando páginas no educativas.  
47. La cantidad de tiempo que pasa revisando páginas por cuestiones educativas.

48. La cantidad de tiempo que pasa “chateando”.
49. Calidad de las películas del cine nacional.
50. Calidad de las películas del cine extranjero.
51. La frecuencia con que asiste al cine.
52. Calidad de las obras de teatro.
53. La frecuencia con que asiste al teatro.
54. El contenido de los periódicos.
55. El contenido de las revistas científicas.
56. El contenido de las revistas no científicas.
57. La frecuencia con que lee revistas científicas.
58. La frecuencia con que lee revistas no científicas.

#### **RELIGIÓN:**

59. La vida religiosa de su familia.
60. La frecuencia de asistencia a misa.
61. Su relación con Dios.
62. El tiempo que le brinda a Dios.
63. El amor que le brinda a Dios.
64. Las actividades que organizan su templo o iglesia.
65. La vida religiosa de su comunidad.

#### **SALUD:**

66. Su salud física.
67. Su salud psicológica.
68. La salud física de otros miembros de su familia nuclear (esposo(a), hijo(s),  
(as).

69. La salud psicológica de otros miembros de tu familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).

### ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

Nombre y Apellidos:..... Edad:.....Sexo: M ( ) F ( )  
 ) Fecha de Hoy...../...../.....

Satisf = 1, Poco satisf = 2, + o - Satisf = 3, Bastan Satisf =4,  
 Compl Satisf = 5

	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

	1	2	3	4	5
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					

### **Anexo 03: validez y confiabilidad de la escala de satisfacción vital**

**Validez:** Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000) informan que al efectuar un análisis factorial exploratorio se encontró una matriz de correlaciones apropiada para proseguir el análisis; la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que los ítems no eran independientes (Prueba de Bartlett=1375.71;  $p < 0.001$ ) y el coeficiente de Kaiser, Meyer-Olkin indicó que los ítems explicaban adecuadamente las correlaciones entre pares de ítems (K-M-O = 0.86). Se extrajo una estructura mono factorial que explicó el 53.7% de la varianza total, teniendo todos los ítems pesos factoriales entre 0.63 y 0.83. El análisis factorial confirmatorio mostró que el modelo fue bastante aceptable al tener un buen ajuste a los datos (Consiente Ji cuadrado/ grados de libertad < 3). En este segundo análisis factorial las saturaciones factoriales oscilaron entre 0.69 y 0.88. Al evaluarse la validez de constructo se encontró correlaciones positivas con sentimientos de felicidad ( $r = 0.046$ ;  $p < 0.001$ ) y con satisfacción en el ámbito escolar ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.001$ ), en tanto hubo una correlación negativa con sentimientos de soledad ( $r = -0.31$ ;  $p < 0.001$ ).

**Confiabilidad:** Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000) realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas de esta escala en 697 estudiantes varones y mujeres de 11, 13 y 15 años de edad de la comunidad de Valencia (España). El análisis de consistencia interna muestra que obtiene un indicador muy bueno ( $\alpha = 0.84$ ) y que ningún ítem aumentaría este coeficiente de ser eliminado.

## **Validez y confiabilidad de la escala de calidad de vida**

### **Validez**

El proceso de Validación de Constructo de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, se realizó a partir del análisis factorial, tal como lo sugiere Muñiz (1996). Por otro lado, si entendemos que la calidad de Vida debe conceptualizarse dentro de los dominios de las experiencias vitales de los individuos, en donde cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital y en donde la satisfacción dentro de cada dominio, constituye un juicio individual subjetivo, con los resultados del presente estudio se estarían confirmando la estructura teórica de la Escala.

### **Confiabilidad**

Se realizó un análisis de la consistencia interna a partir del coeficiente Alfa de Cronbach para la muestra total (.95); para la muestra de varones (.95) y para las mujeres (.94). Como se observan los valores anteriores y los que se muestran en la tabla 2, son mayores a , 80 y por lo tanto tal como lo señalan algunos autores el nivel de confiabilidad es muy buen o elevado (De Vellis, citado en García, 2006; Kaplan & Zacusso, citados en Hogan, 2004). El estudio de la confiabilidad también incluyó el análisis de los factores identificados.



		<p>. Identificar el nivel de calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal-Tumbes, 2016.</p> <p>- Correlacionar la satisfacción vital y la calidad de vida según sexo y edad del adulto mayor del caserío de Realengal – Tumbes, 2016.</p> <p>-Establecer la relación entre la satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal –</p>	<p>Tumbes 2016.</p>	<p>por 101 adultos mayores de ambos sexos del caserío de Realengal – Tumbes 2016.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>- El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, debido a que los sujetos estaban disponibles y en base a un conocimiento previo de la población se tomó como muestra al total de la población: 101 adultos mayores.</p> <p>.</p> <p><b>Criterios de Inclusión:</b></p> <p>-Adultos mayores varones y mujeres</p>	
--	--	--	---------------------	--	--

		Tumbes, 2016.		<p>del caserío de Realengal</p> <p>-Adultos mayores que aceptaron participar en la investigación.</p> <p>- Adultos mayores que respondieron a la totalidad de los ítems.</p> <p><b>Criterios de Exclusión:</b></p> <p>- Adultos mayores que no aceptaron participar en la investigación.</p> <p>- Adultos mayores con discapacidad intelectual o sensorial.</p> <p>-Adultos mayores que no respondieron la totalidad de ítems</p>	
--	--	---------------	--	---	--

## **Anexo 05: Consentimiento informado**

Yo. Evelyn Ibeczabeth Rosillo Peña, identificado con DNI: 48270829 mayor de edad, con domicilio en Realengal- Tumbes. Manifiesto mi consentimiento para participar en la presente Investigación titulada: Relación entre Satisfacción vital y la Calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes, 2016, con el objetivo fundamental de determinar relación entre satisfacción vital y la calidad de vida en el adulto mayor.

Manifiesto, que mi participación consistirá en la determinación del objetivo fundamental antes señalado, mediante la aplicación de los instrumentos psicológicos.

Trabajare con una cantidad aproximado de 101 adultos mayores para la aplicación de las escalas psicológicas.

Es mi derecho, de retirarme del estudio en cuestión, en cualquier momento que lo considere pertinente.

Se me ofrece, la seguridad de que los datos que se obtengan del estudio, serán manejados en forma confidencial, y serán utilizados únicamente para los fines antes mencionados.

---

Nombre y Firma de la gobernadora

---

Nombre y firma del Responsable  
Del estudio de investigación.