



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y ESPERANZA EN  
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN UN HOGAR GERIÁTRICO DE LIMA  
METROPOLITANA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología  
con mención en Psicología Clínica  
que presenta la Bachiller:

**BEATRIZ ÁNGEL MANRIQUE CHUQUILLANQUI**

**ASESORA: CECILIA CHAU PEREZ-ARANIBAR**

LIMA – 2014



## Agradecimientos

A Dios, por darme la gracia de tener lo que tengo, por guiar mi existencia y por su amor y confianza. También a la Virgen María, por su protección durante cada etapa de mi vida.

A mi mamá, Sonia Chuquillanqui, por no solo motivarme, sino por ser mi motivo para ser mejor siempre; por no solo enseñarme a vivir, sino por ser el mejor ejemplo de mamá y mujer, sin reparos para amar y orientar; por no solo alentarme ante los diversos obstáculos que tuvimos que enfrentar, sino por luchar junto conmigo; y por dedicarse a lograr que yo sea feliz.

A mi papá, Eloy Manrique, por su plena confianza en mi capacidad y por su interés en cuidar cada paso que doy. Además, por su ejemplo como gran profesional, pendiente de servir a nuestra tierra huancavelicana a través de la educación y el desarrollo humano. Por enseñarme a sentir a Huancavelica como mi inspiración permanente y el bienestar social como mi lucha constante.

A mi asesora, la Mg. Mónica Cassaretto, por su orientación en cada uno de los aspectos para el desarrollo de esta investigación. Además, por su interés, empatía y paciencia hasta el final de la presentación de la misma.

Al albergue central de Canevaro, por permitirme ingresar a observar y ser parte de la vida de quienes me enseñaron, me escucharon, me ayudaron y confiaron en mí para volver a vivir lo que pensaban perdido. Por hacerme entender que, a pesar de las contrariedades, la fortaleza humana es admirable.

A los profesores Cecilia Chau, Lupe Jara y José Mogrovejo, por acompañarme y guiarme en las diversas etapas para presentar esta tesis. A Cecilia Chau, por aceptar acompañarme a pesar de la escasez de tiempo; a Lupe Jara, por acompañarme en el inicio y por demostrarme su empatía; a José Mogrovejo, por guiarme y escucharme para seguir avanzando.

A todos aquellos que me ayudaron a iniciar, a perfilar y terminar el proceso de mi investigación, mediante sus consejos, asesorías y aliento.



## Resumen

La presente investigación busca estudiar la relación entre la Calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza en adulto mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana, a través del Cuestionario de Salud SF-36 versión en español (Alonso, Prieto y Antó; 1995) y de la Escala de Esperanza de Herth Revisada HHS-R (Martinez, Cassaretto y Herth; 2011), en una muestra de 48 personas cuyas edades oscilan entre los 65 a 85 años. Los resultados indican que existe una mayor CVRS en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el *soporte optimista/espiritual* es el factor de esperanza más alto, en tanto la *desesperanza* es el más bajo. Por otro lado, se hallan relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud, esperanza, adultos mayores, institucionalización.

## Abstract

The objective of the present investigation is to study the relationship between health - related quality of life to and hope in older adult residents in a nursing home in Lima Metropolitana, through the Health Questionnaire SF-36 version in Spanish (Alonso, Prieto & Antó ; 1995 ) and the Herth Hope Scale Revised HHS-R (Martinez, Cassaretto & Herth , 2011) , in a sample of 48 people aged between 65 to 85 years. The results indicate a higher HRQOL in the mental aspect and significant differences by gender, age, economic status, relationship and the time spent in the hostel are. Also, is that the *optimist / spiritual support* is the highest factor of hope, while *hopelessness* is the lowest. Furthermore, it was found significant relationships between the factors of hope and dimensions of HRQOL, especially with the mental component.

Keywords: Health-related quality of life, hope, elderly, institutionalization.

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	11
Participantes	11
Medición	11
Procedimiento	14
Análisis de datos	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	20
REFERENCIAS	31
ANEXOS	
A Ficha sociodemográfica	40
B Consentimiento Informado	44



La adultez tardía es la última etapa vital de la persona que se inicia a los 65 años y se caracteriza por una serie de cambios físicos, cognitivos y sociales (Lefrancois, 2001). Durante ese periodo, mengua su energía e inmunología, así como la velocidad de algunos procesos mentales (Cornachione, 2008; Craig, 2001; Fernandez – Ballestros, 2009); no obstante, es una etapa en la que el adulto puede poseer una mejor inteligencia cristalizada basada en la experiencia y una mayor orientación hacia su familia y la sociedad (Fernandez-Ballesteros, 1996; Neugarten, 1996). Según Lozano (2011), es una etapa en la que puede disfrutar del poder de su experiencia, pero también puede presentar baja valoración de parte de la sociedad actual (Arnold-Cathalifaud, Thumala, Urquiza y Ojeda, 2007).

Según la OMS, a nivel mundial se estima que más del 11% de la población son adultos mayores y que en el 2050 esta cifra porcentual se duplicara (Naciones Unidas, 2002). En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2013, la población adulta mayor ha alcanzado la cifra de 2 millones 807 mil, lo cual representa el 9.2% de la población total del país. Para el año 2021 esta cifra podría ascender a 3 millones 727 mil y representará el 11.2%. Del total actual, el 53.3%, es decir, 1 millón 496 mil, son mujeres, mientras que el 46.7%, lo que equivale a 1 millón 311 mil, son hombres (INEI, 2013).

Como se aprecia, la población de adultos mayores se está incrementando. Se cree que en el 2050 la cantidad de personas de la tercera edad será mayor que la de jóvenes, cambio epidemiológico que ya se está produciendo en los países más desarrollados. Como declara Naciones Unidas (2002), estos cambios demográficos van a tener importantes repercusiones en el ámbito familiar, económico, político y de salud de cada país.

En ese sentido, es importante prestar atención a esta población, ya que, pronto, demográficamente, se convertirá en la de mayor porcentaje. Además, actualmente no se cuenta con adecuados o suficientes programas sociales que se preocupen por los adultos mayores. Por ello, se requiere otorgar mayor interés en la evaluación integral y cubrimiento de las necesidades del adulto mayor.

De acuerdo con el INEI (2013), en el quinquenio 2010-2015 la esperanza de vida aumentará, ocurriendo en la mujer un incremento a 83 años y del hombre a 80. Si bien este dato es positivo, no significa que necesariamente haya una mejora en las condiciones que

generen mayor bienestar y calidad de vida en el adulto mayor (Alfaro, 2011; Schwartzmann, 2003). Debido a los cambios físicos y sociales en la tercera edad, hay algunos ámbitos de la vida que se podrían ver fortalecidos, pero hay otros que se pueden debilitar dependiendo de las condiciones en que se viva (Fernández-Ballesteros, 2009). Para conocer la vivencia de dichos cambios y crear las condiciones que ayuden a sobrellevarlos, es importante que se analice el estado físico y psicológico en los adultos mayores, y más aun en aquellos que están asilados, porque así se podrá establecer medidas que consigan una mejor calidad de vida en los mismos.

La calidad de vida es la evaluación tanto subjetiva como objetiva sobre el nivel de satisfacción de vida que se ha alcanzado, la cual se pondera a partir de factores personales y ambientales (Schalock y Verdugo, 2003). Uno de los aspectos más estudiados y resaltantes de la calidad de vida es la salud. En su mayoría, las investigaciones sobre la salud se han enfocado en evaluarla según la tasa de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida. No obstante, producto de la necesidad de mejorar las condiciones de vida y poseer medidas más sensibles que no conseguía el otro tipo de evaluación, a comienzos de los años 80 surgió la aplicación de un nuevo concepto gracias a investigaciones sobre la felicidad, los indicadores sociales y la salud misma: la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Schwartzmann, 2003)

La CVRS se refiere a la percepción, interpretación o evaluación subjetiva del bienestar de la persona frente a los cambios en el estado de salud (Soto & Failde, 2004; Schwartzmann, 2003). Se caracteriza por ser multidimensional, puesto que, abarca los aspectos físico, fisiológico, cognitivo, emocional, social y espiritual (Schwartzmann, 2003; Delgado et al., 2011). Además, es adaptativo porque refleja la capacidad funcional (Soto & Failde, 2004) y la capacidad de adaptación del individuo, ante la enfermedad y el consecuente tratamiento (Rodríguez et al., 1995). Así también, es dinámico porque varía según la influencia del entorno, la etapa vital, la fase de la enfermedad y las condiciones de los servicios sanitarios que recibe la persona (Botero y Pico, 2007; Delgado et al., 2011; Soto & Failde, 2004). Asimismo, depende de las propias creencias, expectativas y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), del contexto cultural, historia personal y clase social a la que pertenece (Schwartzmann, 2003). En caso de los adultos mayores, la CVRS se circunscribe a la etapa en que viven, por lo cual, si bien no existe una

enfermedad en sí, ellos experimentan una amenaza a su salud producto del envejecimiento progresivo.

Generalmente, las dimensiones que son evaluadas en la CVRS son: síntomas, dolores y quejas subjetivas; funcionamiento físico y social; vitalidad y estado emocional; percepción de la salud en general y de la salud mental, incluyendo el estrés psicológico; y valoración de la salud en comparación al año anterior (Botero y Pico, 2007; Vilagut et al., 2005). Con ello, se puede apreciar que la CVRS es un concepto integral ajustándose a la definición del modelo biopsicosocial de salud que propone la OMS (Schwartzmann, 2003).

En ese sentido, ha sido un tema bastante estudiado en distintas poblaciones, a excepción en la población adulta mayor, a pesar que, según Pinquart (2001), la CVRS es un tema importante en los estudios gerontológicos, ya que, los adultos tardíos son los que más usan los servicios de salud. Además, porque el aumento en la incidencia de hipocondría y la sobrestimación de una salud deficiente son mayores en esta población (Botero y Pico, 2007; Levental & Prohaska, 1986; Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004; Yanguas, 2004). A razón de esto, solo algunos países como España, Colombia y México se han enfocado en el tema en particular; sin embargo, en Perú, el estudio de Coronado, Diaz, Apolaya, Manrique y Arequipa (2009) casi es el único.

De acuerdo a Botero y Pico (2007), la CVRS varía en función de la edad y de las variables ligadas a ella. En esa línea, para Pinquart (2001), la primera variable influyente en la CVRS de los adultos tardíos es el estado físico. Usualmente durante esta etapa de vida existe un declive del sistema fisiológico y cognitivo (Craig, 2001; Urbano y Yuni, 2001), por lo cual, presentan problemas somáticos con mayor frecuencia e intensidad en comparación con las otras etapas (Yanguas, 2004). Además, puede generarse en ellos la disminución de su capacidad funcional, más aun si también presenta alguna enfermedad, lo cual sucede en la mayoría de casos (Coronado et al., 2009, Mora et al., 2004). Por ejemplo, en diferentes estudios sobre la CVRS en adultos mayores (Coronado et al., 2009; Hawton et al., 2011; Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal, 2008; Wanderley, Silva, Marques, Olivera, Mota & Carvalho, 2011) se ha observado que hay una disminución de la capacidad para poder realizar actividades que demanden poco y/o mucho esfuerzo.

De este modo, en la mayoría de estos estudios, se reporta una baja CVRS, ya que, también se ha encontrado que la disminución de salud puede afectar la percepción de la

salud general, es decir, la valoración de su situación y las expectativas sobre su resistencia a enfermar (Coronado et al, 2009; Rodríguez et al, 2009). Incluso, dicha disminución de la salud física y de la capacidad para realizar distintas actividades, puede menguar el bienestar emocional y generar desordenes de ansiedad, depresión y desesperanza (Botero y Pico, 2007). No obstante, el estado emocional también tiene repercusión sobre el estado físico y funcional.

De acuerdo con Prieto et al. (2008), existen evidencias que las emociones positivas funcionan como un efecto protector en la CVRS; en tanto que las emociones negativas como un factor de riesgo para el deterioro en la misma. Para Hirsch, Floyd y Duberstein (2011), las emociones negativas suelen afectar la capacidad funcional, la vida social y la tolerancia al dolor. Mientras que las emociones positivas influyen directamente en la percepción de la salud en general. Estas aumentan la motivación, promueven la toma de decisiones y mejoran la adaptación frente al estado de salud. De este modo, el estado emocional es otro factor que influye en la CVRS del adulto mayor. Inclusive, los adultos tardíos poseen emociones positivas más estables en el tiempo que otros grupos de edad, lo cual aumenta y prolonga su CVRS (Hirsch et al, 2011).

Por otro lado, un factor que también presenta una fuerte relación con la CVRS, es el soporte social que se posee y percibe (Botero y Pico, 2007; Prieto et al, 2008). Las redes de apoyo (constituidas por la familia, los amigos, los vecinos y los servicios sociales) permiten al adulto tardío mejorar su CVRS ya que les permiten supervisar y cuidar su salud física, además de generar un sentido de pertenencia y vitalidad (Conde y Mariñas, 1997; Fernández-Ballesteros, 2009) y promover el aumento de emociones positivas. En diferentes investigaciones sobre CVRS, al hacer una comparación entre los adultos mayores que viven con familiares versus los que viven solos (Hawton et al., 2011) o están institucionalizados (Villalobos, 2006, citado en Botero y Pico, 2007), se encuentra que los primeros reportan mejor salud percibida general, menores limitaciones en sus actividades cotidianas y mayor estabilidad emocional.

El nivel de ingresos económicos es otro factor que influye en la CVRS (Coronado et al., 2009; Ramírez et al., 2009). Este es fundamental en los adultos mayores, puesto que, no solo incrementa el sentido de independencia y autonomía (Ramírez, 2009), sino porque brinda facilidades materiales como acudir a un centro de salud eficiente que pueda atender

y/o curar las enfermedades y comprar las medicinas respectivas (Ostbye, Malhotra & Chan, 2009). Circunstancia que, por lo general, no ocurre en los adultos mayores en situación de pobreza (Schwartzmann, 2003). En el estudio de Coronado et al. (2009), por ejemplo, se ha registrado que a mayores ingresos económicos, mayor era la CVRS al existir una menor interferencia del estado de salud y de los problemas emocionales sobre el rendimiento de las actividades diarias y sociales.

Otros factores que podrían variar la CVRS son: el sexo, edad, estado civil y nivel de instrucción. Se ha encontrado que las mujeres de la tercera edad poseen una valoración más negativa que los hombres respecto a la salud (Mora et al., 2004; Prieto et al., 2008). Asimismo, se ha observado que mientras más avanza la edad, la persona percibe un menor control sobre su salud y distintos aspectos de su vida, impactando negativamente así en la CVRS (Huprich & Frisch, 2004; Prieto et al., 2008). También, se ha reportado que los adultos mayores solteros, viudos o divorciados tienen una menor calidad de vida que los casados (Coronado et al., 2009). Por último, se ha constatado que los adultos mayores instruidos tienen mejor CVRS que los que no lo son, puesto que, tienen mayor posibilidad de emprender según sus intereses, afianzar sus ocupaciones y mejorar el cuidado de su salud (Coronado et al., 2009; Fernández-Ballesteros, 2009).

De otro lado, según Schwartzmann (2003), las investigaciones recientes en psico-neuro-inmuno endocrinología están estableciendo relaciones entre la CVRS y algunos factores psicológicos. Por ejemplo, en cuanto a los adultos mayores, existe una relación inversa con la pérdida del sentido, la soledad y la depresión (Ariza, Isaza, Gaviria, Quinceno, Vinancia y Alvarán, 2010; Pinguart, 2001). Y una relación positiva con: el sentido de vida, los afectos positivos (Hirsh et al., 2011), un bajo locus de control externo (Alfaro, 2011) y la autoeficacia (Wiesman, Niehörster y Hannich, 2009).

Otro factor que incrementa la CVRS, al parecer es la esperanza. De acuerdo a Schwartzmann (2003), la persona con mejor CVRS, es aquella que confía en la mejoría de su salud a partir de la ideación y consecución de metas en función de esta, aumentando la motivación hacia la vida y basándose en la esperanza. Cuando se trata del adulto mayor, esto es más importante aún, ya que, se experimentan pérdidas en diversos aspectos de la vida. Por ello, se requiere de la esperanza ya que es uno de los mejores alicientes y sostenedores según el modelo de crecimiento de la vejez (Moñivas, 1998). En ese sentido,

es importante esta porque se vincula fuertemente con indicadores de salud y bienestar en distintas etapas de la vida. Sin embargo, aún se desconoce de manera precisa como este atributo se vincula con la CVRS en adultos mayores.

Snyder, Rand y Sigmon (2002), definen la esperanza como el estado motivacional positivo basado en el sentido de logro a partir de dos componentes: la capacidad de planificar *vías* para alcanzar las metas deseadas a pesar de los obstáculos y la *agencia* o motivación para hacer uso de estas vías (Carr, 2007). A esto, Herth (1993) añade que la esperanza depende también de la evaluación que se realiza sobre la relación entre uno mismo y el entorno, es decir sobre el soporte social y espiritual que se posee.

En función a esto, Herth (1993) ha establecido tres categorías de la conducta esperanzada: (1) la cognitivo-temporal, basado en las vías, es decir, en la capacidad para planificar modos de cómo llegar a una meta realista a partir del tiempo disponible; (2) la afectivo-conductual, basado en la agencia, es decir, en el interés y la motivación para empezar a lograr la meta trazada y ser constante en ella; y (3) la afiliativo-contextual, basado en el soporte socio-espiritual a partir de la situación que se esté afrontando, es decir, en la creencia del poder de la relación entre uno mismo y los demás, dentro de un contexto y/o dificultad que se esté experimentando (Martínez, Cassaretto y Herth, 2012).

Según Snyder et al. (2002) y Rand & Cheavens (2009), la esperanza se desarrolla durante la infancia y la adolescencia. En ese sentido, la esperanza es un estado que permanece latente (Carr, 2007). No obstante, se manifiesta dependiendo del tipo de situación. Si la situación se percibe como difícil pero no infranqueable, la esperanza es más fuerte y se experimentan emociones positivas. Si se está seguro de alcanzar los objetivos, la esperanza es innecesaria, pero perdura la experiencia de emociones positivas. Sin embargo, cuando se perciben las metas como inalcanzables, se cae en la desesperanza y surgen las emociones negativas (Martínez et al. 2012). En caso de los adultos mayores, por tanto, depende del desarrollo de este recurso, y así también de la meta que idealicen desde de su realidad (Nieto, Cerezo y Fuentes, 2004). Algunos desean estar completamente sanos, a pesar de presentar enfermedades crónicas, por lo cual caen en la desesperanza; mientras que otros buscan lograr las promesas de su religión, a pesar de presentar lo mismo, por lo cual mantienen esperanza.

De este modo, la esperanza se asegura como un posibilitador de empoderamiento para orientarse hacia el futuro (O'Hara & O'Hara, 2012) y como una clave para lograr la adaptación emocional (Herth, 1993). Asimismo, es un fenómeno multidimensional, pero variable. Es decir, las dimensiones de la esperanza como: la cognición, lo afectivo, lo conductual, lo temporal, lo contextual y lo afiliativo, se presentan simultáneamente, pero la predominancia de una de ellas varía a través del tiempo (Benzein & Berg, 2003).

Cuando se es adulto mayor, definir la esperanza en función del logro y control de las metas es poco seguro (Bergin & Walsh, 2005; Herth, 1993; Koenig & Spano, 2006). Esto, debido a que en este periodo se experimenta con mayor frecuencia una acumulación de pérdidas y múltiples problemas de salud (Bergin & Walsh, 2005). Por ello para mantener la esperanza se necesita priorizar otra dimensión. Por lo general, la dimensión predominante es la afiliativa-contextual (Díaz-Morales, 2006; Wrobley, 2005; Koenig & Spano, 2006). Así, Bergin y Walsh (2005), destacan que la esperanza, durante esta etapa, es un proceso interpersonal y trascendente que se constituye de un pasado, presente y futuro. Así, tanto la afiliación como la historia personal son los que sostienen la esperanza del adulto mayor.

Basado en ello y después de analizar la esperanza de adultos mayores residentes en una institución comunitaria Herth (1993) la define como la fuerza interna que facilita la trascendencia de una situación presente y empodera frente a una realidad basada en la expectativa de un mañana brillante para uno mismo y para los demás.

De esta descripción se puede extraer tres características principales respecto a la esperanza en la adultez tardía. La primera es que, la esperanza se asienta en metas relacionadas a uno mismo y a los demás. Sobre uno mismo, O'Hara y O'Hara (2012) afirma que la esperanza depende de poder estar de acuerdo con lo que uno es y fue, a raíz de su historia personal. Sobre los demás, según Erikson (1980) tener esperanza respecto a otros es un rasgo propio de esta etapa, el cual aumenta su sentido de generatividad y utilidad. Por esta razón, la relación con los otros es fundamental, puesto que, además de ayudarlos en su cuidado personal (Koenig & Spano, 2006), los otros aumentan su credibilidad sobre la vida (Chimich & Nikolaichuc, 2004). Para Rizzo (1999), la esperanza en el adulto mayor solo existe en la interacción entre uno que da y uno que recibe. Muchas

veces el otro miembro de la relación es la familia, los amigos, el cuidador del servicio de salud o del asilo o Dios (Krause & Hayward, 2012).

La segunda característica es que la esperanza del adulto tardío se enfoca en el presente y en el mañana inmediato (Herth, 1993). Las metas que podrían ser conseguidas a largo plazo son abandonadas (Koenig & Spano, 2006) porque en esta edad la resolución de algunos obstáculos es incierta (Krause & Hayward, 2012). Por esa razón, día tras día se reajusta la esperanza, mas aun si presentan alguna enfermedad (Nolan, 2011). Este reajuste se da según las oportunidades y limitaciones de la realidad. De acuerdo a la investigación de Herth (1993), los adultos mayores que viven en su casa y no presentaban impedimento físico alguno, orientaban la esperanza en actividades de ocio y salud. Aquellos que eran residentes en un albergue y gozaban de buena salud, enfocaban su esperanza en las personas más cercanas a ellos y en el mañana, en vez que en ellos mismos. Y aquellos que también residían en un asilo, pero tenían alguna enfermedad, describían su esperanza en función de sus cuidadores y amigos, enfocándose en hoy y en “la vida en el más allá”.

La tercera característica es que, la esperanza sirve como un puente creativo “construido” en el presente con el objetivo también de trascender (Rizzo, 1999). De acuerdo a la teoría de Erikson (1980) la trascendencia parte del logro de la integridad del yo sobre la desesperación, la cual se refleja en la percepción de haber tenido una vida con sentido. Para Chimich y Nikolaichuc (2004), el sentido de vida es uno de los aspectos fundamentales de la dimensión espiritual de la esperanza; así como la capacidad de resistencia frente a las dificultades y pérdidas (Koenig & Spano, 2006). Ambos se asocian altamente con la satisfacción y calidad de vida (Wroblewski, 2005), lo cual trascendentemente lleva a la persona a tener una esperanza hacia la vida (Nolan, 2011).

Los factores que dificultan la esperanza en los adultos mayores son: la baja energía, el dolor incontrolable, el sufrimiento propio y del mundo, alguna función cognitiva afectada (Herth, 1993) y la residencia en una institución geriátrica (Westburg, 2003). En tanto que, los factores que la fomentan son: las actividades útiles; los recuerdos que sugieren que si las circunstancias del pasado se pudieron afrontar, las actuales también; los objetos que poseen un significado positivo; la reorientación en el tiempo para planificar y completar las actividades que no se pudo realizar antes; las prácticas y creencias religiosas (Herth, 1993) y las representaciones mentales positivas que se evidencian en sus

discursos y comparaciones optimistas (Araya, 2002). Además impactan: la confianza, el entusiasmo, el coraje, la despreocupación, la alegría, el sentido de humor (Westburg, 2003), la existencia de imaginación, la disposición de espera, la toma de ayuda (Palkington, 1998, citado en Rizzo, 1999), una vida tranquila, el control personal, la salud y el soporte social (Farran, 1989, citado en Herth, 1993).

El vínculo entre la esperanza y la CVRS ha sido escasamente estudiado. Las investigaciones que se han preocupado por este, incluso, son recientes. Por tanto, aun no se cuenta con suficiente evidencia empírica que justifique la relación entre ambos. Más aun en referencia a los adultos mayores. No obstante, se cree en la posible existencia de una relación positiva entre la esperanza y CVRS, a partir de ciertos vínculos lógicos.

En primer lugar, la esperanza es un generador de emociones positivas (Billington, Simpson, Unwin, Bray & Giles, 2008), a partir de las cuales la persona puede incrementar su bienestar emocional y su CVRS. Como Snyder et al. (2002) y Kuyk et al. (2008) plantean, la esperanza sirve para moderar y manejar las emociones y el bienestar de la persona. Además, recalcando las afirmaciones de Prieto et al. (2008), las emociones positivas funcionan como un factor protector frente a las deficiencias de la salud, generando una mejor CVRS.

En ese sentido, la esperanza también genera una percepción positiva frente a la pérdida de salud (Van Gestel-Timmermans et al., 2010). Esto incrementa podría incrementar la CVRS, ya que, una percepción positiva sobre la salud, genera una mejor adaptación a la enfermedad y permite una pronta recuperación (Rand & Cheavens, 2009). Además, la esperanza depende en gran medida de la capacidad de agencia (Snyder, 2002). Si esta existe, habrá una alta tendencia a ejecutar conductas proactivas en beneficio de la salud (Rand & Cheavens, 2009), mejorando su CVRS (Schawartzman, 2003). De lo contrario, cuando la esperanza es baja, el pensamiento de agencia disminuye y surge la depresión, la ansiedad u otro trastorno emocional. Al suceder esto, la evaluación de la salud se torna negativa (Huprich & Frisch, 2004) y, por tanto, podría decrecer la CVRS.

Finalmente, para Yadav (2012), la esperanza sirve para ayudar a valorar el soporte social presente y a lidiar con el soporte social ausente, lo cual podría aumentar su CVRS porque es un factor altamente valorado en personas vulnerables. Así mismo, la esperanza también ha sido relacionada con una mayor confianza en uno mismo y en el entorno, lo

cual genera un autoconcepto positivo (Snyder et al., 2002), aumenta su autoestima y su empoderamiento frente a las dificultades, como puede ser la disminución de salud.

En caso de los adultos tardíos, se argumenta que el vínculo entre la esperanza y la CVRS se suscita de manera similar. Sin embargo, se gestan una serie de interrogantes debido a que se trata de una población con características particulares. Primero, puesto que la CVRS en los adultos mayores no parte de una enfermedad, sino de una posible pérdida de salud producto de la edad, cabe la pregunta si la evaluación de la salud depende altamente de recursos como la esperanza o por sí misma es positiva. Esto, ya que, según Yanguas (2004) suelen tener una mejor capacidad de adaptación al estado de salud que las personas de menor edad. Segundo, si es que existe una fuerte relación entre la esperanza y la CVRS, es importante conocer la naturaleza de esta durante la adultez tardía. Esto, porque, la esperanza se enfoca en el logro futuro de metas; pero la del adulto mayor no se basa en el futuro y además perciben un bajo control de metas sobre la salud (Herth, 1993).

Al tratarse de adultos mayores albergados, las interrogantes aumentan ya que se hallan en un estado más vulnerable. Primero, porque la institucionalización se relaciona con mayores niveles de estrés, depresión, ansiedad, desesperanza y vacíos existenciales (Soria, Bandera, Mercerón y Zamora, 1999; Stuart y Laraia, 2006). Asimismo, esta población presenta menores niveles de ingresos económicos, escasas redes de apoyo social y baja posibilidad de acceso a servicios sanitarios eficientes (Ramírez et al., 2008).

Por dichas razones y debido a que los estudios en la población adulta mayor albergada son escasos en el Perú y en otros países (Coronado et al., 2009), la presente investigación tiene como propósito describir la relación entre la CVRS y la esperanza en los adultos mayores residentes de un hogar geriátrico. Asimismo, se establecerán las diferencias de la CVRS en función de características sociodemográficas y de institucionalización como el sexo, edad, tenencia de pareja, categoría económica y tiempo de permanencia. Además, se explorará una posible influencia de las variables sociodemográficas en la esperanza.

Para ello, se realizó una investigación en un momento único del tiempo en un grupo de adultos que accedieron a participar voluntariamente, a los cuales se les brindó los cuestionarios que miden las dimensiones de la CVRS y de la esperanza con el fin de analizar su relación.

## Método

### Participantes

Participaron en esta investigación 48 personas adultas mayores entre los 65 y los 85 años de edad ( $M=76.48$ ;  $DE=6.45$ ) que residen en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana. Ellos se encuentran distribuidos homogéneamente según sexo (24 hombres y 24 mujeres) y tienen un tiempo de permanencia entre 1 mes y 13 años aproximadamente ( $M=83.63$ ;  $DE=61.74$ ).

Respecto a su estado de compromiso: el 87.5% no tienen pareja, ya sea porque son solteros, viudos o divorciados; en tanto que el 12.5% sí la tienen. Sobre su categoría económica: el 81.3% son indigente total, en tanto el 18.8% son pagante parcial.

Los participantes fueron seleccionados, si tenían más de un mes viviendo en dicho hogar geriátrico y eran hispanohablantes. No participaron aquellos que presentaban problemas de audio graves, ni alguna enfermedad física y/o mental severa como neoplasias, esclerosis múltiple, septicemia, neumopatías graves, tuberculosis, demencia, trastorno depresivo mayor, trastorno psicótico, de cuidados paliativos, entre otras.

Con fines éticos, todos los participantes fueron informados sobre la naturaleza y objetivos de la investigación. Después, firmaron el consentimiento informado, en el cual mostraban su aceptación voluntaria.

### Medición

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores se utilizó el *Cuestionario de Salud SF-36. VI* en su versión española adaptada por Alonso, Prieto y Antó (1995).

Este cuestionario, consta de ocho dimensiones: Función física, Dolor corporal, Rol físico, Salud general, Rol emocional, Vitalidad, Función social y Salud mental. Las cuatro primeras dimensiones constituyen el componente físico de la calidad de vida y las restantes, el componente mental (Ware & Gandek, 1998).

Esta escala está conformada por 36 ítems, cuyas opciones de respuesta se dan en una escala tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia, donde el número oscila entre

dos y seis alternativas, dependiendo del ítem. La administración del cuestionario es de manera individual o colectiva, incluso puede ser auto-administrado o mediante una entrevista telefónica o un soporte informático. Usualmente el tiempo de duración es de 5 a 10 minutos (Alonso et al., 1995).

Respecto a la calificación, los ítems son codificados en una escala de puntuación desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud). Para facilitar la interpretación se considera a 50 como la media de la población general. De este modo, los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente. No obstante, algunas investigaciones han realizado dicha interpretación basadas en una división por quintiles: puntajes del 0 al 19 indicaron una CVRS *muy baja*; del 20 al 39, *relativamente baja*; del 40 al 59, *promedio*; del 60 al 79, *relativamente alta*; y finalmente del rango de 80 a 100, *muy alto* (Alfaro, 2012; Salas, 2009; Torres, 2011; Villareal, 2013).

La versión original presenta una validez de contenido basada en definiciones estándar (Ware & Gandek, 1998) y una validez de constructo que denota la generalización de los dos componentes y las ocho dimensiones del SF-36 pudiendo ser aplicado en diferentes países, edades y géneros (Gandek & Ware, 1998). A partir del análisis factorial exploratorio realizado en el estudio de Keller et al. (1998) en 10 países, se confirma la estructura anterior y se analiza un factor de tercer orden (salud). Respecto al análisis de factores de segundo orden, se halló una varianza de 82% en las ocho dimensiones correspondiente a la data de Estados Unidos, y una varianza entre el 75 y 86% correspondiente a la data de los nueve países restantes. Asimismo, se observó que los factores de carga son superiores a .40 para cada ítem con su factor respectivo, demostrando una validez convergente, e inferiores al mismo con los otros factores, demostrando una validez discriminante (Keller et al., 1998). Por otro lado, la confiabilidad de las ocho dimensiones supera el coeficiente mínimo recomendado que es de .70; incluso en 15 estudios excedió el .80. En cuanto a la confiabilidad de los dos componentes, generalmente ha sido mayor a .90 (Ware et al., 1998; Gandek & Ware, 1998).

Por su parte, la versión en español presenta una validez de constructo evaluada a través de correlaciones con ciertos indicadores clínicos y otros instrumentos de medición similares (Vilagut et al, 2005). Asimismo, posee una validez discriminante que varía según

dimensión, oscilando sus valores entre .53 y .62 (Lugo, García y Gómez, 2006). Por otro lado, según el meta-análisis con 79 estudios que realizó Vilagut et al. (2005), la escala posee una confiabilidad, analizada por consistencia interna, cuyo coeficiente resultó superior a .70 para todas las dimensiones en todos los casos.

De modo similar sucede en nuestro medio, el estudio de Salazar y Bernabé (2012) realizado con 4334 sujetos peruanos, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 64 años, posee una validez de constructo analizada a partir de un análisis factorial confirmatorio a nivel de ítems. Este muestra que el SF-36 tiene un mejor ajuste con 8 factores de primer orden y 2 factores de segundo orden al presentar un índice de ajuste comparativo (CFI) de .96 y una raíz media de error cuadrático de aproximación (RMSEA) de .05. Además, se encuentra que la prueba es capaz de discriminar entre grupos definidos, en función de ciertas características sociodemográficas clave. Asimismo, muestra una confiabilidad de .83 para el total y un rango de .66 y .92 para las dimensiones. En investigaciones como la de Salas (2009), Laos (2010), Torres (2011) y Alfaro (2011) con pacientes con dolor crónico, cáncer e insuficiencia renal crónica, también se obtuvo una confiabilidad superior a .70 en la mayoría de las dimensiones.

En el presente estudio, la consistencia resultó satisfactoria para todas las dimensiones: en función física (.94), función social (.89), vitalidad (.87), salud general (.80), dolor (.92), salud mental (.86), rol físico (.71) y rol emocional (.62). Del mismo modo, en el componente físico se obtuvo una consistencia de .92 y en el componente mental de .88.

Para la evaluación de la esperanza se utilizó la *Escala de Esperanza de Herth Revisada (HHS-R)* elaborada por Martínez, Cassaretto y Herth (2012), la cual es la segunda versión en español de la Herth Hope Scale (1991, **HHS**). La primera versión en español fue elaborada por Arnau, Martínez, De Guzmán, Herth y Konishi (2010) y constaba de 30 ítems. Sin embargo, Martínez et al. (2012) después de revisar, en base a tres estudios, las propiedades psicométricas de la versión anterior en nuestro medio, observaron que dos ítems no funcionaron sistemáticamente. Ante ello, se eliminaron ambos ítems y se analizó el funcionamiento de esta versión, encontrando evidencia de mayor consistencia interna y validez para esta versión, surgió así esta nueva escala para el medio latino.

El HHS-R consta de 28 ítems que incluyen cuatro factores de análisis: Soporte optimista/espiritual, Soporte/pertenencia Social, Desesperanza y Agencia. En cada uno de los ítems el evaluado afirma su grado de acuerdo o desacuerdo del 1 al 4, donde 1 representa “nunca se aplica en mí” y 4 equivale a “con frecuencia se aplica a mí”. Las puntuaciones oscilan entre 28 a 112. Para la sumatoria total es importante precisar que el factor Desesperanza debe invertirse. Cuanta más alta sea la puntuación total, mayor es el nivel de esperanza. Esta lógica corresponde también con las puntuaciones por factores de Soporte optimista/espiritual, Soporte y pertenencia Social y Agencia. En contraste sucede con el factor Desesperanza: mientras más alto es el puntaje bruto de esta, la esperanza es menor. En cuanto a la aplicación, puede ser de forma colectiva o individual.

De otro lado, la validez de constructo de este instrumento se basa en un análisis factorial exploratorio cuya varianza es 45.9% para cuatro factores. Además, todos los ítems presentan cargas factoriales superiores a .47 en su respectivo factor. Asimismo, posee una validez convergente con la Escala de Satisfacción con la Vida de Pavot y Diener (1983) de .59 y con el Cuestionario de Orientación hacia la Vida de Antonovsky (1993) de .72. Respecto a la confiabilidad, esta escala posee un alfa de Cronbach de .87. Incluso la consistencia interna de cada factor es alta oscilando entre .71 y .81 (Martínez et al., 2012).

En esta investigación, al verificar la consistencia interna con el mismo método, resultó una confiabilidad de .90. En cuanto a los factores de análisis, el coeficiente de Optimismo y Soporte espiritual fue .87; de Agencia, .76; de Soporte social y pertenencia, .69; y de Desesperanza, fue .65.

## Procedimiento

Previamente a la aplicación formal de las pruebas, se realizó un piloto a 8 adultos mayores de 65 a más años de edad; esto, para calcular el tiempo de duración de la evaluación y determinar el modo de realización de la misma. A partir del piloto y para facilitar la aplicación, se decidió prescindir de los adultos mayores de 85 años a más, debido a que solían presentar enfermedades físicas severas con mayor frecuencia y porque no se adecuaban fácilmente al formato de evaluación. Asimismo, se decidió administrar individualmente las pruebas a modo de entrevista.

En la habitación de cada participante, se completaron los datos sociodemográficos y luego se administraron las pruebas. Para ello, la investigadora preguntó y marcó las respuestas mostrándole a cada adulto mayor una serie de tarjetas, suficientemente visibles, que contenían las alternativas de respuesta que cada uno debe elegir. La duración de la administración duró aproximadamente una hora y 20 minutos por persona.

### **Análisis de datos**

Para esta investigación se utilizó el PASW Statistics en su versión 18. Después de analizar la normalidad, primero, se efectuó la distribución de medias y desviación típica. Luego, se compararon las medianas a través del estadístico U-Mann Whitney para verificar las diferencias según algunos datos sociodemográficos (sexo, estado de compromiso y categoría económica). Para analizar las otras variables sociodemográficas como edad y tiempo de permanencia se utilizó las correlaciones de Spearman. Y por último, se evaluó la relación entre las dimensiones de CVRS y esperanza haciendo uso de las correlaciones de Pearson, debido a que los resultados de asimetría y curtosis son menores que 3 y 10 respectivamente a pesar que en la mayoría de variables no hay normalidad (Kline, 2011; Tabachnick & Fidell, 2012).

## Resultados

Los resultados de la presente investigación se presentarán de acuerdo a los objetivos planteados. En primer lugar, se describirán los resultados de la variable CVRS en base a sus ocho dimensiones y se mostrarán las comparaciones de las medianas significativas en función de las variables sociodemográficas. Posteriormente, se detallarán los resultados de la variable esperanza y sus factores de análisis, así como la comparación de medianas correspondiente. Por último, respondiendo al objetivo principal de esta investigación, se analizará la relación entre las dimensiones de las variables principales.

La tabla 1 muestra el promedio y la desviación estándar de los dos puntajes resumen y las ocho dimensiones de CVRS. Respecto a los puntajes resumen, se observa que la puntuación del *componente mental* resulta más alta que la del *componente físico*. En cuanto a las dimensiones, se obtiene que las puntuaciones más altas son las de *función social* y *rol emocional* y las más bajas son la de *rol físico* y *salud general*. Las otras dimensiones se ubican en el rango de 60 y 75, lo cual indica un puntaje relativamente alto de la CVRS en los adultos mayores institucionalizados.

**Tabla 1**

*Tabla de distribución de medias de las dimensiones de la CVRS*

	Media	Mediana	D.S.	IC 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Función Física	61.4	70.0	30.4	[52.5	70.2]
Rol Físico	41.7	25.0	35.9	[31.3	52.1]
Dolor Corporal	68.9	67.5	28.3	[60.7	77.1]
Salud General	47.5	50.0	16.3	[42.8	52.2]
Función Social	73.2	75.0	21.9	[66.8	79.5]
Rol Emocional	74.3	100.0	33.2	[64.7	83.9]
Vitalidad	61.9	62.5	20.8	[55.8	67.9]
Salud Mental	69.1	72.0	19.0	[63.6	74.6]
Componente físico	54.8	51.6	21.6	[48.6	61.1]
Componente mental	69.6	73.9	18.4	[64.3	74.9]

*N=48*

Por otro lado, usando el estadístico U de Mann-Whitney, se registraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas: sexo, categoría económica y relación de pareja. En cuanto a la variable sexo, los resultados indican que los hombres tienen una CVRS significativamente más alta que las mujeres en la escala del componente mental ( $Mehombres=75.7$ ,  $Memujeres=70.9$ ,  $U=191.5$ ,  $p<0.05$ ) y en las dimensiones de Dolor corporal ( $Mehombres=90$ ,  $Memujeres=62.5$ ,  $U=174.5$ ,  $p<0.05$ ) y más aun en la de Rol emocional ( $Mehombres=100$ ,  $Memujeres=66.7$ ,  $U=156$ ,  $p<0.01$ ).

Sobre la categoría económica, los participantes que son pagantes parcial tienen una mejor CVRS en la dimensión de *salud general* frente a aquellos que no pagan monto alguno por residencia, debido a que no cuentan con ingresos económicos ni siquiera para gastos propios.

En cuanto a la tenencia de pareja, se encontró que los adultos mayores asilados que tienen pareja -dentro o fuera del hogar geriátrico-, en comparación con los que no la tienen- como los viudos, divorciados y solteros sin pareja-, poseen una CVRS mucho más alta en el *componente físico* y en las dimensiones de *rol físico*, *salud general*, *vitalidad* y *salud mental*.

**Tabla 2**

*Diferencia de medianas de las dimensiones del SF-36 según la variable de categoría económica y tenencia de pareja*

	Indigente total n=39	Pagante parcial n=9	U de Mann-Whitney	
	Me	Me	U	p
Salud General	45	55	95	.032*
	sin pareja n=42	con pareja n=6	U de Mann-Whitney	
	Me	Me	U	P
Rol físico	25	87.5	44.5	.00**
Salud General	50	57.5	64.5	.05*
Vitalidad	60	77.5	46.5	.01*
Salud mental	68	88	37.5	.00**
Componente físico	50	77.2	63.5	.051*

N=48 \* $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$

De otro lado, respecto a la edad, se observó que mientras más avanza la edad del adulto tardío, más baja es la CVRS en los *componentes físico* ( $r=-.34$ ) y *mental* ( $r=-.32$ ), y en las dimensiones de *función social* ( $r=-.35$ ), *rol físico* ( $r=-.47$ ) e incluso en la *vitalidad* ( $r=-.42$ ).

Sobre el tiempo de permanencia en el albergue, también se hallaron relaciones inversas. Cuanto más tiempo el adulto tardío se encuentra asilado, más baja es la CVRS en el *componente mental* ( $r=-.35$ ), y específicamente, en la dimensión de *rol emocional* ( $r=-.29$ ).

Por otro lado, analizando la variable esperanza, en la tabla 3 se observa el promedio y desviación estándar de esta y de sus cuatro factores de análisis. De ello, se encuentra que el nivel de esperanza en el factor de *soporte optimista/espiritual* es el más alto entre todos los factores; en tanto que, en el factor de *desesperanza*, es el más bajo.

**Tabla 3***Tabla de distribución de medias de las dimensiones de Esperanza*

	Media/#items	Mediana/#items	D.S.	IC 95%	
				L. inferior	L. superior
SOE	3.5	3.6	4.8	[3.4	3.6]
Agencia	2.4	2.3	3.7	[2.2	2.6]
SPS	3	3	3.1	[2.8	3.2]
Desesperanza	1.8	1.8	0.5	[1.7	2]
Esperanza	3.1	3.1	11.9	3	3.2

$N=48$ , Abreviaciones: SOE, Soporte optimista/espiritual; SPS, Soporte y pertenencia social.

En cuanto a los datos sociodemográficos que se están considerando en este estudio, resultó que no existen diferencias significativas en ninguno de estos.

Finalmente, respecto a las relaciones entre los componentes de la CVRS y la esperanza, analizando según el criterio de Cohen (1988), se encuentra que esta última tiene una correlación significativa con ambos *componentes físico y mental* de la CVRS. Esto mismo ocurre con todas las correlaciones entre el componente mental y los factores de la esperanza. Respecto a las correlaciones con el componente físico, se observa que solo es alta con el factor de *agencia* (tabla 4).

**Tabla 4***Correlación entre las variables de Esperanza y los componentes de la CVRS*

	Esperanza	SOE	A	SPS	D
Componente físico	.38**	.32*	.40**	.34*	-.17
Componente mental	.64**	.62**	.48**	.50**	-.43

$N=48$  \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , Abreviaciones: SOE, Soporte optimista/espiritual; A, Agencia; SPS, Soporte y pertenencia social; D, Desesperanza.

En cuanto a la relación entre las dimensiones de la CVRS y la esperanza, se tiene que en su mayoría, según el criterio de Cohen (1988), existe una correlación mediana y alta (tabla 5). Se observa que hay mayor cantidad de correlaciones significativas con la esperanza total y los factores de *soporte optimista/espiritual*, *agencia* y *soporte y pertenencia social*; los cuales poseen una correlación alta con las dimensiones de *salud general*, *rol emocional* y *salud mental*. El factor de *agencia* tiene una alta correlación además con la dimensión de *rol físico*. En tanto, el factor *soporte optimista/espiritual*, con la de *dolor corporal*.

Asimismo, se halla que a diferencia de los otros factores de la esperanza, la *desesperanza* presenta correlaciones negativas con algunas dimensiones de la CVRS; siendo estas significativas con las dimensiones de *rol emocional* y *salud mental*. Esto indica que a mayor *desesperanza*, existe menor CVRS en ambas dimensiones.

**Tabla 5***Correlación entre las variables de Esperanza y las dimensiones de la CVRS*

	Esperanza	SOE	A	SPS	D
Función física					
Rol físico	.34*		.39**	.31*	
Dolor corporal	.34*	.38**			
Salud general	.53**	.53**	.37**	.52**	
Función social	.30*		.33*	.33*	
Rol emocional	.54**	.61**	.38**	.30*	-.37**
Vitalidad	.36*	.36*	.29*	.33*	
Salud mental	.78**	.71**	.49**	.66**	-.68**

$N=48$  \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , Abreviaciones: SOE, Soporte optimista/espiritual; A, Agencia; SPS, Soporte y pertenencia social; D, Desesperanza.

## Discusión

En el presente estudio, el cual se ha realizado a partir de la necesidad de atender académicamente a la población adulta mayor albergada al ser vulnerable, los resultados indican que en el grupo evaluado existe una calidad de vida de nivel superior al promedio en la mayoría de las dimensiones que la conforman. Sin embargo, al comparar con otros estudios sobre la CVRS en los adultos mayores, se observa que los participantes de esta investigación poseen una calidad de vida más baja que un grupo de adultos tardíos españoles (Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez y De la Fuente, 1998), hispanos residentes en Estados Unidos sanos (Masel, Graham, Reisterter, Markides y Ottenbacher, 2009), colombianos (Ramírez et al., 2008) y peruanos no institucionalizados (Coronado et al., 2009). En tanto que, frente a un grupo de adultos mayores hispanos americanos enfermos (Masel et al., 2009), peruanos con problemas estomatológicos (Awuapara, 2010) o con insuficiencia renal crónica (Hinojosa, 2006), los adultos tardíos asilados presentan un nivel de CVRS similar.

Por tanto, se podría argumentar que cuando el adulto mayor se encuentra en una situación donde exista alguna limitación sea social, como la institucionalización, o sea causada por alguna enfermedad, como una de condición crónica o que conlleve a la hospitalización, la CVRS será menor. Esto podría ser principalmente porque el estado de salud y el soporte social son los aspectos más importantes para el adulto mayor (Díaz-Morales, 2006); por ello, si se ven obstaculizados, la calidad de vida mermará.

Otro aspecto importante que resulta de la comparación con otros estudios similares, es que en la mayoría, las puntuaciones de las dimensiones del componente mental son más altas que las del componente físico (Awuapara, 2010; Hinojosa, 2006; Masel, 2009), aspecto que coincide con lo hallado en este estudio. De acuerdo con Pinguat, Koch, Eberhardt, Brix, Wedding y Röhrig (2006), esto suele ocurrir como un mecanismo de respuesta cuando la persona se halla expuesta a un estado de fragilidad como el deterioro de su salud, buscando experimentar emociones positivas (Prieto et al., 2008). Además, los adultos mayores tienden a adaptarse emocionalmente a la disminución de la salud con mayor facilidad que los más jóvenes, ya que, cuentan con más estrategias de afrontamiento y/o están más habituados a ese tipo de situación (Neugarten, 1996).

Respecto a las dimensiones de la CVRS, similar a los otros estudios (Alonso et al., 1998; Masel et al., 2009; Ramirez et al., 2007), en este también se halla que la *función social* prevalece sobre las demás. Es decir, los problemas emocionales y físicos no obstaculizan en gran medida las actividades sociales habituales como: conversar con los compañeros, caminar por el patio junto con los demás, participar de las actividades programadas en el asilo, y demás. Como puntualiza Díaz-Morales (2006), durante la adultez tardía uno de los aspectos más valorados es el social, por ello, la familia, amigos o la comunidad van a ser su prioridad. En este caso no se cuenta totalmente con dichas redes sociales, pero al parecer la mínima ocurrencia de interacción interpersonal la convierten en valiosa (Soria et al., 1999). Cabe la interrogante si es que este grupo de adultos tardíos muestra capacidad para la interacción social e interés por ampliar sus redes sociales y aumentar su grado de satisfacción al respecto. Estudios sobre la relación entre el soporte social y la CVRS, podrían dar luces de ello.

Otra dimensión que resultó alta en esta investigación a diferencia de los otros estudios es la de *rol emocional*. Según ello, por lo general, los problemas emocionales no interfieren en el rendimiento de las actividades cotidianas como: caminar distancias cortas y largas, bañarse, barrer su habitación, entre otras. Una posible explicación al respecto es que podrían estar intentando sobreponerse ante la tristeza o ansiedad utilizando mecanismos de afrontamiento tales como el apoyo en la religión, creyendo que Dios los ayudará a superar los problemas, o la evitación, para no decaer en un estado depresivo (Gonzales- Celis, 2012).

De otro lado, al igual que en la mayoría de investigaciones que analizan la CVRS (Alfaro, 2011; Awuapara, 2010; Coronado et al., 2009; Hinojosa, 2006; Masel et al., 2009; Rodríguez, 2005), en este estudio las dimensiones que presentaron puntuaciones más bajas son *rol físico* y *salud general*. Incluso menos de lo que refieren los otros estudios.

Respecto al primero (*rol físico*), que mide la capacidad de rendir adecuadamente al realizar las actividades diarias frente a las limitaciones físicas, llama la atención que estos adultos tardíos consideren que su estado físico no afecta significativamente sus capacidades sociales (*función social*), pero sí que esta afecte su rendimiento para realizar pequeños trabajos dentro de la institución (*rol físico*). Más aun cuando ellos refieren tener capacidades medianamente preservadas para realizar esfuerzos moderados y/o actividades

como el autocuidado (*función física*). Ante esto pareciera que ellos están asumiendo un rol más pasivo, por lo cual, su motivación para emprender actividades, que incluso pueden ser en beneficio de la salud, podría disminuir (Vivaldi y Barra, 2012). Ello, sugiere cierta posición de minusvalía, la cual depende de cómo estén evaluando su situación.

De manera similar, la *salud general*, es decir, la percepción que tiene la persona sobre las expectativas de su situación de salud en el presente y futuro, también es baja. Los adultos tardíos asilados podrían estar creyendo que están más enfermos de lo que realmente están. Una posible explicación al respecto es el significado que le otorgan a estar “asilado”, lo cual podría llevar a que se asuma el rol de desvalido, con la poca posibilidad de tener control sobre la mejoría de la propia salud. Según Stuart y Laraia (2006), la institucionalización además implica que, por lo general, exista una baja posibilidad de tener un tratamiento adecuado y una atención médica eficiente. Por ello, los participantes de este estudio no evalúan su salud general como “muy buena”, ni la oportunidad para tenerla.

Por otro lado, en relación a las variables sociodemográficas se encontró que, según la variable sexo, como sucede en muchos estudios (Alfaro, 2012; Coronado et al., 2009; Gonzales y Vásquez, 2010; Villareal, 2013), los hombres tienen una mejor calidad de vida en el aspecto mental a diferencia de las mujeres. De acuerdo a Castellón (2003), esto sucede, ya que, posiblemente el proceso de envejecimiento es percibido por la mujer como más negativo. Incluso para Mora et al. (2004), ello no se debe a la edad, sino a la variable misma porque en todas las etapas es similar.

La diferencia con este estudio es que, en todas las etapas, las mujeres suelen tener una menor CVRS también en el aspecto físico. En este caso solo sucede respecto al *dolor corporal*. Así, semejante a los estudios de Alfaro (2012) y Mora et al. (2009), las mujeres tienden a percibir el dolor que padecen como más intenso, por lo cual, según Eckermann (2000) incluso las llevan a suspender sus actividades diarias.

De otro lado, en el componente mental, al igual que en el estudio de Coronado et al. (2009), en las mujeres los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias (*rol emocional*) en mayor medida. Como sugieren Ferrer, Ribera y Reig (1998), esto puede deberse a que ellas tienen más tendencia a ser ansiosas y depresivas muchas veces

ponderando un problema, a pesar de tener una mejor aceptación social al expresar sus quejas de salud a diferencia de los varones.

Respecto a la edad, también se encontraron resultados significativos a medida que esta avanza. Cuando esto ocurre la CVRS disminuye tanto en el aspecto físico como mental. Específicamente, hay una mayor pérdida de energía (*vitalidad*) y los problemas físicos van interfiriendo más en el rendimiento de sus actividades diarias (*rol físico*). Esto se explica a partir de la disminución de las defensas biológicas que se va dando, lo cual lleva a que las enfermedades se agraven, se incremente la debilidad frente a estas (Cornachione, 2008; Lefrancois, 2001; Urbano y Yuni, 2001) y la comorbilidad con otras y se deteriore la capacidad funcional (Yanguas, 2004).

Asimismo, la *función social* disminuye según avanza la edad. Probablemente lo que sucede es que al tener mayor edad las afecciones físicas se agravan y ello podría estar conduciendo a que merme la participación en las actividades sociales (Lopes et al., 2007 citado en Alfaro).

Sobre el tiempo de permanencia se halló que mientras más meses tiene el adulto mayor residiendo en el asilo, menor es su CVRS en el componente mental, interfiriendo sus problemas emocionales en las actividades cotidianas cada vez más (*rol emocional*). De acuerdo a Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macía (1996), cabe la posibilidad de que con el transcurso del tiempo, la monotonía en la vida del adulto mayor aumenta, lo cual conlleva a que se reduzcan sus expectativas sobre la misma y se genere mayor depresión o angustia. De este modo, el adulto mayor albergado podría pensar que tiene menos roles que desempeñar y actividades que realizar.

En cuanto a la categoría económica, cabe señalar que los resultados deben ser analizados con prudencia debido a la desigualdad del tamaño de los grupos. Al respecto, se observa que los pagantes parciales tienen una mejor *salud general* que los indigentes totales. Posiblemente esto se deba a que los primeros tienen un ingreso económico que, al menos, les permiten contar con más y mejores recursos materiales y sanitarios. Además, para Fernández-Ballesteros (2009), la posesión de dinero le provee al adulto mayor cierta seguridad, aumentando el sentimiento de utilidad, la autoaceptación, la autonomía y el dominio del ambiente (Acosta & Palacios, 2008); y disminuyendo el estrés percibido (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004).

Del mismo modo que la variable anterior, los resultados de la tenencia de pareja en los participantes también deben ser analizados con alta prudencia. Al igual que en el estudio de Coronado et al. (2009), Rodríguez et al. (2009), Tavera (2009) y Wanderley et al. (2011), se halló que los que tienen pareja perciben que sus actividades diarias no se ven tan afectadas por sus problemas físicos (*rol físico*), tienen mejores expectativas sobre su salud general, se sienten más vitales ante la enfermedad y se hallan emocionalmente mejor respecto a sus últimas vivencias (*salud mental*). Según Cayo et al. (2003), tener una pareja genera en el adulto mayor más responsabilidad, sentido de vida e ilusión (Fernandez-Ballesteros, 1996). Además, durante esta etapa, la pareja brinda diversas formas de ayuda que impactan en el bienestar: es un apoyo emocional e instrumental, regula los roles y cuida la salud del otro (Arias y Polizzi, 2011). Incluso, al mantener actividad sexual, se retarda el declive fisiológico y se sienten más atractivos y competentes (Cayo et al., 2003).

En ese sentido, a manera de resumen sobre la CVRS en este grupo, se halla una mejor calidad de vida en el aspecto mental, más aun en la *función social y rol emocional*, al igual que en la mayoría de estudios con adultos mayores. Sin embargo, se encuentra una baja CVRS en el *rol físico* y la *salud general*, peor de lo esperado. Estudios con muestras más grandes y que puedan controlar condiciones sociodemográficas y de institucionalización podrían aclarar el rol que tienen estas sobre la CVRS del adulto mayor institucionalizado.

Respecto a la esperanza, debido a que no se cuenta con baremos, no es posible conocer si el nivel de esta variable supera el promedio o no, así como de los factores de *agencia y soporte y pertenencia social*. Lo que sí es evidente es que el nivel de esperanza en el *soporte optimista espiritual* es más alto que en los demás factores. En tanto que en el de *desesperanza* es el más bajo.

En esa línea, una posible razón para ello es que los adultos tardíos albergados suelen concentrarse en la confianza en uno mismo y en sus creencias religiosas para mantener la esperanza (Herth, 1993; Krause & Hayward, 2012). Por ello, resultó un bajo nivel de *desesperanza*, es decir, de pesimismo e indefensión frente a su situación. De manera casi similar se observó en los estudios de Bergin y Walsh (2005), Chimich y Nekolaichuc (2004), Nolan (2011) y O'Hara y O'Hara (2012). Solo difiere en que, en estos estudios, los adultos mayores definen su esperanza también en función de los demás. Una

posible razón es que al residir en un centro geriátrico los vínculos se ven limitados (Soria, 1998) y, por tanto, casi existen pocas personas a partir de las cuales el adulto mayor pueda crear sus metas. Por ello, el nivel de *soporte y pertenencia social* es menor. Lo mismo se evidenció en las investigaciones de Herth (1993) y Westburg (2003), principalmente en el grupo de los asilados enfermos.

De otro lado, se encontró que el nivel de esperanza es independiente del sexo, la edad, la tenencia de pareja, el tiempo de permanencia en el albergue y la categoría económica del adulto mayor. Esto ocurre porque la esperanza es un atributo que se desarrolla a edad temprana y permanece latente (Carr, 2007). Solo se manifiesta frente a una situación relativamente limitante (Martínez et al, 2012).

Por último, respecto a la relación entre las dimensiones de la CVRS y la esperanza junto con sus factores de análisis, se encontró una serie de correlaciones directas e inversas entre ambas variables.

En primer lugar, se encontró que la esperanza posee una alta relación tanto con el componente mental como con el componente físico de la CVRS. Probablemente la razón de ello es que la esperanza genera emociones positivas y cognitivamente predispone a la persona a actuar según la creencia de que el futuro, en este caso a corto plazo, será mejor (Snyder et al. et al., 2002). A partir de ello, la esperanza podría estar funcionando como un aliciente para establecer metas en función del cuidado de la salud, a pesar de las limitaciones que pueda tener. Al cuidarse más, la salud podría mejorar y también la calidad de vida (Schawartzmann, 2003).

Por otro lado, analizando con cada factor de la esperanza, se halló que existe un vínculo más fuerte entre los factores de esperanza con el componente mental de la CVRS. De acuerdo a ello, se observó que mientras más alto es el nivel de fortaleza espiritual y, a partir de ello, la confianza para la consecución de metas (*soporte optimista/espiritual*), la capacidad de establecer y comprometerse con estas (*agencia*) y el apoyo social percibido (*soporte y pertenencia social*) del adulto mayor asilado, mejor será la evaluación del estado emocional frente a los problemas de salud. Esto podría suceder porque al encontrarse en una situación vulnerable, la persona le da mayor importancia a sus creencias religiosas y aumenta la confianza en sí mismo y en el mundo circundante, esperando que el futuro sea

mejor (Romagosa y Albizú-Miranda, 1986). Así, las emociones negativas disminuyen (O'Hara y O'Hara, 2012) y la salud mental se ve menos amenazada.

En tanto, cuando se trata de la evaluación del estado físico, más significativa es la relación con el nivel de *agencia*, a diferencia de los otros factores de la esperanza. La posible razón de ello es que, al creer en la propia capacidad para establecer objetivos, comprometerse con ellos y poder alcanzarlos, se podría generar mayor cantidad de conductas de prevención primaria y secundaria, las cuales podrían repercutir sobre la CVRS. Por ejemplo, usando la información como vía para prevenir enfermedades (Snyder et al., 2002) y para percibir la pérdida de la salud rápidamente. Asimismo, manteniéndose disciplinado en la administración de los medicamentos y seguimiento de dietas (Esbensen, Osterlind & Hallberg, 2007; Kuyk et al. (2008), 2008) y buscando ayuda profesional (Snyder et al., 2002). De esta manera, la evaluación sobre el estado físico es más positiva y la CVRS también (Schwartzmann, 2003). Además, al ser estos óptimos, aumenta la autonomía y la motivación para plantearse más metas, es decir, el nivel de *agencia* también se incrementará.

Cuando se analiza las relaciones entre la *agencia* y las dimensiones de la CVRS, se halla que, respecto al componente físico, la primera tiene mayor relación con la *salud general* y con el *rol físico*. Acorde con lo anterior, lo que podría estar sucediendo en el adulto tardío es que este, al observarse más capaz y motivado para conseguir sus metas, las expectativas en el presente y futuro cercano sobre su situación de salud y capacidad funcional también son más positivas. Según Snyder et al. (2002), esto implica iniciar y mantener conductas preventivas en función de la salud, lo cual depende también de cómo se haya planteado la misma. Para Yanguas (2004) es importante la evaluación de la salud porque a partir de esta y del contexto, el adulto mayor define, reorienta y regula sus conductas. Un criterio para que evalúe su salud puede ser una comparación con los coetáneos y/o puede atribuir sus problemas físicos a la edad y no a los problemas de salud directamente (Pinquart, 2001).

Por su parte, el *sopORTE y pertenencia social* también presenta una fuerte relación con el *rol físico* y más aun con la *salud general*. Una posible explicación al respecto es que cuando el adulto mayor albergado reconoce que existe otra persona que podría ayudarlo a realizar ciertas actividades o a conseguir algo en beneficio de su salud, la percepción que

se tenga del estado de salud podría mejorar (Botero y Pico, 2007; Hawton et al., 2011). Pero, también según cómo perciba su salud, la confianza respecto a la ayuda de los demás podría variar (Hawton et al., 2011). En ese sentido, si la salud es percibida como escasa, el apoyo y cuidado de los otros podrían ser percibidos como en vano.

Respecto a la *salud general*, el *soporte optimista/espiritual* también se halla relacionado. Al parecer, cuando la confianza en uno mismo y la fe en Dios son altas, la redefinición de la salud podría ser mejor. Para Krause & Hayward (2012), durante esta etapa es cuando más se tiende a creer en alguna divinidad, debido a que es el máximo recurso frente a una desavenencia sobre la cual se piensa que no se tiene mucho control. Al depositar esta confianza podría decrecer la angustia y aumentar las expectativas sobre una posible mejoría. Además, podría aumentar la motivación y promoverse una mejor toma de decisiones (Van Gestel-Timmermans et al., 2010). De este modo, podría haber una mayor adaptación al deterioro de salud y la CVRS podría aumentar (Billington et al., 2008; Van Gestel-Timmermans et al., 2010). Pero así también, cuando la percepción general de la salud es positiva, el estado emocional parece ser óptimo, ya que, este podría reforzar el empoderamiento (Prieto et al., 2008) y podría fortalecer la confianza en las propias capacidades, en la vida y en la divinidad en la que creen (O'Hara y O'Hara, 2012).

Respecto a la relación entre *dolor corporal* y *soporte optimista/espiritual*, se observa que a mayor percepción de apoyo espiritual, menores son los niveles de dolor. De acuerdo a Benzein y Berg (2003), la mayoría de personas que presentan alguna enfermedad o condición muy grave que implica mucho dolor, la relación con el *soporte optimista/espiritual* es pequeña. En ese sentido, se entiende que la esperanza se puede ver altamente amenazada por el *dolor corporal*. En este caso, contrariamente, el *soporte optimista/espiritual* sí podría ayudar significativamente a soportar y modular el dolor y este, en viceversa, aumentar la confianza para lograr sus objetivos. Como Wolverson Clarke y Moniz-Cook (2009) enfatizan, la esperanza podría aumentar la tolerancia al dolor y guiar al adulto mayor a encontrarle un significado y beneficio a dicha situación. Con ello, promueve la adaptación a los problemas físicos y mejora la calidad de vida.

Respecto a la relación entre los factores de la esperanza y las dimensiones del componente mental, se observó que la *agencia* se vincula fuertemente con todas las dimensiones de este componente, principalmente con *salud mental*. Esto, ya que, el interés

y el sentirse capaz de lograr los objetivos, podría incrementar las emociones positivas, la energía y la motivación por estar en contacto con los demás (Prieto et al., 2008). Asimismo, podría disminuir la tristeza, la angustia o el estrés. Las mismas que, según Hirsch et al. (2011), pueden disminuir el interés para crear anhelos, planificar estrategias ante los problemas, buscar alternativas que lleven a lograr las metas e interactuar con otros.

Por otro lado *soporte optimista/espiritual* tiene vínculos fuertes con la mayoría de áreas del componente mental, siendo las relaciones significativas y altas con *salud mental* y *rol emocional*. Sobre esto, se observa que la confianza en uno mismo, en la religión y en la vida para afrontar las desavenencias, y el ajuste emocional, se retroalimentan continuamente. Por ello, cuanto mayor sea la fortaleza interna del adulto mayor asilado, los episodios depresivos, ansiosos o simples preocupaciones, no afectarán tanto la evaluación del estado emocional y mental (*salud mental*), así como la energía que pudiese verse amenazada por alguna enfermedad (*vitalidad*) y el rendimiento y calidad de los trabajos que realice el mismo (*rol emocional*).

Al respecto, podría suceder que la esperanza se relaciona en gran medida con la *salud mental* a partir de los estilos adaptativos que se tenga para afrontar el estrés y del ajuste psicológico que se logre (Billington et al., 2008). Para Snyder et al. (2002) y Kuyk et al. (2008) (2012), esto depende del tipo de emociones que se tenga, ya que, la esperanza sirve para generar emociones positivas y manejar las emociones negativas. Como se mencionó, cuando hay más emociones positivas, se incrementa la motivación y el rendimiento de las tareas que se realice (Prieto et al., 2008). Incluso, la debilidad que puede generar el deterioro de salud disminuye (*vitalidad*). En este caso, las emociones positivas como la confianza y el optimismo son altas. Esto se debe, por un lado, a la creencia en el sentido de vida a partir de su historia personal, ya que, la actitud que los adultos mayores tienen respecto a sus vivencias es resultado de aquella (Gonzales-Celis, 2012). Y por otro lado, al gran apoyo en la religión que es una estrategia de afrontamiento que dota de alivio y fortaleza (Krause & Hayward, 2012), así como sucedió en el estudio de Herth (1993).

A esto se suma la relación que existe entre el *soporte* y *pertenencia social* y todas las dimensiones del componente mental, principalmente con la *salud mental*. Así, el valor que se le atribuye al apoyo o presencia de los demás, podría estar manteniendo óptima la

*salud mental*, ya que, tanto el soporte emocional como el sentido de pertenencia en el adulto tardío, le impiden terminar en un estado depresivo o de angustia (Moñivas, 1998). Del mismo modo, al tener un buen soporte social percibido, la confianza para realizar las actividades aumentará a pesar de las preocupaciones (*rol emocional*) y el cansancio será menor (*vitalidad*), puesto que, sabe que alguien podría ayudarlo o ese alguien podría estar necesítándolo. Para Yadav (2010), la orientación hacia los demás es importante durante esta etapa, por tanto al percibir la necesidad de un compañero, el adulto mayor asilado esto podría ayudar a que se minimice las preocupaciones para reenfocar la atención en beneficio de otro.

Así también, para Botero y Pico (2007), el sentido de pertenencia es fundamental en esta etapa, puesto que, aumenta la autoestima y la competencia social, y reduce el sentimiento de soledad, buscando estar con otros sin que los problemas físicos o emocionales interfieran (*función social*). Incluso, la pareja o los pocos amigos que pueda tener ayudan a aliviar y descargar los problemas emocionales (Hawton et al., 2011). No obstante, también puede suceder que ante una depresión, esta podría llevar al adulto mayor a que el soporte percibido sea negativo. Como aclara Pinquart (2001), la depresión podría disminuir la confianza en los demás y generar el aislamiento. De este modo, la *salud mental* también podría repercutir en el *soporte y pertenencia social*. Asimismo, al tener una baja energía para salir (*vitalidad*) y al ver su desempeño social obstaculizado por sus limitaciones físicas o emocionales (*función social*), el adulto mayor albergado podría tener menos contacto con sus compañeros y con ello podría tener menor esperanza en función del poco soporte social.

En resumen, la esperanza de los adultos mayores de este albergue posee relaciones significativas con la CVRS en el componente mental y físico. Pero en cuanto al componente mental, la relación es mayor con todos los factores, excepto el de *desesperanza*. Además, los factores de *agencia, soporte optimista espiritual y soporte y pertenencia social*, presentan una alta relación con la *salud mental* y el *rol emocional*.

Para finalizar, se hará una revisión de las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, si bien no ha dificultado en mayor medida el análisis realizado, la ausencia de baremos en ambos cuestionarios no ha permitido realizar un análisis más cabal y certero. Segundo, las características particulares de la muestra pueden ser muy restrictivas, ya que,

tal vez los resultados serían distintos en un asilo de provincia o en otro tipo de asilo. La comparación de estos grupos, aportaría en gran medida. Una tercera limitación es el tamaño de la muestra. De haber podido ser más grande, considerando incluso un mayor rango de edad, posiblemente algunas diferencias podrían haber sido significativas. Sin embargo, el número de participantes ha sido suficiente para dar luz sobre los estados mentales presentes en los adultos mayores albergados frente a sus enfermedades, su situación social y su futuro. Además, se aporta a la psicología con conocimientos sobre una población vulnerable y casi olvidada.

Sería recomendable, para estudios futuros orientados en esta línea, crear baremos en el cuestionario SF-36 y en el HHS-R. Así, según Alfaro (2011), se podría conocer si las diferencias resultantes o la falta de ellas son producto de la etapa de vida o si solo se trata de diferencias de personalidad o estilos de afrontamiento. Además, podría aumentarse el tamaño de la muestra y el rango de edad. Para ello, podría idearse estrategias de evaluación cuyo formato se adecúe incluso a los mayores de 85 años. Finalmente, se recomienda investigar con mayor profundidad las diferencias según las variables sociodemográficas de tenencia de pareja y de categoría económica, puesto que, aun habiendo sido analizadas con prudencia, dan luces sobre su importancia en la CVRS.

En conclusión, cabe afirmar que este estudio ha intentado acercar las variables de CVRS y esperanza en una muestra vulnerable y poco estudiada como es el de los adultos mayores residentes en un hogar geriátrico. A pesar de las limitaciones, se ha podido describir esencialmente la fuerte relación entre ambas variables, las cuales se basan en la posibilidad de convertir el escaso soporte social en valioso y en la fortaleza interna y espiritual que posee el adulto mayor asilado. Lo que se podría mejorar es la reorientación de metas, el soporte social y la redefinición de la condición de estar institucionalizado en función de la salud. Para ello, se requiere plantear estrategias en esta línea, siendo imprescindible el apoyo de la familia, del personal, de ellos mismos e incluso del gobierno.

## Referencias

- Acosta, C. y Palacios, N. (2008). Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán, Tabasco. *Políticas Públicas y de Salud* 7(3).
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Alonso J., Prieto, L. y Anto J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicine Clinical (Barcelone)*, 104, 771-776.
- Alonso, J; Regidor, E; Barrio, G; Prieto, L; Rodríguez, C y De La Fuente De Hoz L.(1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicine Clínica (Barcelone)*, 111:410-416.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science and Medicine*. (36), 725-733.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: FLACSO.
- Arias, C. J. y Polizzi, L. (2011). La relación de pareja. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), 49-70.
- Ariza, K., Isaza, P., Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S. y Alvarán, L. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso. *Terapia Psicológica*, 28(1), 27-36,
- Arnold-Cathalifaud, M.; Thumala, D.; Urquiza, A. y Ojeda, A. (2007). *Ultima Década* 15(27), 75-91.
- Arnau, R. C., Martínez, P., de Guzmán, I., Herth, K. & Konishi, C. (2010). A Spanish-language version of the Herth Hope Scale: Development and psychometric evaluation in a Peruvian sample. *Educational and Psychological Measurement*, 70(5), 808-824.
- Awuapara, N (2010). *Determinación de la asociación entre el edentulismo y la calidad de vida en la población adulta del distrito de Celendín, provincia de Celendín*,

- departamento de Cajamarca.* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Bergin, L. S. & Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging Mental Health*, 9(1), 7-15.
- Billington, E.; Simpson, J.; Unwin, J.; Bray, D. & Giles, D. (2008). Does hope predict adjustment to end-stage renal failure and consequent dialysis?. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 683-699.
- Botero, B. E. y Pico M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11 – 24.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós. 123-137
- Castellon S.A. (2003). Calidad de vida en la atención del adulto mayor. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 13(3), 188-192.
- Cayo, G.; Flores, E.; Perea, X.; Pizarro, M. y Aracena, A. (2003). La sexualidad en la vejez y su relación con el bienestar subjetivo. *Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas participación, ciudadanía e inclusión social del Quincuagésimo Congreso Internacional de Americanistas*. Recuperado de: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog020\\_cayorios.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog020_cayorios.pdf)
- Chimich, W. L. & Nekolaichuc, C. (2004). Exploring the links Between Depression, Integrity, and Hope in the Elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(7), 428-433.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2da edición). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Conde, F. y Mariñas, J. M. (1997). *Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños*. Madrid: Consejería de sanidad y consumo.
- Cornachione, M. (2008). *Psicología del desarrollo: aspectos biológicos, psicológicos y sociales* (2da ed.). Córdoba: Brujas.
- Coronado, J. M., Díaz, C., Apolaya, M. A., Manrique, L. M. y Arequipa, J. P. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana* 26(4), 230-238.
- Craig, G. (2009). *Desarrollo psicológico (9va ed.)*. México: Pearson Educación.

- Delgado, M.; Prieto, M.; João, M.; Ayala, A.; Rojo, F.; Fernandez, G. y Martinez, P. (2011). Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario eq-5d: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Revista española de salud pública*, 85, 555-568.
- Díaz-Morales, J. (2006). Perspectiva temporal futura y ciclo vital. España: *Anales de psicología*. 22(1), 52-59.
- Eckermann, L. (2000). Gendering indicators of health and well being: is quality of life gender neutral? *Social Indicators Research*, 52(1), 29 -54.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York : W.W. Norton.
- Esbensen, B.; Osterlind, K. & Hallberg (2007). Quality of life of elderly persons with cancer: a 6-month follow-up. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 178-190.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009) *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferrer, R.I.; Ribera, D. y Reig Ferrer, A. (1998). Diferencias psicosociales y de salud en personas mayores según el modo de participación en un estudio. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 33(1): 5-12.
- Gandek, B. & Ware, J. (1998). Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach. *Journal Clinical Epidemiologic*, 51(11), 953-959.
- Gonzales-Celis, A. L. (2012). Calidad de vida en el adulto mayor. *Instituto de geriatría*, 365-367.
- Gonzales, A. y Vásquez, I. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 48 (5), 475-484.

- Hawton, A.; Green, C.; Dickens, A.; Richards, S.; Taylor, R.; Edwards, R.; Greaves, C. & Campbell, J. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality Of Life Research*, 20(1), 57-67.
- Herth, K. (1993). Hope in older adults in community and institutional settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(2), 139-156.
- Hinojosa, E. (2006). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Red asistencial de Arequipa*.
- Hirsch, J. K.; Sirois, F. & Lyness, J. (2011). Functional impairment and depressive symptoms in older adults: Mitigating effects of hope. *British Journal of Health Psychology*, 16(4), 744-760.
- Hirsch, J. K.; Floyd, A. & Duberstein, P. (2011). Perceived health in lung cancer patients: the role of positive and negative affect. *Quality of life Research*, 21(2), 187-194.
- Huprich, S. B. & Frisch, M. (2004). The Depressive Personality Disorder Inventory and Its Relationship to Quality of Life, Hopefulness, and Optimism. *Journal of Personality Assessment*, 83(1), 22-28.
- INEI (2013). *Dos millones 807 mil en nuestro país tienen 60 y mas años de edad*. Nota de prensa N 128-23 agosto 2013. Recuperado de: <http://www.inei.gov.pe/web/NotaPrensa/Attach/17016.pdf>
- INEI (2013). *Situación de la niñez y del adulto mayor abril-mayo-junio 2013*. Informe técnico N 03 de setiembre 2013. Recuperado de: <http://www.inei.gov.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=17119.pdf>
- Keller, S., Ware, J., Bentler, P., Aaronson, N., Alonso, J., Apolone, G., Bjorne, R. J., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M. & Gandek, B. (1998). Use of Structural Equation Modeling to Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal Clinical Epidemiologic*, 51(11), 1179-1188.
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Koenig, T. & Spano, R. (2006). Professional Hope in Working with Older Adults. *Journal of Sociology Social Welfare*, 33(2), 25-44.

- Krause, N. R. & Hayward, D. (2012). Informal Support from a Pastor and Change in Hope During Late Life. *Pastoral Psychology*, 61(3), 305-318.
- Kuyk, T. S.; Liu, L.; Elliott, J.; Grubbs, H.; Oswley, C.; McGwin, G.; Griffin, R. & Fhr, P. (2008). Health-related quality of life following blind rehabilitation. *Quality of Life Research*, 17(4), 497-507.
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida* (8va ed.). México: Thomsom.
- Leventhal, E. A. & Prohaska, T. R. (1986). Age, symptom interpretation and health behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34 (3), 185-191.
- Lozano, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13, (2), julio-diciembre, 2011, 89-100.
- Lugo, L. H., García, H. I. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la facultad Nacional de salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Martínez, P., Cassaretto, M. y Herth, K. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 33(1), 127-147.
- Masel, M.; Graham, J.; Reistetter, T.; Markides K.; Ottenbacher K. (2009). Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. *Health and Quality of Life Outcomes 2009*, 7(70), 1-7.
- Mella, R.; González, J.; D'Appolonio, L.; Maldonado, I.; Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores asociados en el bienestar subjetivo del adulto mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de psicología*, 14 (1), 13-25.
- Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MH Salud*, 1 (1) 1-12.
- Naciones Unidas (2002). Una sociedad para todas las edades. *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Recuperado de: <https://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>

- Neugarten, B. L. (1996). *The meanings of age*. Chicago: ANSI.
- Nieto, E.; Cerezo, M. & Cifuentes, O. (2006). *Representaciones de la vejez en relación con el proceso salud-enfermedad de un grupo de ancianos*. Recuperado de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011\\_11.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_11.pdf)
- Nolan, S. (2011). Hope beyond (redundant) hope: how chaplains work with dying patients. *Palliative Medicine*, 25(1), 21-25.
- O'Hara, D. & O'Hara, E. F. (2012). Towards a grounded theory of therapist hope. *Counselling Psychology Review*, 27(4), 42-55.
- Østbye, T.; Malhotra, R. & Chan, A. (2009). Thirteen Dimensions of Health in Elderly Sri Lankans: Results from a National Sri Lanka Aging Survey. *Journal of The American Geriatrics Society*, 57(8), 1376-1387.
- Pavot, W. & Diner, E. (1993). Review of the Satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(5), 164-172.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology And Aging*, 16(3), 414-426. doi:10.1037/0882-7974.16.3.414
- Pinquart, M.; Koch, A.; Eberhardt, B.; Brix, C., Wedding, U. & Röhrig, B. (2006). Associations of Functional Status and Depressive Symptoms with Health-related Quality of Life in Cancer Patients. *Quality of Life Research*, 15, 1565-1570. doi:10.1007/s11136-006-0016-x
- Prieto, M. E., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K. y Rojo, J. M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 301-313.
- Ramírez, R., Agredo, R., Jerez, A. y Chapal, L. (2008). Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista de Salud pública*, 10(4), 529-536.
- Rand, K.L. & Cheavens, J. (2009). Chapter 30: Hope theory. En: Snyder, C., Nathan, P. & Lopez, S. (ed.). *Oxford handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Rizzo, R. (1999). *Hope: an international human becoming perspective*. Canada: Jones and Bartlett publishers.

- Rodríguez, M., Conejos, C., Fuenmayor, A., Mirada, C., Sanz, E., Torruella, C. y Vela, A. (2009). Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. Barcelona: *Revista de servicio Española de Enfermería y Nefrología*, 12(1), 26-30.
- Romagoza, J. y Albizu-Miranda, C. (1986). La fe, la esperanza y el amor y su relación con la salud mental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18 (3), 451-456
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Salazar, F. R. y Bernabé E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pacific Journal Public Health*, Jan 13.
- Schalock, R. y Verdugo M. (2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 9(2), 9-21.
- Snyder, C.V.; Rand, K.L. & Sigmon, D.R. (2002). Hope theory: a member of the positive psychology family. En: Snyder, Shane J. & Lopez, S. (ed.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press. 257-270.
- Soria, B.; Bandera, D.M.; Mercerón, Y. & Zamora, M. (1999). Aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Revista Cubana de Enfermería*; 15(3).
- Soto, M. & Failde, I. (2004). Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. *Revista Social Española del Dolor*, (11), 505-514.
- Stuart, G.W. y Laraia, M.T. (2006). *Enfermería Psiquiátrica: principios y práctica*. 8va. edición. Madrid: Elseiver España S.A.
- Tabahnick, B. & Fidell, L. (2012). *Using Multivariate Statistics*. 6ta Edición. California State University, Northridge. Madrid: Pearson Education.
- Tavera, M. (2009). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, Diciembre, 170-176.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

- Urbano, J. y Yuni, C. (2001). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Córdoba: Brujas.
- Van Gestel-Timmermans, H., Van Den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K. & Van Nieuwenhuizen, C. (2010), Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24: 67–74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00758.x
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Villarreal, A. (2013). *Cólera y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.
- Wanderley, F.; Silva, G.; Marques, E.; Olivera, J.; Mota, J. & Carvalho, J. (2011). Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 20(9), 1371-1378.
- Ware, J., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Lepège, A, Prieto, L. & Sullivan, M. (1998). The Factor Structure of the SF-36 Health Survey in 10 Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal Clinical Epidemiologic*, 51(11), 1159–1165.
- Ware, J. & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal Clinical Epidemiologic*, 51(11), 903–912.
- Westburg, N. G. (2003). Hope, Laughter, and Humor in Residents and Staff at an Assisted Living Facility. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(1).
- Wiesmann, U.; Niehörster, G. & Hannich, H. J. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *British Journal Of Health Psychology*, 14(4), 767-787.

- Wolverson, E.; Clarke, C. & Moniz-Cook, E. (2010). Remaining hopeful in early-stage dementia: A qualitative study. *Aging Mental Health*, 14(4), 450-460.
- Wroblewski, K. R. (2005). Hopeful thinking in older adults: back to the future. *Experimental Aging Research*, 31(2), 217-233.
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*, 19(2), 157-166.
- Yanguas, J. (2004). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.





**Anexos A**

### Ficha Sociodemográfica

1. Sexo: \_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_
3. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
4. Nivel educativo: \_\_\_\_\_
5. ¿Tenía usted alguna ocupación laboral? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
6. Estado civil:  
Soltero (a) \_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_ Conviviente \_\_\_\_  
Viudo (a) \_\_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_\_
7. ¿Su pareja vive? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
¿dónde vive su pareja actualmente? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuántos hijos tiene usted?

Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación laboral

9. ¿Con quiénes vivía?

Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación laboral

10. ¿En qué distrito vivía? \_\_\_\_\_
11. ¿Desde cuándo se encuentra en el hogar? \_\_\_\_\_  
¿Por qué motivo reside en este albergue?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Actualmente, ¿tiene alguna enfermedad? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

- ¿cuál? \_\_\_\_\_
13. Fecha de inicio de la enfermedad: \_\_\_\_\_
14. Medicación: SI\_\_\_ NO\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_
- Medicamento: \_\_\_\_\_
- Dosis y frecuencia: \_\_\_\_\_
15. ¿Usted requiere del cuidado o supervisión de otras personas?
- SI\_\_\_ NO\_\_\_
16. ¿Quién es su cuidador principal? \_\_\_\_\_
17. ¿Usted pertenece a alguna religión? SI\_\_\_ NO\_\_\_
- ¿cuál? \_\_\_\_\_
18. ¿Es usted practicante de dicha religión actualmente? SI\_\_\_ NO\_\_\_
19. ¿Cuál es su pasatiempo favorito? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
20. ¿Cuenta con algún ingreso económico que le corresponda solo a usted?
- SI\_\_\_ NO\_\_\_
- \_\_\_\_\_
21. ¿Usted recibe visitas? SI\_\_\_ NO\_\_\_
- ¿Quiénes le visitan? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia le visitan estas personas? \_\_\_\_\_
- ¿Con la visita de quién se siente más contento? \_\_\_\_\_
- ¿Por qué? \_\_\_\_\_
22. ¿Cómo es su vida en este albergue? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
23. ¿Vive algún familiar suyo en este mismo albergue? SI\_\_\_ NO\_\_\_
- ¿quién? \_\_\_\_\_
24. ¿Tiene amigos en este albergue? SI\_\_\_ NO\_\_\_
- \_\_\_\_\_
25. ¿Qué suele hacer usted con sus amigos? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



26. ¿Tiene posibilidades de interactuar con otras personas? SI\_\_\_ NO\_\_\_

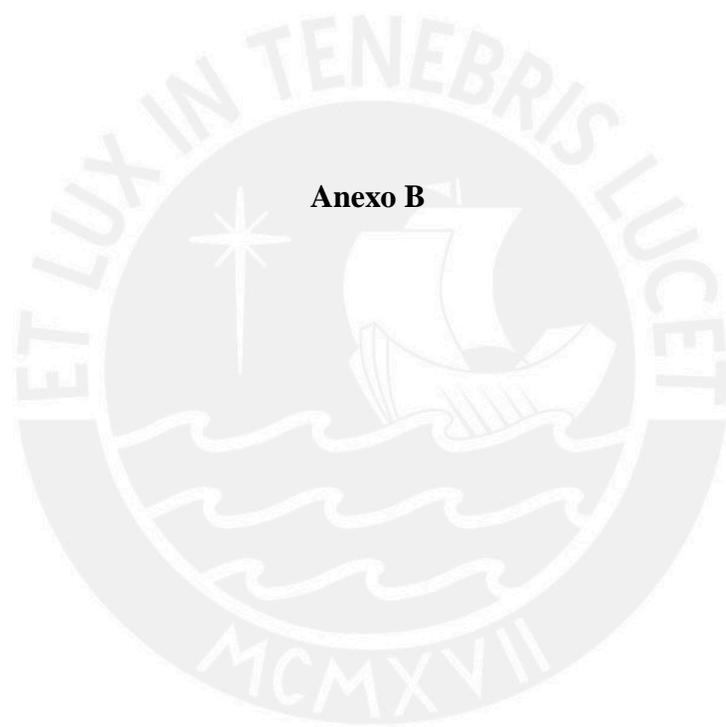
¿Con quiénes?\_\_\_\_\_

¿Cuándo?\_\_\_\_\_

29. Cómo es el trato del personal que los atiende?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## Consentimiento Informado

Yo,.....estoy siendo invitado a participar en una investigación que tiene como objetivo medir la posible relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico. Investigación realizada por Beatriz Manrique Chuquillanqui, estudiante de psicología clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo considere conveniente. Comprendo también que todos los datos que ofrezco serán manejados en absoluto anonimato, por lo tanto, no habrá manera de identificarme ya que no se revelará mi identidad en ningún momento. Además, comprendo que ninguna de las pruebas aplicadas resultará perjudicial para mí.

Asimismo, estoy informado que no se me podrá brindar ningún tipo de resultado.

Así, presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha:

-----  
Firma del participante

-----  
Firma del evaluador