

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores de Chiclayo,
2024**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

Marie Jannet Garcia Davila

ASESOR

Estela Marcelo Ascencio

<https://orcid.org/0000-0002-5524-2694>

Chiclayo, 2026

**Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores de
Chiclayo, 2024**

PRESENTADA POR
Marie Jannet Garcia Davila

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

APROBADA POR

Nelly Patricia Becerra Escate
PRESIDENTE

Elmer Diaz Villanueva
SECRETARIO

Estela Marcelo Ascencio
VOCAL

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía constante y darme la fortaleza en los momentos de desesperación.

Gracia a él este logro ha sido posible.

A mis padres, por su amor incondicional, entrega y su ejemplo de perseverancia.

A mis hermanas, por acompañarme con cariño y motivarme con sus palabras. Ustedes son mi refugio y mi impulso.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a Dios, por brindarme la sabiduría, la salud y las oportunidades para llegar hasta aquí.

A mi familia, por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Gracias por su paciencia, amor, comprensión y palabras de aliento que me impulsaron en cada momento.

A mis docentes y asesores, por su paciencia y orientaciones con compromiso y vocación.

A las instituciones que abrieron sus puertas para la realización de esta investigación, y a cada uno de los adultos mayores que participaron, por confiar y brindarme su tiempo y experiencia.

Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores de Chiclayo, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	core.ac.uk	Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Católica San Pablo	Trabajo del estudiante	1%
3	hdl.handle.net	Fuente de Internet	1%
4	www.coursehero.com	Fuente de Internet	1%
5	dspaceapi.uai.edu.ar	Fuente de Internet	1%
6	www.researchgate.net	Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola	Trabajo del estudiante	1%
8	worldwidescience.org	Fuente de Internet	1%
9	pesquisa.bvsalud.org	Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de Literatura	10
Antecedentes.	10
Bases Teóricas.....	12
Materiales y Métodos	21
Resultados y Discusión	25
Referencias.....	29

Resumen

La calidad de vida y el apoyo social percibido son aspectos fundamentales para el bienestar de los adultos mayores. Por ende, este estudio buscó determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social de los adultos mayores en Chiclayo. Asimismo, buscó identificar los niveles de ambas variables en esta población. La investigación se enmarca en un diseño no experimental, con un alcance descriptivo correlacional, abarcando la participación de 120 adultos mayores entre varones y mujeres cuyas edades oscilan entre los 60 y 80 años. Para la recolección de la información se utilizaron como instrumentos el cuestionario MOS para medir el apoyo social percibido y el WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida, cabe señalar que el instrumento MOS fue adaptado en esta investigación al contexto peruano y WHOQOL-OLD fue adaptado por Quierolo (2020). Dentro de los hallazgos más resaltantes se encontró que a mayor nivel de apoyo social percibido existe una mejor percepción de la calidad de vida en los adultos mayores. Además, se encontró un nivel medio en calidad de vida y apoyo social percibido, lo que indica una percepción promedio del bienestar físico, mental y socioemocional, así como de la sensación de ser valorado, escuchado y amado por su entorno más cercano, en la población estudiada. Desde este estudio, se recomienda seguir profundizando en el contexto peruano el análisis de ambas variables, y en acciones específicas de intervención sobre la población foco.

Palabras clave: Calidad de vida, apoyo social percibido, adultos mayores, salud mental, envejecimiento.

Abstract

Quality of life and perceived social support are fundamental aspects for the well-being of older adults. Therefore, this study seeks to determine the relationship between quality of life and social support among older adults in Chiclayo. It also sought to identify the levels of both variables in this population. The research is framed within a non-experimental design, with a descriptive correlational scope, encompassing the participation of 120 older adults, including men and women, whose ages range from 60 to 80 years. The instruments used to collect data were the MOS questionnaire to measure perceived social support and the WHOQOL-OLD to assess quality of life. It should be noted that the MOS instrument was adapted in this research to the Peruvian context, and the WHOQOL-OLD was adapted by Quierolo (2020). Among the most notable findings, it was found that a higher level of perceived social support indicates a better perception of quality of life in older adults. Furthermore, a medium level of quality of life and perceived social support was found in the study population, indicating an average perception of physical, mental, and socioemotional well-being, as well as the feeling of being valued, listened to, and loved by those closest to them. Based on this study, it's recommended to continue to deepen the analysis of both variables in the Peruvian context, and to develop specific intervention actions for the target population.

Keywords: Quality of life, perceived social support, older adults, mental health, aging.

Introducción

En el contexto mundial el envejecimiento de la población ha emergido como un fenómeno significativo, donde la vejez se ve definida por el acumulamiento de daños moleculares y celulares durante el final de la adultez, resultando en un decremento progresivo de las habilidades en la salud física y mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En cuestión de estadísticas, los individuos mayores de 60 años aumentarán del 12% al 22% entre 2015 y 2050. En 2020, este segmento de la población sobrepasó al de infantes; y se estima que, para 2050, el 80% de los ancianos residirá en naciones con ingresos bajos y medios. (OMS, 2022). Esto supone desafíos importantes en el sistema de salud y asistencia social; ya que los adultos mayores enfrentan una mayor vulnerabilidad de enfermedades, lo que requiere una atención especializada para garantizarles una buena calidad de vida y apoyo social.

En el contexto peruano, la distribución por edad y sexo de la población atraviesa transformaciones notables por los cambios demográficos significativos de los últimos años. En la década de los cincuenta aproximadamente 42 de cada 100 personas tenían menos de 15 años. Para el 2023 esta proporción disminuyó a 24 de cada 100. Desde 1950 el porcentaje de adultos mayores ha pasado del 5,7% al 13,6% en 2023 (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2024). En este contexto, es esencial garantizar que esta población tenga buena calidad de vida, reconociendo su valor y contribución a la sociedad.

En el contexto demográfico local las cifras confirman el crecimiento del segmento de adultos mayores, y subrayan necesidad de atención especial. Según el Perfil Sociodemográfico del departamento publicado por el INEI (2023), en el censo de 2007, la población adulta mayor asciende a 104 290 personas, lo cual representa el 9,4 % del total de la población censada en el departamento de Lambayeque. Además, datos más recientes del Gobierno Regional de Lambayeque muestran que, de las 16 899 personas adultas mayores en situación de alto riesgo y con discapacidad severa en la región, 8 843 residen en la provincia de Chiclayo (Gobierno Regional de Lambayeque, 2020). Estas.

Por ello, se considera adulto mayor a toda persona de 60 años o más, grupo que, en determinados contextos, puede encontrarse en situación de vulnerabilidad, especialmente cuando reside solo. La Ley de la Persona Mayor N° 30490 estipula en su Artículo 5, inciso 5.1 el derecho de los adultos mayores a pertenecer a una familia y comunidad para envejecer (Congreso de la República, 2016). Sin embargo, algunos adultos mayores no tienen esta posibilidad; y son quienes viven solos, en aislamiento o en asilos, por lo que se vuelve fundamental conocer si el mantener una red de apoyo influye en mejorar su calidad de vida.

En este sentido, la calidad de vida se convierte en un tema de creciente interés en la investigación gerontológica debido al aumento de la población anciana a nivel global. Este concepto se entiende como una evaluación subjetiva y multidimensional que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la vida de una persona mayor (Rubio et al., 2015). Según la OMS (1998), la calidad de vida incluye la percepción del estado de la salud, el bienestar psicológico, grado de independencia, las interacciones sociales presentes, condiciones ambientales y las creencias personales entre otros aspectos. En el contexto de los adultos mayores ingresados en asilos puede aumentar el nivel de dependencia de los residentes, quienes tienden a reducir su actividad diaria y adoptar una actitud pasiva debido a la percepción de un mayor desvalimiento personal y la baja sensación de control sobre su entorno (Leturia, 1999).

Un aspecto fundamental para que la calidad de vida se mantenga e incluso aumente en esta etapa de la vida, es el apoyo social. Este concepto se refiere a la sensación de ser amado, cuidado, valorado y estimado, que surge de las relaciones interpersonales y de apoyo en la

sociedad (García, como se citó en Fernández et al., 2010). En la vejez, los sistemas de respaldo social son cruciales y tienen un gran impacto en la salud. Los estudios han revelado que la carencia de apoyo, particularmente por parte de los familiares, incrementa la probabilidad de padecer enfermedades, y que tener redes sociales de apoyo limitadas aumenta el riesgo de diversos trastornos psicológicos (Cunurana como se citó en Fernández et al., 2010). En el caso de los adultos mayores que residen en asilos, el apoyo social que perciben puede provenir tanto de otros residentes como del personal del centro, y este apoyo podría adquirir un impacto relevante en su calidad de vida; sin embargo, es importante considerar que el apoyo social se vea limitado por las dificultades para trasladarse fuera del asilo, lo que disminuye la posibilidad de relacionarse con individuos que podrían integrarse a su red de soporte social.

En investigaciones sobre la estructura de apoyo social de las personas de la tercera edad, se abordan distintos elementos: tamaño de la red de apoyo, integrantes de la familia, otros miembros como compañeros, residentes y especialistas, así como el respaldo emocional, material, instrumental o informativo. La cantidad de apoyo social y sus elementos impactan en la percepción favorable que los ancianos tienen sobre su aptitud para realizar por sí mismo actividades diarias (Acuña y Gonzáles, 2010).

Adicionalmente, es importante que la persona reconozca la existencia de su red de apoyo, a esto se le conoce como, apoyo social percibido. En estudios como los realizados por Paredes y colaboradores (2024), esta variable demostró ser importante para mantener la calidad de vida en el adulto mayor en el confinamiento, disminuyendo los niveles de depresión e ideas de soledad. Así pues, el apoyo social lo definen como un sistema de ayuda que acompaña a las personas con o sin discapacidad para facilitar su desenvolvimiento, este tipo de soporte tiene un impacto positivo en la adaptación y ajuste a un estilo de vida, por lo que se considera crucial para el bienestar de los adultos mayores. Por el contrario, la baja percepción de apoyo social en adultos mayores se asocia con mayor riesgo de depresión y mayor probabilidad de deterioro cognitivo o demencia, además de relacionarse con mayor ideación suicida y peor ajuste ante enfermedades crónicas (Tengku et al., 2019).

En este marco, es relevante comprender la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en la población de adulto mayores. Si bien en la literatura científica se ha demostrado que, a mayor apoyo social percibido, hay mejora en la calidad de vida debido a que esta puede actuar como un amortiguador del estrés y promover conductas saludables. En aquellos adultos que requieren cuidados especializados, es importante investigar cómo el apoyo social percibido puede mitigar los efectos negativos y contribuir a una mejor calidad de vida (Cáceres, 2021).

Es por esto que se plantea la pregunta de investigación sobre ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en los adultos mayores de Chiclayo, 2024?

Por consiguiente, la hipótesis de investigación es: existe una relación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en los adultos mayores de Chiclayo. Entonces, a mayor nivel de apoyo social percibido, mayor será la calidad de vida en los adultos mayores de Chiclayo. Sin embargo, la hipótesis nula, propone que no existe una relación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en los adultos mayores de Chiclayo.

En este sentido el objetivo principal de esta investigación fue: determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en los adultos mayores de la ciudad de Chiclayo durante el año 2024. De manera específica: a) identificar los niveles de calidad de vida en adultos mayores, Chiclayo, 2024. b) identificar los niveles de apoyo social percibido en adultos mayores, Chiclayo, 2024.

En relación con la importancia de esta investigación, desde una perspectiva teórica, esta investigación se alineó con lo documentado en la literatura acerca de la relevancia del soporte social y su influencia en el bienestar de los adultos mayores. Por lo tanto, se buscó fortalecer esta base teórica en un contexto donde la población tuvo acceso a cuidados especializados según sus necesidades, pero que, de igual manera, limitó sus relaciones interpersonales.

Desde una perspectiva social, esta investigación fue fundamental porque abordó cuestiones cruciales que enfrentaron directamente los adultos mayores, en un contexto de envejecimiento poblacional. Al comprenderse de mejor manera estos fenómenos, se pueden tomar como base estos hallazgos para la elaboración de estrategias que favorezcan su adaptación positiva en la sociedad.

La presente investigación se justificó en el aspecto práctico en su potencial para dar a conocer el estado de la salud mental de esta población vulnerable; identificando cómo el apoyo social percibido se relacionó con la calidad de vida de los adultos mayores. Los hallazgos ofrecen información que puede servir como base referencial para investigaciones posteriores o para el diseño de estrategias institucionales.

Revisión de Literatura

Antecedentes.

En Chile, Quiroga et al. (2022) realizaron un estudio con la finalidad de analizar los niveles de apoyo social y la calidad de vida en personas mayores durante la pandemia. Se utilizó un enfoque cuantitativo de tipo transversal, realizando un estudio correlacional descriptivo. Fueron 141 individuos, 51 hombres y 90 mujeres, parte de la muestra estudiada. Utilizaron la Escala de Apoyo Social (EAS) y el WHOQOL-BREF para calidad de vida. Los resultados indicaron que la mayor parte de los participantes percibieron su calidad de vida de manera positiva, con más del 68% calificándola como "normal" o "bastante buena". Se observó que el apoyo familiar y social jugaron un papel protector en la calidad de vida. Concluyeron, que niveles elevados de apoyo social de familiares y amigos, en conjunto con una calidad de vida satisfactoria en aspectos como la salud física, mental, ambiental y las interacciones sociales, se favorece una percepción optimista de la calidad de vida en personas mayores. Además, se detectó una correlación moderada entre el soporte social y la calidad de vida, así como entre el respaldo de los amigos y la calidad de vida. Este antecedente confirma la relación esperada entre las variables y refuerza su relevancia como factor psicosocial clave en contextos de vulnerabilidad.

En México, Váldez y Álvarez (2018), buscaron analizar la relación entre la calidad de vida y el respaldo familiar en adultos mayores afiliados al centro de salud del sistema social mexicano. El estudio se presentó como un análisis observacional, transversal y analítico, que se realizó a través de encuestas y entrevistas directas. Los instrumentos usados para evaluar incluyeron una encuesta sociodemográfica, el cuestionario WHOQOL-OLD y el cuestionario MOS. La población estudiada consistió en 368 adultos mayores. Los hallazgos mostraron que el 50% de los adultos mayores consideraban tener una calidad de vida buena. En cuanto sus dimensiones, la intimidad obtuvo la calificación más alta (64.9%), seguida de actividades de presente, pasado y futuro (59.0%), mientras que habilidades sensoriales fue la más baja (62.5%). Respecto al respaldo familiar, el 78.3% de los adultos mayores lo percibían. Se halló una correlación importante entre calidad de vida y respaldo social, sugiriendo que una mayor red de apoyo está vinculada a una mejor calidad de vida. En conclusión, el apoyo social proveniente de la familia es una fuente determinante para la calidad de vida del adulto mayor y justifica emplear estos instrumentos estandarizados para medir ambas variables. También

resulta necesario replicar y actualizar la investigación en la ciudad de Chiclayo durante 2024 para evaluar la consistencia de la asociación en un contexto sociocultural y temporal distinto.

En Cuba, Alfonso et al. (2016) realizaron una investigación para analizar la calidad de vida y el apoyo social percibido por adultos mayores que formaban parte del círculo de abuelos, de enero a marzo del 2014. Su método fue no experimental, transversal y descriptivo, trabajando con 20 participantes por muestra probabilística. Se utilizaron la Escala M.G.H de calidad de vida, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y entrevistas semi-estructuradas como instrumentos de medición. Los hallazgos mostraron que la mayoría de los adultos mayores (75%) percibían un alto apoyo social; sin embargo, solo una parte de ellos presentaban niveles altos de calidad de vida (40%). Los resultados evidencian la presencia de variables socioemocionales presentes durante el envejecimiento, las cuales requieren ser analizadas en contextos locales como Chiclayo, con una muestra mayor y otras metodologías para comprender su impacto real.

En Madrid, Esquivias (2015) realizó un estudio que examinó cómo se relacionan la calidad de vida y el apoyo social percibido en una muestra de 60 personas mayores, con edades entre 75 y 90 años. La investigación incluyó tres grupos, de 20 individuos: uno que residía en residencias de tercera edad, otro que vivía en sus hogares acompañados, y un tercer grupo que vivía solo. Se utilizó un diseño transversal y se midió la calidad de vida utilizando el cuestionario WHQOL-BREF, mientras que el apoyo social percibido se midió con el cuestionario Duke-UNC. Los resultados evidenciaron niveles similares de apoyo social en los 3 grupos y una relación positiva importante entre el apoyo social percibido y la calidad de vida; lo cual respalda que la percepción de apoyo mantiene su relación con la calidad de vida aun en poblaciones de edad muy avanzada, independientemente del lugar de residencia o de la participación en actividades de ocio.

En Lima, Marín (2024) realizó una investigación para explorar la relación entre cómo los adultos mayores con enfermedades crónicas perciben su calidad de vida, su resiliencia y el apoyo social. Se utilizó el diseño de estudio no experimental y correlacional, realizando un censo en 57 adultos mayores de ambos géneros. Midieron la calidad de vida utilizando el SF-36 sobre salud en general, la escala de resiliencia de Castilla, y la escala de Zimet. Los hallazgos revelaron que no existía una correlación relevante entre el respaldo social percibido y la calidad de vida en todas sus dimensiones, incluyendo las fuentes de soporte en la familia, en amigos y parte de otros significativos. Los resultados obtenidos son contradictorios a la hipótesis de correlación que se asume, lo cual exige profundizar en el análisis de las variables de estudio en adultos mayores según el contexto.

En Tacna, Paredes et al. (2024) publican un estudio para determinar el nivel de apoyo social percibido por adultos mayores durante la pandemia COVID 19. El estudio se posiciona como cuantitativo, descriptivo, transversal. Para evaluar el nivel de apoyo social, se utilizó la Escala de Zimet, la cual se aplicó a una muestra de 119 adultos mayores que asistían a un centro de día. Los resultados señalaron que el promedio de respaldo social percibido en la muestra fue de 59,85, evaluado como positivo. Se notó una leve disparidad entre los sexos, con las mujeres informando una mayor percepción de respaldo social. También se descubrió que aquellos con educación preparatoria o de posgrado tenían una percepción más alta de respaldo. El estudio concluye que existe una percepción considerablemente buena sobre el apoyo social en adultos mayores institucionalizados como no institucionalizados. En este sentido, este constructo puede fortalecerse o debilitarse según determinadas condiciones, como el entorno y las relaciones significativas, lo que justifica la necesidad de estudiarlo con mayor profundidad y no de forma aislada, sino en correlación con otras variables que permitan comprender de manera más integral el proceso de envejecimiento.

En Arequipa, Simbala y Neira (2021) llevaron a cabo un estudio para investigar el vínculo entre el apoyo social y los grados de soledad social en adultos mayores de Cayma. Se trabajó con un total de 145 adultos mayores de entre 65 y 85 años, administrando el cuestionario MOS para evaluar el nivel de apoyo social, y la prueba de Este II para medir los grados de soledad social, en un tipo de estudio relacional. Los hallazgos demostraron que la mayoría de los ancianos tenían un nivel medio de apoyo afectivo (62,8%), emocional (69%) e instrumental (66,9 %), así como una interacción social media (68,3%). Además, casi la mitad resultó en un nivel máximo o medio de apoyo social, con solo un pequeño porcentaje que indicó un nivel mínimo de apoyo social. Este antecedente, configura un sustento empírico que evidencia la presencia del apoyo social en la población adulta mayor en todas sus dimensiones, consolidándolo como una variable relevante para su análisis en relación con la calidad de vida y otras variables que influyen en el proceso de envejecimiento.

En Lima, Hernández et al. (2016) realizaron un trabajo con el propósito de medir la calidad de vida en adultos mayores de zonas urbanas y rurales. El estudio realizó con un corte transversal en cuatro distritos rurales y uno ciudadano durante el periodo comprendido entre octubre de 2014 y enero de 2016, asumiendo una muestra de 447 adultos, midiendo la calidad de vida con los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Los hallazgos señalaron que los adultos mayores que residían en áreas rurales poseían un nivel superior de calidad de vida en comparación con los adultos mayores de zonas urbanas. Los residentes rurales obtuvieron puntuaciones más altas en "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades del pasado, presente y futuro", "Participación social" y en el puntaje total del instrumento. En cambio, los adultos mayores que vivían en áreas urbanas solo mostraron una mejor calidad de vida en la dimensión "Intimidad". Estos descubrimientos destacan la influencia del lugar de residencia en la calidad de vida de los adultos mayores evaluados, siendo el entorno rural el que mostró una mayor calidad de vida en la mayoría de los aspectos considerado. Este antecedente confirma el carácter multidimensional del concepto analizado en el adulto mayor y evidencia que su percepción no depende exclusivamente de las condiciones materiales, sino de múltiples factores sociales y emocionales, lo que justifica el estudio de variables como el apoyo social.

Bases Teóricas

Envejecimiento

Entiéndase como adulto mayor a cualquier individuo que supere los 60 años (Congreso de la República, 2016). Según Pinilla et al. (2021) el envejecimiento puede ser descrito como la reducción de la habilidad del cuerpo para adaptarse al entorno. Esta fase de la vida abarca procesos biológicos, psicológicos y sociales vinculados con la edad adulta, lo cual necesita cuidados médicos especiales para asegurar una calidad de vida y bienestar óptimos en este período de la vida.

Según Delgado (como se citó en Esmeraldas et al., 2019) entre las características del envejecimiento se encuentra, la reducción de la agudeza visual y auditiva, la merma de masa muscular y ósea, el decremento en la capacidad cognitiva y aparición de enfermedades crónicas. Este proceso es universal, propio en todos los seres vivos; también, no reversible, avanza sin detenerse; igualmente, diverso e individual, puesto que cada especie posee una velocidad propia de envejecimiento y la rapidez de disminución funcional varía enormemente. de un individuo a otro, e incluso de un órgano a otro dentro en el mismo individuo; así mismo, es deletéreo pues conduce a una progresiva pérdida de las funciones orgánicas; intrínseco, porque no se origina por factores personas, y es un proceso progresivo que no se modifica por los cambios ambientales. Entre las teorías que explican el envejecimiento, se han tomado dos que

principalmente que se relacionan fundamentalmente con los objetivos de la presente investigación.

Y para lograr superar esta etapa, será crucial del apoyo de otros como postula la teoría ecológica de Bronfenbrenner, la cual describe Torrico (2002) basándose en la idea de que el desarrollo humano está influenciado por múltiples sistemas, que van desde el más cercano al individuo (microsistema) hasta el más alejado (macrosistema). En el contexto del envejecimiento, este modelo sugiere que el bienestar de las personas mayores está determinado por la interacción entre su entorno inmediato (familia, amigos, comunidad) y los factores socioculturales más amplios (valores culturales, políticas públicas), los cuales están incluidos en el “macrosistema” (Gabarino, como se citó en Quiroga et al., 2022). Por lo tanto, para comprender y abordar adecuadamente el envejecimiento, es necesario considerar no solo los aspectos individuales, sino también los contextuales y sociales que influyen en él.

Desde el enfoque sistémico psicoevolutivo, el desarrollo familiar se concibe como un proceso dinámico que atraviesa diversas etapas, cada una con desafíos y tareas específicas que requieren adaptaciones tanto individuales como colectivas. Este modelo resalta la importancia de la temporalidad y la irreversibilidad de los fenómenos familiares, considerando que cada transición implica una reorganización del sistema para mantener su funcionalidad y equilibrio (Campos, 1996). En este contexto, la etapa de la vejez representa un periodo crítico en el ciclo vital familiar, donde los adultos mayores enfrentan cambios significativos en roles y relaciones. La capacidad de la familia para adaptarse a estas transformaciones y proporcionar un entorno de apoyo es fundamental para el bienestar de sus miembros mayores. Además, se reconoce que las familias, como sistemas abiertos, están en constante interacción con su entorno social y cultural, lo que influye en su evolución y en la manera en que afrontan las distintas etapas del ciclo vital (Semenova et al., 2015).

Calidad de vida

La OMS (1998) la conceptualiza como la interpretación del sujeto de su ubicación en la vida en relación con su cultura y jerarquía de valores y en correspondencia con sus metas, esperanzas, niveles e inquietudes. Esta es la primera aproximación e intento de conceptualizar la calidad de vida.

En 1995, se creó la Sociedad Internacional para la Calidad de Vida (ISQOLS) para impulsar la investigación sobre este constructo a nivel global y promover estudios interdisciplinarios en áreas como medicina, psicología, política y ciencias sociales; después, en 1998, Cummins coordinó el trabajo “definición y terminología de calidad de vida: un documento de debate de la sociedad internacional para estudios de calidad de vida”, el cual identificó que esta variable puede evaluarse tanto de manera objetiva como subjetiva (Ramírez et al., 2020).

Así otros autores han definido a la calidad de vida como el producto de la interacción entre factores ambientales, historia personal, limitaciones individuales y circunstancias; el estado de satisfacción global, que refleja la realización de las potencialidades del individuo en aspectos subjetivos y objetivos (Rat, 2021). El primer plano, abarcaría elementos como la privacidad, la manifestación afectiva, la confianza percibida, la eficacia personal y el estado de salud físico. En cuanto a aspectos objetivos, se incluye la calidad de vida material, las relaciones positivas con el ambiente físico y social y con la comunidad, así como la evaluación objetiva de la salud (Ardilla, 2003). La calidad de vida también puede definirse como la calidad de las condiciones de vida de un individuo en conexión a la satisfacción que experimenta por estas, combinándolas con los valores, aspiraciones y esperanzas personales (Salas y Garzón, 2013).

Después de estas definiciones es necesario entender a la calidad de vida como un concepto multifacético; en la que existe una ambigüedad inherente debido a la naturaleza subjetiva de la medición, por su relación con las experiencias y valores personales de un paciente (Burks et al., 2021). Es por ello por lo que surge la necesidad de delimitar, los aspectos objetivos y subjetivos que mide la calidad de vida, y los diferentes enfoques que puede llegar a tomar para su medición.

Bautista (2017) recoge las 3 perspectivas desde las que se puede conceptualizar a la calidad de vida:

Perspectiva física: se refiere a cómo la persona percibe su condición física o salud, que va más allá de la falta de enfermedad, abarcando síntomas, contingencias negativas y los impactos adversos de un tratamiento específico.

Perspectiva psicológica: hace referencia a la evaluación del individuo sobre su aspecto cognitivo y emocional, como el temor, la inquietud, la disminución de la confianza en uno mismo y la falta de certeza acerca de lo que vendrá en el futuro. También incluye las convicciones individuales, normativas y de religión, así como la evaluación del propósito de la vida y la actitud frente al dolor.

Perspectiva social: se refiere a cómo la persona percibe sus vinculaciones interpersonales y sus roles sociales, como la necesidad de apoyo de la familia y la sociedad, la relación con el médico y el desempeño en el trabajo.

En este sentido, para alcanzar una buena calidad de vida en la vejez, es esencial que las personas mayores comprendan cómo adoptar estilos de vida equilibrados que promuevan la salud y les permitan tener mayor autonomía e independencia en sus decisiones y actividades personales; esto les permitirá un autocuidado adecuado y consciente (Martinez et al., como se citó en Garcia et al., 2020). Desde una perspectiva social, se relaciona con tener suficientes recursos económicos para cubrir las necesidades básicas, así como disfrutar de buena salud física y mental, y mantener relaciones sociales satisfactorias. Aunque, a menudo las intervenciones dirigidas a las personas mayores se centran en evaluar los efectos de los medicamentos o la enfermedad en su calidad de vida (Rubio et al., 2015).

En suma, la calidad de vida también se considera desde una perspectiva económica, ya que la vida humana depende de ciertas condiciones en estos ámbitos para poder desarrollarse plenamente y satisfacer las necesidades materiales. Aunque la calidad de vida no se limita a las variables socioeconómicas, estas son esenciales para el bienestar humano; además, el aspecto psicológico refiere el equilibrio interno, comportamiento y actitud para mejorar el estilo de vida, lo que influye en la percepción de este constructo en las personas (Rubio et al., 2015); el bienestar personal y la satisfacción con la vida, es decir, la “felicidad”, que implica sentirse satisfecho y tener un estado de ánimo positivo, corresponden a la parte subjetiva; mientras que la parte objetiva está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo interacción entre estos dos aspectos los que determinan el estado general de bienestar de una persona (Tuesca como se citó en Aponte, 2015).

Teorías de la Calidad de vida

La conceptualización del concepto de Calidad de vida es diversa y compleja, y ha sido abordada por varios autores desde distintas perspectivas. Una de las categorizaciones más comunes se basa en estos enfoques principales, según Borthwick-Duffy en 1992 y Felce & Perry en 1995 (como se citó en Monardes et al., 2011; Urzúa & Caqueo, 2012)

Calidad de vida como condiciones de vida: desde esta óptica, la calidad de vida se considera como la adición de aspectos objetivos de la vida de una persona, como salud orgánica, condiciones de vida, conexiones sociales, datos sociodemográficos y actividades ocupacionales.

Calidad de vida como satisfacción con la vida: Aquí, la calidad de vida se entiende como la satisfacción personal en diversos dominios de la vida. Sin embargo, esta definición ha sido cuestionada debido a la capacidad limitada de las personas para separar su bienestar subjetivo de las condiciones externas de vida

Calidad de vida como condiciones de vida + satisfacción con la vida: Este enfoque busca satisfacción personal y el bienestar general. Los cambios en valores, condiciones de vida o percepciones pueden influir en los demás aspectos, en un proceso dinámico. Dentro de esta última categoría, es donde puede incluirse la definición planteada por la OMS, en la que se basan sus instrumentos para medir la calidad de vida (WHOQOL), destacando, después de la revisión de los investigadores que la calidad de vida incluye tanto aspectos positivos como negativos de funcionamiento, y se considera igual que la percepción individual de la posición en la vida en relación con la cultura, los valores, metas, expectativas y estándares (OMS, 2006).

Dimensiones de la Calidad de vida

Habilidades sensoriales

Las habilidades sensoriales se refieren a la capacidad del individuo para percibir estímulos del entorno a través de los sentidos correspondientes a las primeras funcionalidades desarrolladas por el humano, las cuales sirven como base para el desarrollo posterior asociado a la percepción y cognición; además, juegan un rol fundamental en formación de la personalidad, el esquema vital y la estructura del pensamiento de la persona (Aretaga & Rivadeneira, 2023).

Por ejemplo, en la visión, el cristalino se vuelve más grueso y opaco, y el tamaño de las pupilas disminuye. En cuanto a la audición, la conducción del sonido cambia, influyendo la percepción de sonidos de baja o alta frecuencia debido a problemas neurosensoriales (Arévalo, como se citó en Salazar et al., 2021) También, se puede experimentar una disminución en la capacidad para identificar olores, lo cual puede ser riesgoso, ya que puede aumentar la posibilidad de sufrir accidentes. En relación con el sentido del gusto, se pueden observar cambios en la percepción de sabores salados y dulces (Arévalo, como se citó en Salazar et al., 2021). Por último, en el sentido del tacto, la piel se vuelve más delgada y elástica, lo que afecta la percepción de presión, temperatura, dureza, aspereza o suavidad (Del Castillo, como se citó en Duran, 2020)

Sumado a ello, el WHOQOL-OLD señala que esta dimensión evalúa la disminución progresiva de las habilidades sensoriales, su funcionamiento y el impacto que generan en la calidad de vida (OMS, 2006). El proceso de envejecimiento implica cambios orgánicos naturales que pueden derivar en deterioro sensorial en los adultos mayores. Esta pérdida influye directamente en su calidad de vida, ya que puede limitar la realización de actividades cotidianas y favorecer el aislamiento social. Por ejemplo, la disminución de la audición dificulta la comunicación interpersonal, mientras que las alteraciones en el gusto y el olfato pueden afectar el apetito y el disfrute de la alimentación. En consecuencia, resulta necesario evaluar de manera integral las necesidades sensoriales del adulto mayor considerando dimensiones físicas, emocionales e interpersonales con el fin de promover un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida

Autonomía

El Manual de la WHOQOL-OLD define esta dimensión como el nivel de dependencia en la vejez, ósea la descripción de que tanto el individuo se desenvuelve de manera autónoma, tomando decisiones por sí mismo (OMS, 2006). También es definida como la capacidad percibida de una persona controlar y tomar decisiones para llevar a cabo acciones de manera independiente de acuerdo con sus propios valores, deseos y metas (OMS, 2002). Este concepto aborda aspecto tantos internos como externos lo cuales son recogidos por Álvarez (2015):

Racionalidad: implica un proceso de preferencia y jerarquización entre los deseos y preferencias; por lo que se requiere la capacidad de reflexión del individuo para determina un orden de prioridades basado en pautas que revelan su disposición moral y emocional.

Independencia: capacidad del individuo para no depender de agentes externos y tomar decisiones por sí mismo. Esta capacidad tiene una dimensión interna, relacionada con la capacidad de autodeterminación del individuo, y una dimensión externa, que considera el entorno y las relaciones sociales del individuo.

Opciones relevantes: opciones significativas, percibidas como legítimas y viables para ser identificadas, seleccionadas y llevadas a cabo de manera autónoma.

Para alcanzar una óptima calidad de vida en la tercera edad, es fundamental que el individuo en esta etapa tenga conocimiento de cómo adoptar estilos de vida balanceados que fomenten el bienestar para lograr una mayor libertad e independencia en sus elecciones y acciones personales, lo cual favorece, el autocuidado apropiado con plena conciencia (García et al., 2020). Así, cuando la autonomía en los adultos mayores se ve afectada, tendrá una influencia significativa en su calidad de vida, generando sentimientos de inutilidad, dependencia y pérdida de dignidad (Ramírez, 2001).

Actividades pasadas, presentes y futuras

El Manual de la WHOQOL-OLD define esta dimensión como la “satisfacción por los logros en la vida y por las cosas que esperar” (OMS, 2006, p. 20). La implicación dinámica en grupos de tipo religioso, deportivo, cultural, recreativo, político y de voluntariado han evidenciado ser elementos beneficiosos para la salud de las personas mayores, sirviendo como incentivos para aumentar la actividad física y la habilidad para relacionarse, lo cual mejora las funciones cognitivas (Loyola et al., como se citó en Sepúlveda et al., 2020). Esto demuestra, el impacto significativo de las actividades presentes en la calidad de vida de los adultos mayores.

Así también, las actividades pasadas, por ejemplo, pueden influir en la percepción que tienen de sí mismos, en su autoestima y en su bienestar emocional. Según, Casullo (como se citó en Salgado, 2017) la evaluación que realiza el individuo sobre sus aspiraciones y logros alcanzados desencadena en una mayor satisfacción vital. Por otro lado, las actividades futuras, como hacer planes y establecer metas, son importantes para mantener la motivación y la esperanza en el futuro; proporcionando un sentido de dirección y ayudar a mantenerse enfocado y comprometido con la vida (Giuliani et al., 2015).

Participación social

De acuerdo con la Ley N° 28803, se reconoce el derecho de toda persona adulta mayor a participar activamente en la vida social, económica, cultural y política del país. La participación social es relevante como una red de soporte importante, ya que, la persona recibe apoyo emocional, instrumental e informativo, funcionando factor protector ante las tensiones

fomentando la salud física, psicológica y la calidad de vida, especialmente en la edad avanzada. (Gallardo et al., 2016).

El manual de la WHOLQOL- OLD define esta faceta en la calidad de vida como el involucramiento en las tareas cotidianas, particularmente dentro de la comunidad. Es así, que la participación social, surge como un pilar fundamental para la calidad de vida del adulto mayor. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todas las formas de participación son igualmente beneficiosas. Un estudio realizado por Berkman y Syme (1979) encontró que la falta de conexión emocional en una red social aumentaba el riesgo de mortalidad. Esto sugiere que no solo la cantidad de interacciones sociales, sino también la calidad de estas relaciones juega un papel crucial en los beneficios que la participación social puede aportar a la salud.

Muerte

El fallecimiento se describe como la interrupción definitiva de todas las actividades esenciales de un ser vivo, poniendo fin a su existencia física, constituyendo un proceso que no se repite (Bauer et al., 2022). Según el manual de la WHOLQOL- OLD esta dimensión evalúa “las preocupaciones, y temores sobre la muerte y el morir” (p.20). Esto se sustenta con lo que mencionan Duran et al. (2020), que, en esta etapa, comienzan preocupaciones sobre la propia mortalidad, el miedo a la soledad, por lo desconocido después de la muerte y por la ausencia de seres queridos, influyendo en su bienestar mental y emocional. No obstante, algunos adultos mayores han presentado una mayor aceptación de la muerte como un aspecto natural de la existencia, conllevando a una mayor apreciación de cada momento vivido y a una mayor tranquilidad emocional.

Desde el enfoque del envejecimiento exitoso, la aceptación de la finitud forma parte del proceso adaptativo propio de la etapa tardía del ciclo vital. Cuando el adulto mayor logra integrar la muerte como parte del curso natural de vida, se observa mayor estabilidad emocional y mejor ajuste psicológico (Wong, 2008). Por el contrario, altos niveles de temor o angustia ante la muerte pueden afectar negativamente la percepción de bienestar y reducir la valoración global de la calidad de vida. En suma, investigaciones basadas en el WHOQOL-OLD han identificado que esta dimensión presenta correlaciones significativas con salud mental percibida y apoyo social, lo que indica que una menor preocupación frente a la muerte se vincula con mejor calidad de vida global (Fang et al., 2012).

Intimidad

El manual de la WHOLQOL- OLD menciona que la intimidad en la vejez puede contribuir a un envejecimiento saludable ya que “evalúa la capacidad de tener relaciones personales e íntimas” (OMS, 2006, p. 21). No se limita a la sexualidad, sino que incluye la capacidad de establecer vínculos emocionales profundos y de sentirse acompañado (Power et al., 2005). Desde una perspectiva empírica, la intimidad ha demostrado asociarse de manera significativa con mayores niveles de bienestar subjetivo, menor sintomatología depresiva y mejor percepción global de calidad de vida en población adulta mayor (Galinha et al., 2014).

En una validación transcultural del WHOQOL-OLD, se evidenció que la dimensión de intimidad presenta correlaciones significativas con apoyo social percibido y satisfacción vital, (Fang et al., 2012). Asimismo, investigaciones longitudinales han encontrado que los adultos mayores con mayor percepción de cercanía emocional presentan mejores indicadores de ajuste psicológico y menor riesgo de aislamiento social (Pinquart & Sörensen, 2000).

En este sentido, las conexiones sociales saludables favorecen el estado de salud al fomentar el equilibrio emocional y enriquecer la vida; aunque la amplitud de la red social y la

regularidad de los encuentros tienden a reducirse con el tiempo, continúan siendo vitales en esta fase, ya que funcionan como incentivos para mejorar la percepción del bienestar y proporcionar respaldo en las tareas diarias o en el manejo de enfermedades (Rondón et al., 2018).

Definición de Apoyo Social Percibido

El constructo del apoyo social percibido en los últimos tiempos se ha vinculado de manera notable con el bienestar y las dolencias. Un apoyo social deficiente se relaciona con un mayor riesgo de problemas del corazón, en la salud mental y disfunciones inmunológicas; además, se ha comprobado que impacta en otros factores como la salud percibida, las respuestas emocionales, la calidad de vida y la confianza en uno mismo (Calvo y Díaz, 2004).

Según Sherbourne y Stewart (1991) para ese momento, las investigaciones habían intentado medir los componentes del apoyo social, considerando que el factor más crucial es la percepción de la accesibilidad de apoyo funcional. Este tipo de soporte hace referencia al nivel en que las conexiones interpersonales cumplen funciones específicas, tales como:

Apoyo emocional, que incluye cuidado, amor y empatía; apoyo instrumental, también conocido como apoyo tangible; apoyo informacional, el cual proporciona soluciones a problemas; apoyo a la evaluación, involucra datos importantes para la autoevaluación; y camaradería social, incluyendo compartir momentos con otros en pasatiempos y distracciones. Otra perspectiva para evaluar el apoyo social se enfocó en la configuración de las relaciones interpersonales. Esto alude a la presencia y cantidad de relaciones sociales. (por ejemplo, estado civil, membresía en grupos, número de amigos) y la interconexión de la red social de una persona (por ejemplo, el grado en que los amigos de una persona se conocen entre sí). Este tipo de apoyo social se mide frecuentemente en términos de la existencia o contacto con personas potencialmente solidarias. Sin embargo, un problema con este enfoque es que el contacto puede deberse a factores no relacionados con el apoyo, como la necesidad de contacto o la ocupación de la persona con el trabajo u otras actividades. Por lo tanto, los autores resaltan que se debe adoptar una medida multidimensional del apoyo social que evalúe todos estos aspectos.

Caplan (como se citó en Baca, 2016) define el apoyo social percibido como la valoración que realiza la persona acerca de la disponibilidad de los vínculos interpersonales con los que considera contar. De igual modo, Sarason et al. (como se citó en Mora et al., 2021) lo conceptualizan como la forma en que cada individuo interpreta el apoyo recibido, en función de sus expectativas, necesidades y manera de otorgar significado a las acciones, así como a las oportunidades para dialogar, aclarar inquietudes y obtener contención. En esta línea, este tipo de apoyo se relaciona con la percepción de que, ante situaciones adversas, es posible recurrir a alguien y solicitar ayuda. Sentir que se dispone de respaldo puede disminuir la intensidad con la que se experimenta un evento estresante (Pérez y Martín, 1990).

Al respecto, Sherbourne y Stewart (1991) señalan que el estudio del apoyo social se ha abordado desde perspectivas funcionales y estructurales, aunque ambas presentan limitaciones psicométricas. No obstante, estos autores sostienen que el apoyo social percibido constituye una alternativa más sólida para su análisis, motivo por el cual desarrollaron el instrumento multidimensional MOS, orientado a evaluar la percepción del apoyo como una medida más consistente y relevante del constructo.

En los años sesenta, el psiquiatra británico John Bowlby en 1969 introdujo los conceptos iniciales sobre el apoyo social a través de su teoría del apego; esta teoría emerge para explicar el afecto maternal hacia su descendencia, especialmente el efecto protector, desde la infancia hasta la edad adulta (Aranda y Pando, 2013). Landete y Bрева (2000) describen cómo el apoyo

social se remonta a la antigua Grecia. Alrededor del año 350 a.C., Aristóteles afirmó que la amistad era una necesidad humana básica. En el siglo II a.C., Hipócrates destacó la importancia de los procesos sociales y factores ambientales en el desarrollo de enfermedades. Siglos después, Paracelso en 1559, consideró el amor como una posible medicina para muchas enfermedades; sin embargo, fue entre el siglo XIX y principios del XX que se realizaron los primeros estudios científicos sobre la relevancia de las dimensiones sociales en el bienestar individual. Tiempo después, Emile Durkheim, en su obra “El Suicidio”, mostró cómo el matrimonio y la pertenencia a grupos religiosos eran elementos protectores contra conductas autolesivas y destructivas.

En la actualidad, la percepción de apoyo social se contempla como uno de los mecanismos que promueven la obtención de un estado de bienestar en ámbitos materiales, físicos, emocionales y sociales en contextos de declive económico, de salud y de conexiones sociales (Quiroga et al., 2022).

Teorías de Apoyo Social

El apoyo social es un factor estudiado desde 3 perspectivas teóricas principalmente, planteadas por Durá y Garces (1991):

Apoyo social como predictor en la salud física y mental: esta perspectiva epidemiológica, ha demostrado que aquellos con relaciones sociales más fuertes tienden a vivir más y tener una mejor salud. Evalúa el impacto a corto y largo plazo del apoyo social en la salud, definiendo el apoyo social en términos de contactos sociales, como el estado civil, la afiliación a organizaciones y la participación en actividades sociales.

Fachado et al. (2013) añade que, desde esta perspectiva, el apoyo social puede actuar tanto a nivel psicofisiológico como en la adopción de hábitos saludables. Sin embargo, este modelo ha sido cuestionado porque indica que no existe conexión entre la tensión y el respaldo social; esto es, que individuos con diversos grados de apoyo social experimentarán distintos niveles de salud física y mental, sin importar su nivel de tensión. Algunas investigaciones sugieren que el aislamiento social, en lugar del respaldo social, podría ser el factor que influya en la enfermedad o mejore la salud.

Apoyo social como predictor de la respuesta a eventos estresantes: esta perspectiva se enfoca en cómo el apoyo social influye en la adaptación física y psicológica de un individuo ante eventos estresantes como la pérdida de trabajo, el estrés laboral, la maternidad/paternidad, la viudez, enfermedades graves como infartos, hipertensión, enfermedades coronarias, entre otras. Sin embargo, estos estudios suelen tener problemas, como ser realizados en entornos aplicados con muestras pequeñas y conceptualizaciones simplistas del apoyo social y la adaptación al estrés.

Desde este punto de vista, el apoyo social se define como vínculos entre individuos o entre sujetos y grupos que ayudan a mejorar la adaptación ante situaciones de estrés, desafío o privación, y cualquier impulso proporcionado por otra persona o grupo que motive al receptor a alcanzar sus metas deseadas (Caplan et al., como se citó Aranda y Pando, 2013).

Apoyo social como efecto amortiguador: no ejerce un efecto directo sobre la salud ni sobre los estresores en sí, sino que modula la relación entre ambos, atenuando el impacto de los acontecimientos estresantes en la salud. Este planteamiento se denomina teoría del amortiguamiento. Según esta perspectiva, el estrés psicosocial afectará negativamente a quienes no disponen de apoyo social; en cambio, dicho impacto será menor en quienes sí cuentan con redes de apoyo. Por el contrario, el apoyo social no tendría un efecto significativo en personas que no atraviesan situaciones de estrés.

Esta teoría plantea dos hipótesis para explicar dicho efecto: en primer lugar, que el apoyo social facilita que las personas reinterpreten y afronten el estrés de forma menos dañina, o bien que frene procesos psicopatológicos que podrían desarrollarse en su ausencia; en segundo lugar, que el apoyo social previene que una situación sea percibida como estresante al brindar recursos emocionales y materiales para afrontarla (Fachado et al., 2013). De este modo, esta perspectiva proporciona una base consistente para comprender los beneficios del apoyo social en la vida de las personas.

Dimensiones de Apoyo Social Percibido

Apoyo Estructural

El apoyo estructural o cuantitativo abarca una red de relaciones y conexiones sociales que una persona tiene en su vida. Según Fachado et al. (2013) esta dimensión abarca la cantidad de relaciones y la red de personas a las que un individuo puede acudir para obtener ayuda, como familiares y amigos; estas redes tienen características específicas, como magnitud, regularidad de interacciones, constitución, densidad, parentesco, uniformidad y vínculo, que definen su efectividad en satisfacer distintas demandas. Alude a los aspectos tangibles de la red de respaldo social, así como a las peculiaridades de los enlaces que ocurren dentro de ella (Riquelme, como se citó en Baca, 2016).

Según lo que propone el autor Shebourne y Stewart (1991), se refiere a la presencia y número de relaciones sociales, como el estado civil, la pertenencia a un grupo, y la cantidad de amigos que una persona tiene, así como la interconexión entre estas relaciones (por ejemplo, el grado en que los amigos de una persona se conocen entre sí). Este tipo de apoyo social se mide frecuentemente en términos de la existencia de contactos con personas que pueden brindar apoyo. Sin embargo, un problema con este enfoque es que el contacto puede estar influenciado por factores no relacionados con el apoyo, como la necesidad de interacción social o la ocupada agenda de la persona debido al trabajo u otras actividades.

Por lo tanto, el análisis del apoyo social estructural vendría a ser esencial para comprender cómo la densidad y la cohesión de estas redes influyen en el bienestar individual y en la capacidad para enfrentar situaciones adversas.

Apoyo Funcional

El apoyo funcional o cualitativo es de naturaleza subjetiva y se refiere a la percepción de disponibilidad de apoyo. Se trata de la sensación que tiene un sujeto de ser cuidado, amado, valorado y de pertenecer a una red de comunicación y obligaciones mutuas (Fachado et al., 2013). Según este mismo autor, esta dimensión tiene componentes principales como son: emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva.

Autores como Barron y Shaefer (como se citó en Baca, 2016) afirman esta dimensión aborda los efectos o consecuencias que experimenta el individuo y la conservación de las relaciones sociales dentro de su red. Los tipos de apoyo social comúnmente clasificados incluyen el apoyo emocional, tangible o instrumental, y el informacional.

Así mismo Calvo y Díaz (2004) mencionan que este tipo de apoyo social se organiza en tres componentes principales: recursos afectivos (demostraciones de comprensión, cariño y fe), recursos prácticos (acciones dirigidas a solucionar las dificultades del beneficiario) y recursos instructivos (suministrar datos valiosos para afrontar un desafío)

Por eso, Sherbourne y Stewart (1991) consideran al apoyo funcional como el nivel en el cual las relaciones interpersonales cumplen funciones específicas, como el apoyo emocional, que implica lo antes mencionado por Clavo y Díaz, el apoyo instrumental (a menudo llamado apoyo tangible), que se refiere a la ayuda práctica; el apoyo en cuanto información, orientación o comentarios que pueden ofrecer soluciones a problemas; el apoyo a la evaluación, que implica datos significativos para la autoevaluación; y la camaradería social, que incluye compartir momentos con otros en actividades de entretenimiento y diversión. En este sentido se pueden incluir entonces los siguientes factores dentro de apoyo funcional:

Apoyo Informacional y Emocional. El apoyo informacional es una subcategoría del apoyo funcional que se centra en la provisión de información, consejos, y orientación que ayudan a una persona a resolver problemas o tomar decisiones informadas (Fachado et al., 2013). Este tipo de apoyo se manifiesta a través de la oferta, asesoramiento, el intercambio de conocimientos y retroalimentación (Sherbourne y Stewart, 1991). Esto refleja, lo fundamental de este tipo de apoyo en contextos donde la información precisa y oportuna puede marcar la diferencia en la calidad de vida.

Apoyo Afectivo. Según Sherbourne y Stewart (1991) incluye la demostración de sentimientos positivos, simpatía y comprensión, así como el estímulo de expresiones emocionales. Esto quiere decir que este factor se centra en brindar consuelo y comprensión emocional a alguien en momentos de dificultad o necesidad. Otra subcategoría del apoyo funcional se refiere a la expresión de empatía, afecto, cuidado y preocupación por parte de otras personas (Fachado et al., 2013).

Apoyo Instrumental. Incluye la provisión de recursos tangibles y asistencia práctica, como ayuda financiera, transporte, o asistencia en tareas diarias (Arriagada 2012). Sherbourne y Stewart (1991) lo considera como apoyo tangible; ya que es vital para el manejo de las demandas cotidianas y para superar obstáculos que pueden surgir en la vida diaria. La disponibilidad de apoyo instrumental puede aliviar la carga de responsabilidades y proporcionar una base sólida para el bienestar físico y mental (Fachado et al., 2013).

Interacción Social Positiva. Se refiere a la disposición de las personas para participar de actividades recreativas (Sherbourne y Stewart, 1991). Tomarse el tiempo de compartir con otros pares y estar dispuesto a compartir momentos que generen emociones positivas, es una característica primordial en este factor (Fachado et al., 2013).

Materiales y Métodos

Diseño de investigación

Diseño de Investigación y Tipo de Estudio

La presente investigación tuvo un diseño no experimental, es decir, no se manipularon intencionalmente las variables estudiadas. De tipo descriptivo- correlacional (Ato et al., 2013), ya que se seleccionó la variable de calidad de vida y apoyo social percibido para medir la fuerza en la relación que existe entre ellas.

Participantes

La población estuvo conformada por 120 adultos mayores de ambos sexos del asilo de Ancianos “San José” y el Centro especializado en Geriátrica “GERSALUD” Chiclayo, 2024. Se utilizó un tipo de muestreo censal, dado que los cuestionarios fueron aplicados al total de la

población, conformada por 120 adultos mayores; de los cuales 60.8% eran mujeres y 39.2% eran hombres; con edades comprendidas entre los 60 y 80 años ($M=74.2$, $DS=5.57$).

Respecto a los criterios de inclusión, los participantes fueron adultos mayores de ambos sexos; con edades comprendidas entre los 60 y 80 años. Incluyendo, tanto a los residentes del Asilo de Ancianos “San José” como a los pacientes atendidos en el centro especializado “GERSALUD”. Así mismo, participantes que otorguen su consentimiento para formar parte de la investigación. Por otro lado, se excluyeron de esta investigación a los adultos mayores que contaban con un diagnóstico de demencia severa o un trastorno cognitivo profundo, como esquizofrenia, trastorno bipolar severo, o depresión mayor no controlada, ya que estos impedimentos dificultan la comprensión y respuesta adecuada a los cuestionarios. Asimismo, aquellos con enfermedades terminales o condiciones médicas críticas. También se excluyeron aquellos con discapacidades físicas severas que les impidieron asistir a las sesiones de evaluación. Por último, aquellos con deficiencias auditivas o visuales graves que dificultaron la comunicación y la correcta comprensión de las preguntas del cuestionario.

Como criterio de eliminación, no se consideraron en la investigación aquellos participantes cuyos instrumentos se encontraban incompletos. Tampoco, aquellos que decidieron retirar su consentimiento durante el transcurso del estudio.

Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada fue la “encuesta” para ambas variables de calidad de vida y apoyo social percibido.

Se empleó el cuestionario WHOQOL-OLD, desarrollado por la OMS en 2006 (Ver Anexo A). Este cuestionario fue creado específicamente para evaluar el bienestar en personas mayores y ha sido validado en Perú por Queirolo et al. (2020). Está compuesto por 24 preguntas distribuidas en seis áreas: capacidades sensoriales, independencia, actividades actuales y pasadas, interacción social, percepción de muerte y agonía, y conexión emocional. Los participantes respondieron en una escala de 5 puntos que va desde "nunca" o "muy insatisfecho" hasta "siempre" o "muy satisfecho". Cada área obtuvo una puntuación entre 4 y 20 puntos, y estas puntuaciones se combinaron para obtener una puntuación global de calidad de vida en personas mayores. La mayoría de las preguntas tienen una consistencia interna adecuada, con correlaciones entre ítems y el total del cuestionario mayores a .20, excepto el ítem 20, eliminado por no cumplir con estos criterios.

En cuanto a su validez, se evaluó mediante análisis de estructura interna y relación con otras variables, mostrando un ajuste satisfactorio en el modelo de seis factores tras eliminar el ítem 20 ($\chi^2 = .435$; C.F.I = .97; T.L.I = .97; S.R.M.R = .024; R.M.S.E.A = .06). La fiabilidad del instrumento se evaluó mediante los coeficientes alfa de Cronbach y omega, obteniéndose valores superiores a .70 para todas las dimensiones, indicando una muy alta fiabilidad. El instrumento cuenta con los siguientes ítems inversos: ítem 1, ítem 2, ítem 10, ítem 06, ítem 07, ítem 08 e ítem 09.

También se empleó el cuestionario MOS, concebido por Sherbourne y Stewart en 1991, validado en México por Herrera et al. (2021) (Ver Anexo B). Este cuestionario abarca 19 preguntas de selección múltiple, divididas en cuatro categorías principales: apoyo emocional/informacional, interacción social positiva, apoyo instrumental y apoyo afectivo. Se solicitó al entrevistado que, en una escala de 5 puntos, indique con qué frecuencia cuenta con cada tipo de apoyo, y se calcula una puntuación total donde una puntuación más alta indica un mayor apoyo percibido. El análisis factorial exploratorio se efectuó mediante rotación varimax, identificando los cuatro factores principales que explican conjuntamente el 87.48% de la

varianza. Las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre .69 y .95, confirmando la adecuada estructura del instrumento. El análisis confirmatorio realizado mediante el método de máxima verosimilitud mostró un ajuste excelente del modelo a los datos ($X^2 = 2.042$; C.F.I = .966; R.M.S.E.A = .083, T.L.I = .960). En cuanto a la fiabilidad, se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de .97, indicando excelente consistencia interna.

Para fines de esta investigación se realizó la adaptación del instrumento en la población estudiada. En cuanto a la validez de contenido, se encontró que todos los ítems encontraron índices de V de Aiken adecuados (Ver Anexo C). Además, se realizó un estudio piloto con una muestra de 30 participantes, mostrando datos descriptivos y coeficientes de fiabilidad satisfactorios (Ver Apéndice D). Posteriormente, se realizó el análisis factorial confirmatorio, con índices como el CFI de .997, el TLI de .996, un SRMR de .053 y de RMSEA de .058 (Ver Anexo E)

Procedimientos

En primer lugar, se realizó una visita presencial a ambos lugares: el Asilo de Ancianos “San José” y el centro especializado “GERSALUD”. Durante estas visitas, se llevó a cabo una entrevista con los directores de ambas instituciones, en la cual se solicitó formalmente el permiso para aplicar los cuestionarios y realizar la investigación.

Posteriormente, se coordinaron los horarios mediante un registro formal para la aplicación de los cuestionarios a la población objetivo. Esta aplicación se realizó de manera presencial y en ambos lugares.

En el caso del Asilo de Ancianos “San José”, se reunió a todos los adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión en una sala común. Estos participantes fueron identificados a partir de los registros médicos proporcionados por la institución. En esta sala, se procedió a la aplicación de ambos cuestionarios de manera colectiva, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos por instrumento.

Para el centro de salud privado “GERSALUD”, se solicitó la historia clínica de los pacientes para identificar a aquellos que cumplían con los criterios de inclusión. A estos pacientes se les invitó a participar en el estudio mediante un mensaje de texto. Dado que la muestra en este lugar era más grande, se coordinaron dos fechas para la aplicación de los cuestionarios, dividiendo a los participantes en dos. La aplicación también fue colectiva, tomando 10 a 15 minutos por instrumento.

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de septiembre, asegurando que el ambiente seleccionado para la aplicación de los cuestionarios fuera adecuado y cómodo para los participantes. Asimismo, se hizo uso del consentimiento informado, ya que el estudio fue completamente voluntario (Ver Anexo F).

Finalmente, se realizó una devolución de resultados de manera presencial, en las oficinas de cada directivo, de manera oral, para los fines que estimaran convenientes

Aspectos éticos

En el presente estudio, se dio cumpliendo los principios éticos fundamentales establecidos por la American Psychological Association (APA, 2017), así como a las normativas locales vigentes en materia de investigación científica. La evaluación y aprobación del proyecto se llevó a cabo mediante la revisión exhaustiva por parte del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, garantizando la integridad y el respeto a los participantes involucrados en la investigación.

Para asegurar la originalidad y la integridad de este trabajo, se realizó un análisis exhaustivo de similitud a través del programa Turnitin, obteniendo un índice de similitud de 16%. Asimismo, se respetó el derecho de propiedad intelectual, citando y referenciando correctamente la información consultada.

En relación con los principios éticos expuestos por el APA (2017), el principio de beneficencia y no maleficencia fue primordial en todo momento, velando por la tranquilidad y los derechos de los participantes y actuando con responsabilidad si sucediese algún tipo de daño para minimizar los mismos.

En la presente investigación, se garantizó un alto nivel de compromiso y responsabilidad, asegurando que los datos recopilados hayan sido precisos y confiables. También, se consideró esencial evitar cualquier tipo de fraude o engaño, promoviendo la veracidad y exactitud en el análisis de los datos.

Se respetaron los derechos de los participantes a través de una adecuada información previa sobre los alcances del estudio y la provisión de un consentimiento informado. Al tratarse de un estudio voluntario, los participantes podían participar o abstenerse.

Así también, se realizó de manera justa la selección y tratamiento de los participantes, asegurando que todos tengan igualdad de oportunidades para participar y beneficiarse de los resultados del estudio.

Finalmente, se aseguró la privacidad y confidencialidad de los involucrados, garantizando el cumplimiento de sus derechos durante el desarrollo de la investigación.

Procesamiento y análisis de datos

Primero, se realizó el proceso de adaptación en cuanto validez y confiabilidad del cuestionario de apoyo social percibido MOS. El estudio de jueces se realizó en el programa Excel reportando la V de Aiken, verificando que todos los ítems eran válidos. También, se realizó una base de datos en Excel para el estudio piloto, procesándolo en el software estadístico JAMOVI, obteniendo datos descriptivos y fiabilidad.

A continuación, se realizó la recolección de datos mediante los resultados de los cuestionarios, los cuales se plasmaron en una base de datos, donde se obtuvieron las puntuaciones directas de los instrumentos por dimensiones y global. En cuanto a la validez del cuestionario MOS, se realizó un análisis factorial confirmatorio en el software estadístico JASP obteniendo índices de ajustes y cargas factoriales verificando que los ítems del cuestionario realmente miden las dimensiones que se plantearon teóricamente. Para el análisis de los datos cuantitativos obtenidos a través de los cuestionarios MOS de apoyo social percibido y WHOQOL-OLD de calidad de vida de la OMS, se utilizó el software estadístico JAMOVI. Este programa permitió realizar el análisis de fiabilidad de ambos cuestionarios, y análisis de percentiles, terminando así también con el proceso de adaptación del instrumento MOS. Los análisis descriptivos y correlacionales necesarios para poder alcanzar los objetivos planteados también se realizaron en el mismo programa estadístico. Dado que los datos no siguen una distribución normal, se optó por utilizar la prueba estadística de Spearman con el fin de evaluar la relación entre las variables de interés.

Respecto a las variables de calidad de vida y apoyo social percibido, se realizaron análisis descriptivos que permitieron identificar las tendencias centrales y la distribución de los datos. Así pues, los resultados de los análisis estadísticos se presentaron de manera clara y concisa utilizando tablas de correlación para facilitar la interpretación de los datos.

Resultados y Discusión

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores, Chiclayo, 2024, obteniendo que los resultados corroboraron la hipótesis, al existir correlación entre los resultados de ambas variables.

Calidad de Vida y Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores, Chiclayo, 2024

Respecto a los resultados de calidad de vida se encontró correlación positiva moderada ($r_s = .442$) y altamente significativa ($p < .001$) con los resultados de apoyo social percibido (Ver tabla 1).

Tabla 1

Correlación entre Calidad de Vida y Apoyo Social Percibido

		Apoyo Social
Calidad de Vida	r_s	.442
	p	< .001

Este hallazgo concuerda con el estudio de Quiroga et al. (2022) quienes evidenciaron que niveles elevados de apoyo familiar y social favorecen una percepción más optimista de la calidad de vida en adultos mayores, hallando además una correlación moderada entre ambas variables, lo cual sugiere que el apoyo social actúa como un factor protector frente a las dificultades propias del envejecimiento. Ambos estudios coinciden en el papel determinante del entorno social inmediato en la percepción del bienestar durante la vejez, una idea coherente con la teoría ecológica de Bronfenbrenner (citada en Quiroga et al., 2022). Esta teoría sostiene que el desarrollo humano, incluyendo el envejecimiento, es el resultado de una interacción constante entre el individuo y los sistemas que lo rodean, desde los más cercanos (microsistema: familia, amigos) hasta los más amplios (macrosistema: cultura, políticas públicas). En el caso específico de los adultos mayores en la presente investigación, el apoyo percibido dentro del mesosistema y microsistema se configura como un recurso esencial para afrontar los desafíos de esta etapa vital, desde el deterioro físico hasta las pérdidas afectivas o funcionales.

Asimismo, este resultado coincide con lo reportado en Esquivias (2015), destacando que quienes contaban con un mayor nivel de apoyo mostraban mejores indicadores de bienestar, independientemente de su condición de vida, ya sea en residencia, acompañados o solos. En dicho estudio, los autores partieron de la misma base teórica que esta investigación, considerando que el apoyo social influye directamente sobre la calidad de vida, en tanto constituye un recurso personal valioso ante situaciones de vulnerabilidad propias del envejecimiento. Esto sustentando en el enfoque del modelo del efecto directo y del efecto amortiguador del apoyo social, descrito por Cohen y Wills en 1985 (como se citó en Durá & Garcés, 1991). Según esto el apoyo social no solo impacta de manera directa en la percepción de bienestar, sino que también actúa como un amortiguador frente a situaciones de estrés, lo que es especialmente relevante en adultos mayores que experimentan pérdidas funcionales, emocionales o sociales.

En la presente investigación, los resultados obtenidos son consistentes con los postulados de esta teoría, en la medida en que se observó una asociación entre el nivel de apoyo

social percibido y calidad de vida reportado por los adultos mayores. Estos hallazgos permiten interpretar que el apoyo social se vincula con la manera en que los participantes afrontan situaciones de estrés y sentimientos de nostalgia. Asimismo, existen propuestas complementarias como las de Vega y González (2009), quienes conceptualizan el apoyo social según el contexto, la procedencia y la transacción, ampliando la comprensión de esta variable; no obstante, dichas dimensiones no fueron abordadas en el presente estudio.

Calidad de Vida en Adultos Mayores, Chiclayo, 2024

En relación con el nivel de calidad de vida, los resultados reflejan que predomina el nivel medio de calidad de vida en los participantes, representando el 43.3% de la muestra total (Ver tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia en Porcentaje de los Niveles de Calidad de Vida

Nivel	f	%
Alto	38	31.7
Medio	52	43.3
Bajo	30	25

Este hallazgo guarda concordancia con lo encontrado por Quiroga et al. (2022); destacando que, si bien existen factores que afectan negativamente el bienestar en la vejez, los adultos mayores logran mantener una percepción moderadamente positiva de su calidad de vida. Esta coincidencia puede explicarse a partir de las teorías sobre calidad de vida propuestas por Urzúa y Caqueo (2012), quienes señalan que la calidad de vida debe ser entendida como un concepto multidimensional que incluye tanto aspectos objetivos: condiciones materiales, salud física; como subjetivos: satisfacción personal, percepción del entorno.

Asimismo, ambos estudios toman como referencia la definición multidimensional de calidad de vida establecida por la Organización Mundial de la Salud (1998), la cual es operativizada a través del instrumento WHOQOL-OLD (2006), destacando condiciones de vida y satisfacción personal. En ese sentido, en el caso específico de los adultos mayores, la calidad de vida no se reduce únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que se configura como una percepción integral del bienestar físico, psicológico y social.

Por otro lado, los resultados del presente estudio difieren de los hallazgos reportados por Alfonso et al. (2016), quienes encontraron un nivel alto de calidad de vida en la mayoría de los adultos mayores evaluados. Esta discrepancia puede deberse al uso de un instrumento distinto para medir la calidad de vida, ya que cada cuestionario operacionaliza el constructo desde enfoques distintos. En segundo lugar, su muestra fue considerablemente reducida, incluyendo solo a 20 adultos mayores, lo cual puede generar una percepción más homogénea y favorable de la calidad de vida. No obstante, en ambos casos se trata de adultos mayores pertenecientes a instituciones de atención en salud, lo cual les proporciona ayuda en pro de su salud, explicando la percepción de un alto nivel de calidad de vida en algunos adultos mayores de mi investigación.

Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores, Chiclayo, 2024

En relación con el nivel de apoyo social percibido, los resultados indican que predomina el nivel medio de apoyo social en los participantes, representando el 43.3% de la muestra total (Ver tabla 3).

Tabla 3

Frecuencia en Porcentaje de los Niveles de Apoyo Social

Nivel	f	%
Alto	30	25
Medio	52	43.3
Bajo	38	31.7

Los resultados guardan similitud con lo reportado por Quiroga et al. (2022), quienes señalaron que las funciones del apoyo social se vinculan directamente con el bienestar material, físico, emocional y social de las personas mayores. Ambos estudios coinciden en reconocer el rol del entorno inmediato de familiares, amigos y comunidad como fuentes clave de apoyo. Aunque en el presente estudio no se exploraron de forma diferenciada las dimensiones del apoyo, esta relevancia se evidenció.

De manera similar, Paredes et al. (2024) encuentra un nivel medio de apoyo social percibido en adultos mayores. En su investigación, se consideraron tanto a hombres como mujeres mayores de 60 años, y se evaluaron principalmente las redes de apoyo conformadas por familiares y amigos. Esta coincidencia refuerza la idea de que, en la vejez, las relaciones cercanas constituyen un pilar fundamental para el afrontamiento emocional y social, aun cuando el nivel de apoyo no se perciba como alto. En esta investigación, los puntajes obtenidos reflejan una tendencia similar, lo que permite señalar que el apoyo proveniente del entorno inmediato constituye un componente significativo en la experiencia subjetiva del bienestar.

También Simbala y Neira (2021) hallaron un predominio del nivel medio de apoyo social, utilizando el mismo instrumento que en la presente investigación (MOS). Sin embargo, los autores destacan que algunos participantes experimentaban niveles bajos de apoyo, especialmente vinculados a sentimientos de soledad, incluso cuando convivían con otras personas. Esto se explica por la diferencia entre compañía física y apoyo emocional efectivo, una distinción importante en la percepción subjetiva del bienestar. Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación, donde un sector de adultos mayores reportó niveles bajos de apoyo social. Esta tendencia puede comprenderse considerando que la convivencia o cercanía física no necesariamente se traduce en una percepción elevada de apoyo emocional, lo cual constituye una distinción relevante en el análisis de esta variable.

Conclusiones

Respecto a la relación entre calidad de vida y apoyo social percibido, se concluye que existe una correlación significativa entre ambas variables, lo cual sugiere que mayores niveles

de apoyo social se asocian a una mejor percepción de calidad de vida en los adultos mayores pertenecientes a la muestra de estudio, lo cual confirma la hipótesis de investigación. Además, respalda el papel protector y amortiguador del entorno social en la calidad de vida durante la vejez.

Sobre el nivel de calidad de vida, la mayoría de los participantes reportaron un nivel medio, lo cual indica una percepción general moderada sobre su bienestar físico, emocional y social. Esto puede estar vinculado a factores como la institucionalización o condiciones de salud propias de la etapa de vida en que se encuentran, pero también al acompañamiento familiar o social que reciben.

En relación con el nivel de apoyo social percibido, se encontró que predomina también el nivel medio. Sin embargo, un porcentaje significativo presenta niveles bajos lo cual puede estar asociado a que, si bien los adultos mayores cuentan con ciertas redes de apoyo, estas no siempre se perciben como fuertes o suficientes.

Recomendaciones

Para futuras líneas de investigación, se recomienda analizar con mayor profundidad las dimensiones específicas del apoyo social; así como factores relacionados como la familia, amistades para comprender con mayor precisión qué tipo de apoyo tiene mayor incidencia en la calidad de vida en esta etapa vital. Asimismo, se sugiere trabajar con muestras más amplias y diversas para poder determinar la generalización de resultados.

Para los profesionales de la salud que trabajen con población adulto mayor, es fundamental considerar el apoyo social como un recurso terapéutico clave en la intervención con adultos mayores. En esta línea, se invita a los profesionales a que incorporen una mirada integral y multidimensional de la calidad de vida, no solo es la salud física o condiciones materiales, sino también aspectos afectivos, sociales y existenciales, para brindar intervenciones más humanas y empáticas.

Se sugiere que los resultados de esta investigación sean tomados en cuenta por los directivos de los centros participantes para implementar actividades que fortalezcan los vínculos sociales y afectivos de los adultos mayores. Asimismo, sería valioso que los centros puedan dar seguimiento periódico a aquellos residentes que reciben visitas con frecuencia y a quienes no, a fin de identificar situaciones de aislamiento y generar estrategias de acompañamiento.

Finalmente, para la familia, promover el contacto afectivo y frecuente con sus adultos mayores, valorando que pequeños gestos, como llamadas, un momento de escucha o visitas breves tienen un impacto mayor y significativo en su percepción de bienestar.

Referencias

- Acuña, M. & González, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Revista de comportamiento, salud y cuestiones sociales*, 2(2), 71-81.
- Alfonso, L., Soto, D. & Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1)
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis Filosófico*, XXXV, (1), 13-26.
- American Psychological Association. (1 de enero de 2017). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la Tercera Edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182.
- Aranda, C. & Pando, M (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*, 16 (1), 233-245
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una Definición Integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Aretaga, A. & Rivadeneira, P. (2023). Desarrollo de las habilidades sensoriales en los niños y niñas de 0 a 2 años de edad del CHN Chimborazo. *Digital Publisher*, 8 (3)
- Arriagada, M. (2012). *Apoyo emocional, instrumental y material hacia el adulto mayor: una percepción desde los hijos* [tesis de Maestría, Universidad del BÍO].
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista IIPSI*, 19(1), 177-190.
- Bauer, M., Mancilla, E. & Gonzáles, E. (2022). Percepción del concepto de muerte en personas mayores de la región de los lagos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 2675-2704. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3721
- Bautista, L. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14(1), 5-9.
- Burks, H., des Bordes, J., Chadha, R., Holmes, H. & Rianon, N. (2021). Evaluación de la calidad de vida en adultos mayores con demencia: una revisión sistemática. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 50(2), 103–110. <https://doi.org/10.1159/000515317>
- Cáceres, A. (2021). *Calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en fisionorte, trujillo – peru, 2021* [Tesis de grado, Universidad Norbert Wiener]
- Calvo, F. & Díaz, M. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16(4), 570-55.
- Campos Vidal, J. F. (1996). *Trabajo social y modelo sistémico: Una cuestión de reglas*. *Taula: Quaderns de Pensament*, (25-26), 39–56.

- Congreso de la República. (2016). *Ley N.º 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor* (21 de julio de 2016). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/3601024-30490>
- Durá, J. & Garcés, J. (1991). La Teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Duran, T., Maldonado, M., Martínez, M., Gutiérrez, G., Ávila, H. & López G., S. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería Global*, 19(58), 287-304. <https://dx.doi.org/eglobal.364291>
- Duran, T., Salazar, M., Hernández, P., Guevara, C. & Gutiérrez, G. (2020). Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Sanus*, 5(15), 00001. Epub 17 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.178>
- Esmeraldas, E., Falcones, M., Vásquez, M. & Solórzano, J. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO*, 3(1), 58-74.
- Esquivias, V. (2015). *Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez*. [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas Madrid].
- Fachado, A., Menéndez, M. & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Atención de primaria* 19, 118-123.
- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y., & Chatterji, S. (2012). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*, 52(1), 66–78. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr085>
- Fernández, J, Fernández, M. & Cieza, A. (2010). Los Conceptos De Calidad de vida, Salud Y Bienestar Analizados Desde La Perspectiva De La Clasificación Internacional Del Funcionamiento (Cif). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Confirmatory factor analysis and invariance of the WHOQOL-OLD in a Portuguese sample. *Journal of Adult Development*, 21(2), 91–99. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9183-2>
- Gallardo, L., Conde, D. & Córdova, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108.
- García, E., Quevedo, M., La Rosa, Y. & Leyva, A. (2020). Calidad de vida percibida por adultos mayores. *Revista Electrónica Medimay*, 27(1).
- Giuliani, M., Soliveres, C. & Perez, L. (2015). El papel de las metas vitales en el envejecimiento satisfactorio. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20).121-132.
- Gobierno Regional de Lambayeque. (2020, 27 de mayo). *Población adulta mayor en alto riesgo y personas con discapacidad severa es de 16 899 en región Lambayeque* [Comunicado de prensa]. Plataforma del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/munichiclayo/noticias/783738-poblacion-adulta-mayor-en-alto-riesgo-y-personas-con-discapacidad-severa-es-de-16-899-en-region-lambayeque>

- Hernández, J., Chavez, S. & Carreazo, N. (2016) Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peru Med Exp Salud Publica* 33(4): 680-8. 10.17843/rpmesp.2016.334.2551
- Herrera, B., Galindo, O., Bobadilla, R., Penedo, F. J., & Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(2), 225–235. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>
- [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024). *Situación de la Población Adulta Mayor: Trimestre Octubre-noviembre- Diciembre 2023* (Informe n° 1).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Perfil sociodemográfico del departamento de Lambayeque: Características de la población* (cap. 1).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2025). *Informe técnico: Situación de la población adulta mayor N.º 02 — Enero-Febrero-Marzo 2025* (Informe Técnico).
- Landete, O. & Breva, A. (2000). Evolución histórica en el estudio del apoyo social. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(3), 589-596.
- Leturia, F. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 34(2), 105-112.
- Marín, C. (2024). Adultos mayores con enfermedades crónicas: percepción de calidad de vida, resiliencia y apoyo social en pandemia. *Revistas Unife*, 32(1)
- Monardes, C., Gonzáles, F. & Soto, F. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, (2), 68-86.
- Mora, G., Escárte, L., Espinoza, C. & Peña, A. (2021). Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. *Revista de Trabajo Social e intervención social*, (32), 151-171.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *WHOQOL: Calidad de vida*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría Gerontológica*, 37 (2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de WHOQOL-OLD*.
- Paredes, L., Miranda, C. & Arroyo, F. J. (2024). Apoyo social percibido en el adulto mayor durante el confinamiento. *Investigación e Innovación*, 4(1), 33-44. <https://doi.org/10.33326/27905543.2024.1.1871>

- Pérez, J. & Martín, F. (1990). *NTP 439: El apoyo social*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- Pinilla, M., Ortiz, A. & Suárez, J. (2021). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Revista Salud Uninorte*, 37 (2), 488-505. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197–2214. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Queirolo, S., Barboza, M. & Ventura, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*, 19(60). <https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>
- Quiroga, C., Parra, G., Moyano, C. & Díaz, M. (2022). Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020. Prospectiva. *Revista de Trabajo Social e intervención social*, (33), 57-74.
- Ramírez, A., Malo, A., Martínez, P., Montánchez, M., Torrachi, E. & González, F. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica Volumen 39(8)*, 954-959. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4543649>
- Ramírez, I. (2001). La autonomía versus dependencia en la vejez. *IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G*, Santiago de Chile.
- Rat, C. A. (2021). Calidad de vida en reumatología. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 42 (2), 1-12. [https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(21\)45031-0](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(21)45031-0)
- Rondón, L., Aguirre, B. & García, F. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 53(5). [10.1016/j.regg.2018.01.005](https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.005)
- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L. & González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA*, 61, 1-7.
- Salas, C. & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 4(1), 36–46.
- Salazar, M., Herrera, J., Ruiz, J., Guerra, J. & Duran, T. (2021). Función sensorial y cognición en adultos mayores con enfermedad crónica. *Horizonte sanitario*, 20(1), 89-94.
- Salgado, G. (2017). *Satisfacción vital de los adultos mayores que asisten al centro de salud “sin límites” del distrito de papayal-tumbes, 2016* [Tesis de Grado, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote].

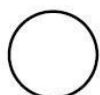
- Semenova Moratto Vásquez, N., Zapata Posada, J. J., & Messenger, T. (2015). *Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicología*, 8(2), 103–121
- Sepúlveda, W., Dos Santos, R., Tricanico, R. & Suzianie, V. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 341- 349. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
- Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). La encuesta de apoyo social del MOS. *Ciencias sociales y medicina*, 32 (6), 705–714.
- Simbala, F. & Neira, F. (2021). Relación del apoyo social con los niveles de soledad social en adultos mayores en un centro integral municipal del sur peruano. *Revista Peruana Medico Integrativa*. 6(1):13-18.
- Tengku Mohd, T. A., Yunus, R. M., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). *Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. BMJ Open*, 9(7), e026667. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667>
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, MJ (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18 (1), 45-59.
- Urzúa M, Alfonso, & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Valdez, M. & Álvarez, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113- 121. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>
- Vega, O. M., & González, D. S. (2009). *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global*(16), <https://doi.org/10.4321/S1695-61412009000200021>
- Wong, P. T. P. (2008). Meaning management theory and death acceptance. *Death Studies*, 32(8), 759–789. <https://doi.org/10.1080/07481180802398390>

Apéndices

Anexo A. Cuestionario WHOQOL-OLD de Calidad de Vida

Instrucciones: Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas. Por favor, responda las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una "X" en la respuesta que mejor considera para esta pregunta-

1. ¿En qué medida los problemas con su vida, oído, gusto, ofalto y tacto afecta su vida diaria?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

2. ¿En qué medida la pérdida con su vida, oído, gusto, ofalto y tacto afecta su capacidad para participar en actividades ?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante

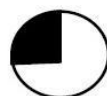


Extremadamente

3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar decisiones?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

6. ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?



Nada



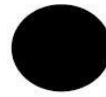
Un poco



Lo normal

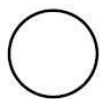


Bastante



Extremadamente

7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?



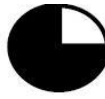
Nada



Un poco



Lo normal

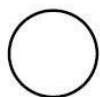


Bastante



Extremadamente

8. ¿En qué grado está asustado(a) de morir?



Nada



Un poco



Lo normal

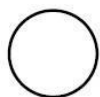


Bastante



Extremadamente

9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?



Nada



Un poco



Lo normal



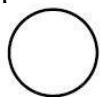
Bastante



Extremadamente

Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso.

10. ¿En qué medida los problemas de su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su capacidad para relacionarse con los demás?



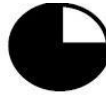
Nada



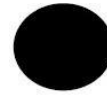
Un poco



Lo normal

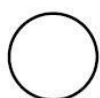


Bastante

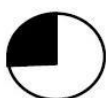


Extremadamente

11. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?



Nada



Un poco



Lo normal

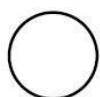


Bastante



Extremadamente

12. ¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?



Nada



Un poco



Lo normal

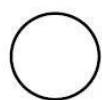


Bastante

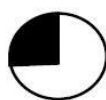


Extremadamente

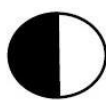
13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?



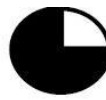
Nada



Un poco



Lo normal

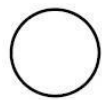


Bastante

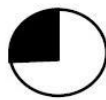


Extremadamente

14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida:

15. ¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?



Muy
insatisfecho



insatisfecho



Ni insatisfecho(a)
Ni satisfecho(a)



Satisfecho



Muy
satisfecho

16. ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?



Muy
insatisfecho



insatisfecho



Ni insatisfecho(a)
Ni satisfecho(a)



Satisfecho



Muy
satisfecho

17. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?



Muy
insatisfecho



insatisfecho



Ni insatisfecho(a)
Ni satisfecho(a)



Satisfecho



Muy
satisfecho

18. ¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?



Muy
insatisfecho



insatisfecho



Ni insatisfecho(a)
Ni satisfecho(a)



Satisfecho



Muy
satisfecho

19. ¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?

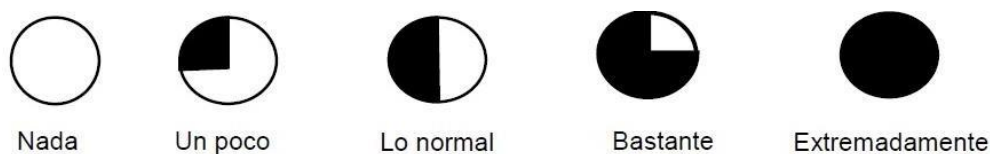


20. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de su vida, oído, gusto, olfato y tacto?

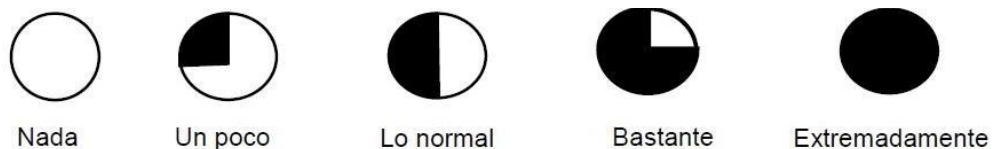


Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero(a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?



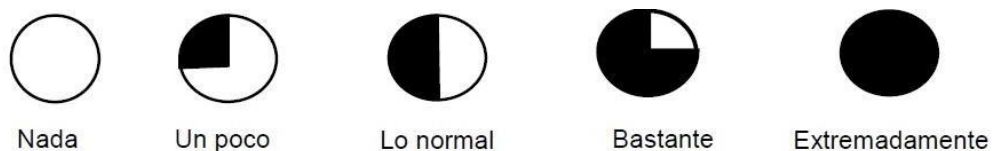
22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?



23. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?



24. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado?



Anexo B. Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido

A	Marca con una X en el cuadrado que mejor se acerque a su respuesta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	N	CN	AV	CS	S
2.	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	N	CN	AV	CS	S
3.	Alguien que le aconseje cuando tenga Problemas	N	CN	AV	CS	S
4.	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	N	CN	AV	CS	S
5.	Alguien que le muestre amor y afecto	N	CN	AV	CS	S
6.	Alguien con quien pasar un buen rato	N	CN	AV	CS	S
7.	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación	N	CN	AV	CS	S
8.	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	N	CN	AV	CS	S
9.	Alguien que le abrace	N	CN	AV	CS	S
10.	Alguien con quien pueda relajarse	N	CN	AV	CS	S
11.	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo	N	CN	AV	CS	S
12.	Alguien cuyo consejo realmente desee	N	CN	AV	CS	S
13.	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas	N	CN	AV	CS	S
14.	Alguien que le ayude con las tareas domésticas	N	CN	AV	CS	S
15.	Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos	N	CN	AV	CS	S
16.	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	N	CN	AV	CS	S
17.	Alguien con quien divertirse	N	CN	AV	CS	S
18.	Alguien que comprenda sus problemas	N	CN	AV	S	S
19.	Alguien a quien amar y sentirse querido	N	CN	AV	CS	S

Apéndice C. Estudio de Jueces

		Juez					V de		Intervalo de			
		1	2	3	4	5	M	DE	Aiken	Inter	Inf	Sup
Item1	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item2	<i>Cl</i>	4	4	4	3	3	3.60	.55	.87	VÁLIDO	.62	.96
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item3	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
Item4	<i>Cl</i>	4	4	4	2	3	3.40	.89	.80	VÁLIDO	.55	.93
	<i>Co</i>	4	4	4	3	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>R</i>	4	4	4	3	2	3.40	.89	.80	VÁLIDO	.55	.93
Item5	<i>Cl</i>	4	4	4	4	3	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
Item6	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
Item7	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	3	4	2	3.40	.89	.80	VÁLIDO	.55	.93
Item8	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
Item9	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item10	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item11	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>R</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
Item12	<i>Cl</i>	4	4	4	4	3	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>Co</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>R</i>	4	4	3	4	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99

Item13	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item14	<i>Cl</i>	4	4	4	3	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>Co</i>	4	4	4	3	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>R</i>	4	4	4	3	4	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
Item15	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item16	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	2	3.60	.89	.87	VÁLIDO	.62	.96
Item17	<i>Cl</i>	4	4	4	4	3	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item18	<i>Cl</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
Item19	<i>Cl</i>	4	4	4	4	3	3.80	.45	.93	VÁLIDO	.70	.99
	<i>Co</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00
	<i>R</i>	4	4	4	4	4	4.00	.00	1.00	VÁLIDO	.80	1.00

Nota. Claridad (Cl), coherencia (Co), relevancia (R), media (M), desviación estándar (DE), interpretación (Inter), inferior (Inf), superior (Sup).

Anexo D. Estudio Piloto

	Descriptivas							Fiabilidad			Escala de Respuestas							
	N	M	Md	Mo	DE	Var	Min	Máx	G1	G2	Rit	α	ω	1	2	3	4	5
A1	30	4.37	5	5	.964	.93	2	5	-1.08	-.4406	.46			0%	3.3 %	23.3 %	6.7 %	66.7 %
A2	30	4.13	5	5	1.279	1.637	1	5	-1.32	.6363	.374			6.7 %	6.7 %	13.3 %	13.3 %	60.0 %
A3	30	4.3	5	5	1.208	1.459	2	5	-1.26	-.2714	.381			0%	16.7 %	10.0 %	0%	73.3 %
A4	30	4.1	5	5	1.242	1.541	1	5	-1.24	.6637	.379			6.7 %	3.3 %	20.0 %	13.3 %	56.7 %
A5	30	4.23	5	5	1.073	1.151	1	5	-1.4	1.5215	.55	.803	.815	3.3 %	3.3 %	16.7 %	20.0 %	56.7 %
A6	30	4.27	5	5	1.285	1.651	1	5	-1.58	1.2457	.718			6.7 %	6.7 %	10.0 %	6.7 %	70.0 %
A7	30	4.43	5	5	1.194	1.426	1	5	-2.11	3.4142	.67			6.7 %	3.3 %	6.7 %	6.7 %	76.7 %
A8	30	4.3	5	5	1.088	1.183	1	5	-1.51	1.6797	.627			3.3 %	3.3 %	16.7 %	13.3 %	63.3 %
B9	30	4.07	5	5	1.311	1.72	1	5	-1.11	.0312	.658			6.7 %	6.7 %	20.0 %	6.7 %	60.0 %
B10	30	4.47	5	5	1.074	1.154	1	5	-1.96	3.0925	.7			3.3 %	3.3 %	13.3 %	3.3 %	76.7 %
B11	30	4.3	5	5	1.264	1.597	1	5	-1.6	1.4011	.805	.86	.866	6.7 %	3.3 %	16.7 %	0%	73.3 %
B12	30	4.03	5	5	1.377	1.895	1	5	-1.17	.1298	.68			10.0 %	3.3 %	20.0 %	6.7 %	60.0 %
C13	30	4.7	5	5	.596	.355	3	5	-1.91	2.7461	.667			0%	0%	6.7 %	16.7 %	76.7 %
C14	30	4.77	5	5	.626	.392	3	5	-2.51	4.8486	.825	.846	.88	0%	0%	10.0 %	3.3 %	86.7 %
C15	30	4.57	5	5	1.006	1.013	1	5	-2.48	5.6941	.808			3.3 %	3.3 %	6.7 %	6.7 %	80.0 %
D16	30	4.27	5	5	1.285	1.651	1	5	-1.58	1.2457	.764			6.7 %	6.7 %	10.0 %	6.7 %	70.0 %
D17	30	4.23	5	5	1.104	1.22	1	5	-1.32	1.0632	.802			3.3 %	3.3 %	20.0 %	13.3 %	60.0 %
D18	30	4.23	5	5	1.04	1.082	1	5	-1.29	1.4265	.774	.881	.886	3.3 %	0%	23.3 %	16.7 %	56.7 %
D19	30	4.27	5	5	1.081	1.168	1	5	-1.45	1.5887	.651			3.3 %	3.3 %	16.7 %	16.7 %	60.0 %

Nota. Media (M), mediana (Md), moda (Mo), desviación estándar (DE), varianza (Var); mínimo (Min), máximo (Máx), asimetría (G1), curtosis (G2), Correlación ítem test (Rit), Alfa de Cronbach (α), ω de McDonald (ω). Nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), casi siempre (4), siempre (5).

Anexo E. Análisis Factorial Confirmatorio

Medidas de Ajuste

χ^2	gl	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	IC 90% del RMSEA	
							Inferior	Superior
203.805	146	<.001	.997	.996	.053	.058	.037	.076

Cargas de los Factores

Factor	Indicador	Carga Factorial	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	IE. 1	.717			
	IE. 2	.677			
	IE. 3	.833			
	IE. 4	.873			
	IE. 5	.827			
	IE. 6	.932			
	IE. 7	.875			
	IE. 8	.924			
Factor 2	INS. 9	.837			
	INS. 10	.95	$r=.43$		
	INS. 11	.915			
	INS. 12	.901			
Factor 3	A. 13	.915			
	A. 14	.866	$r=.6$	$r=.49$	
	A. 15	.852			
Factor 4	ISP. 16	.872			
	ISP. 17	.906			
	ISP. 18	.876	$r=.65$	$r=.3$	$r=.45$
	ISP. 19	.767			

Anexo F. Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores: García Dávila Marie Jannet
Título : Calidad de vida y apoyo social en adultos mayores

Propósito del Estudio

Es invitado a participar en este estudio, para determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores de Chiclayo. Buscando contribuir al entendimiento de cómo el apoyo social influye en la calidad de vida de esta población, lo que puede servir de base para mejorar las estrategias de intervención en salud dirigidas a adultos mayores.

Procedimientos

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

Entrega de consentimiento informado. Se le proporcionará este consentimiento y se le explicará detalladamente el estudio.

Recolección de datos. Se le pedirá que complete dos cuestionarios:

- El **MOS de apoyo social percibido**, que tomará aproximadamente 10-15 minutos.
 - El **WHOQOL-OLD de calidad de vida**, que tomará aproximadamente 10-15 minutos.
- Sesión de recolección.** La recolección de datos se realizará en una sesión grupal, donde se le proporcionará un espacio cómodo y tranquilo para responder los cuestionarios. Su información personal será completamente confidencial.

Riesgos

El presente estudio no presenta ningún riesgo para su salud física o mental.

Beneficios

Usted se beneficiará de participar en una investigación de calidad de vida y apoyo social percibido, del cual recibirá una devolución por parte del directivo de su institución a manera de recomendaciones.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad

Su participación en este estudio será completamente confidencial. Toda la información y datos recolectada será almacenada de manera segura. Solo los investigadores tendrán acceso a los datos, y los resultados se presentarán de manera agregada, sin identificar a ningún participante.

Uso futuro de la información obtenida

Deseamos conservar la información de sus resultados guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI	NO
----	----

Derechos del participante:

La participación es voluntaria y si por algún motivo desiste, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Marie Jannet García Dávila al tel. 947153910, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

 Firma del participante

Nombre:

DNI:

 Fecha

 Firma del investigador

Nombre: Marie García Dávila

DNI: 71325385

 Fecha

ANEXO G. Resolución de Comité de Ética



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN Nº 400-2024-USAT-FMED
Chiclayo, 26 de setiembre de 2024

Vista la solicitud virtual N° TRL-2024-11179 en virtud de la aprobación con fecha 19 de setiembre de 2024 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante GARCIA DAVILA MARIE JANNET, de la Escuela de Psicología. Asesor: Mgtr. Floriza Toro Inca.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Psicología.

Que el proyecto de Investigación denominado: **CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE CHICLAYO, 2024**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.




Mtro. Sorey Garjet Gayoso Dianderas
 Secretaria Académica
 Facultad de Medicina




Mtro. Luis Enrique Jara Romero
 Decano (e)
 Facultad de Medicina