



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA Y SENTIDO DE COHERENCIA EN ADULTOS
MAYORES DE UN CENTRO GERIÁTRICO DE LIMA**

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

SANDRA TREMOLADA TOVAR

ASESORA: DRA. PATRICIA MARTÍNEZ URIBE

LIMA, 2017



Agradecimientos

Gracias infinitas a mi mamá por su apoyo incondicional y por impulsarme a volar con libertad.

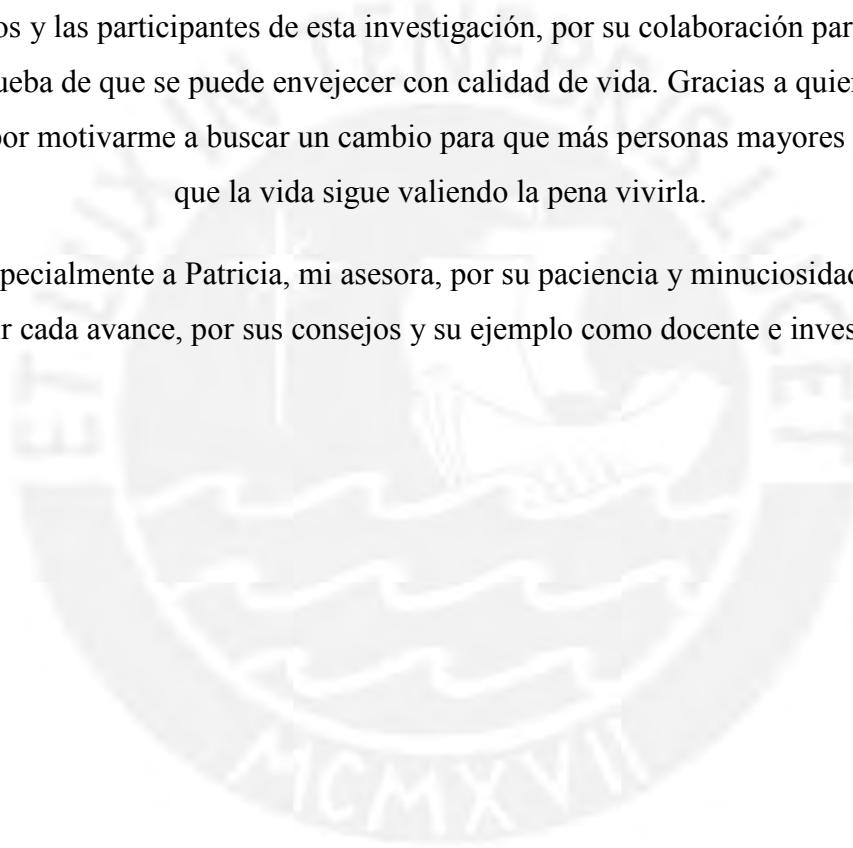
Gracias a mi papá, por su confianza en que puedo lograr todo lo que me proponga.

Gracias a mi hermana, por ser compañera de vida y transmitirme su luz.

Gracias a mis viejitos, los que están y los que no, por su amor y su ejemplo.

Gracias a los y las participantes de esta investigación, por su colaboración para responder y por ser prueba de que se puede envejecer con calidad de vida. Gracias a quien prefirió no participar por motivarme a buscar un cambio para que más personas mayores puedan sentir que la vida sigue valiendo la pena vivirla.

Gracias especialmente a Patricia, mi asesora, por su paciencia y minuciosidad al revisar y corregir cada avance, por sus consejos y su ejemplo como docente e investigadora.



Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) y Sentido de Coherencia (SOC) en un grupo de adultos mayores de un centro geriátrico de Lima. Participaron 40 personas (24 varones y 16 mujeres) entre 68 y 92 años ($M=80.68$; $DE= 6.70$). Para medir la CVRS se utilizó la versión adaptada al español del SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995) y para el SOC, el cuestionario SOC-29 (Atonovsky, 1993). A nivel descriptivo se encontró que los participantes tenían una buena percepción de su salud, siendo la dimensión de Salud Mental de CVRS la más alta ($M=79.50$; $DE= 15.37$); y un alto SOC, donde el área más alta resultó ser Significatividad ($M=5.62$; $DE=0.83$). Se encontró una correlación alta entre la dimensión Salud Mental de CVRS y Significatividad de SOC; y, correlaciones medianas entre las dimensiones Salud General, Función Física, Rol Físico y ambos componentes (salud mental y salud física) de CVRS y las áreas del SOC, incluyendo algunas con el SOC total. Además, de encontraron diferencias en CVRS según sexo, presencia de enfermedad crónica, nivel de instrucción, realizar actividades fuera del hogar y ejercicio físico.

Palabras Clave: Calidad de vida, Sentido de Coherencia, Envejecimiento Activo, Adultez Mayor

Abstract

This research aimed to analyze the relationship between health related quality of life (HRQOL) and sense of coherence (SOC) in a group of older adults from a geriatric center in Lima. 40 elderly people (24 males and 16 females) between 68 and 92 years old ($M=80.68$; $DE= 6.70$) participated. The Spanish-adapted version of SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995) was used to measure HRQOL, and SOC-29 questionnaire (Atonovsky, 1993) to measure SOC. At the descriptive level it was found that the participants had a good perception of their health, being the Mental Health dimension of HRQOL the highest ($M=79.50$; $DE= 15.37$) and high SOC, where the highest area was Meaning ($M=5.62$; $DE=0.83$). A high correlation was found between Mental Health dimension of HRQOL and Meaning of SOC, and medium correlations between the dimensions General Health, Physical Function, Physical Role and both components (mental and physical health) of HRQOL and SOC areas, including some with total SOC. In addition, differences in HRQOL were found according to gender, presence of chronic disease, level of education activities outside the home and physical exercise.

Key Words: Quality of life, Sense of Coherence, Active ageing, Elderly

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	7
Participantes	7
Medición	7
Análisis de Datos	9
Resultados	11
Discusión	17
Referencias	25
Apéndices	33
Apéndice A: Confiabilidad SF-36	33
Apéndice B: Confiabilidad Soc-29	35
Apéndice C: Asimetría y Curtosis	37
Apéndice D: Consentimiento Informado	39
Apéndice E: Ficha sociodemográfica	41

Introducción

Actualmente a nivel mundial, la población de adultos mayores ha aumentado junto con la esperanza de vida y todo parece indicar que continuará incrementándose. Los adultos mayores representan el 12.3% de la población mundial (HelpAge, 2015) y el 10.1% de la población peruana (INEI, 2017a). Asimismo, en nuestra población, la esperanza de vida se está incrementado a 77,8 años para mujeres y 72,5 para varones en una estimación hacia el 2020 (INEI, 2016). Si bien es cierto, en el campo de la psicología en Perú aún no se han realizado muchas investigaciones al respecto, se está comenzando a poner un mayor énfasis en este grupo etáreo (Barúa, 2015; Del Risco, 2011; García, 2013; Manrique, 2014).

La concepción de la adultez tardía o vejez ha venido también cambiando a lo largo de la vida. Puesto que, cuanto más se va envejeciendo más variada se vuelve la población y la forma cómo se envejece (Kalache, 1999; Neugarten, 1999). Por ello, no es precisamente por la edad que la preocupación e interés deben ser puestos en estas personas, sino porque es necesario conocer estas formas de envejecimiento y promover aquella que favorezca una buena calidad de vida.

La edad como un marcador social y político para otorgar el título a una persona como “adulta mayor” varía. En algunas situaciones se considera que la vejez comienza a los 60 años (INEI, 2015) y en otras, como por ejemplo en el caso de la jubilación, a los 65 años (Congreso de la República, 2016). Neugarten (1999) desde una “perspectiva de la vida” propone, en cambio, que el proceso de envejecimiento se da desde la concepción. Todos se van haciendo más viejos cada día, todos siguen el proceso de envejecimiento; pero, cada uno tendrá sus propias particularidades. En cualquier caso, las mayores distinciones no se darán por la edad sino por el estado de salud y las características sociales.

La presente investigación se enmarca en la propuesta de la promoción de la salud desde el Envejecimiento Activo (EA), el cual es entendido como el “proceso de adaptación a través del cual se logra un óptimo funcionamiento físico, cognitivo, emocional-motivacional (afecto, control y afrontamiento) y social” (Fernández-Ballesteros, 2009, p.97). El EA considera siete factores: el cultural, el comportamental, el psicológico, el ambiente físico, el ambiente social, las características económicas y la salud y cuidado social (Van Malderen, Mets, De Vriendt & Gorus, 2013; World Health Organization [WHO], 2002). A veces, la interpretación de EA se puede confundir con participación laboral; sin embargo, el concepto tiene un enfoque más amplio teniendo en cuenta no solo indicadores de salud o económicos, sino también sociales y

psicológicos, y debe ser entendido en las comunidades desde perspectivas culturales y de género (Paúl, Ribeiro y Teixeira, 2012). De ese modo, permite resaltar las potencialidades de las personas y alcanzar un bienestar físico, social y mental durante el curso de la vida. Además, promueve la participación en la sociedad de acuerdo a sus propias necesidades, deseos y capacidades (WHO, 2002); y supone la prevención de la enfermedad, la maximización del bienestar y la calidad de vida en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2009).

Anteriormente, se utilizaba el concepto de “envejecimiento saludable” para referirse al proceso de envejecer sin patología; pero se cambia por “envejecimiento activo” para darle una mayor amplitud (Paúl et al., 2012). Así, los aspectos clave del EA serán: la autonomía, entendida como la capacidad percibida de tomar decisiones y controlar cómo se vive el día a día; la independencia, como la capacidad de realizar las actividades cotidianas sin o con poca ayuda; la calidad de vida, como un concepto amplio de percepción de la propia posición en la vida y su relación con el estado físico, psicológico, cognitivo y social; y, la esperanza de vida sin tener alguna discapacidad (WHO, 2002).

Frente a estas descripciones, hay también quienes tienen una posición contraria y crítica hacia el EA; pues, si se entiende como el mantener la productividad en la etapa de adultez mayor, se estaría excluyendo a aquellos ancianos que no cumplen con dicha característica –junto a los enfermos y dependientes- que serían “los que han fallado” (Van Dyk, 2014). No obstante, se debe resaltar el carácter multidimensional del concepto. El término “activo” no refiere meramente a productividad, sino abarca múltiples niveles y dimensiones, estando referido principalmente al individuo como instancia biopsicosocial (Fernández-Ballesteros, 2009) que puede ser activo en su propio proceso de envejecimiento, con la responsabilidad de participar en comunidad y en la vida política. El EA se refiere a la participación en actividades o situaciones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas (WHO, 2002). Así pues, la participación activa de los adultos mayores es un componente central; y, la sociedad debe estar preparada para la interacción entre todas las edades. Entonces, se debe fomentar una sociedad donde todos tengan el mismo valor y las mismas oportunidades de participación (Van Malderen et al., 2013).

El reto es asegurar la calidad de vida de una población mayor que crece sin precedentes (Kalache, 1999). Para ello, la promoción y prevención en edades tempranas es una prioridad tanto en el sistema de salud como en la investigación; tienen un papel muy relevante, dado que se conoce que el estilo de vida y la enfermedad en el envejecimiento están muy relacionadas (Compare et al., 2014). Dado el crecimiento poblacional de los adultos mayores, el EA jugará un rol importante para mejorar la salud de las personas siguiendo modelos multidimensionales

que incluyen tanto factores biomédicos como psicosociales y factores del ambiente (Perales et al., 2014). Ello implica un proceso continuo de desarrollo y enriquecimiento personal, de forma que los adultos mayores se vean involucrados en nuevos aprendizajes (Bermejo, 2010), teniendo como meta poder llegar a ignorar la edad y distinguir a las personas por sus gustos diferentes, sus diversos objetivos y sus propias formas de mejorar su calidad de vida (Neugarten, 1999).

Según Perales y colaboradores (2014), al investigar el EA lo más adecuado es entenderlo como un continuum, y analizar cómo es que la persona envejece y no solamente si está teniendo un envejecimiento activo o no. En algunas investigaciones se ha encontrado que los factores predominantes para fomentar un EA son: comprometerse en actividades sociales (Van Malderen et al., 2013), tener un alto grado de educación, compartir la vida con alguien significativo o tener una ocupación (Perales et al., 2014). Mientras que en otros se encuentra lo opuesto, siendo lo más relevante contar con buena salud y tener independencia, más allá de relacionarse y el sentirse capaz de influir en los demás (Paúl et al., 2012). También se han descrito principios que estarían presentes en el EA, los cuales son: mantener la actividad física, el abarcar a todas las personas mayores incluyendo aquellas que son frágiles o dependientes, el carácter preventivo, la solidaridad intergeneracional, los derechos y las obligaciones, la participación y el respeto a la diversidad nacional y cultural (Van Malderen et al., 2013). Teniendo ello en cuenta, las intervenciones se tienen que dar a distintos niveles, de forma personal y, también, a nivel social y contextual (Paúl et al., 2012).

Contrario a los estereotipos, el ser humano no termina su desarrollo cuando acaba su máxima maduración física y biológica ni empieza su deterioro cuando culmina su etapa laboral u otra condición física, biológica o social (Fernández-Ballesteros, 2009). De modo que, envejecer bien se fundamenta, además de un bienestar interno, en el mantenimiento de la autonomía a pesar de las dificultades que se presentan (Montorio, Izal & Pérez, 2007), en el aporte que se puede realizar en los entornos donde uno se desenvuelve (Villar, 2012) y en el sentido que se les da a las experiencias vitales (Lindström & Eriksson, 2006).

En esa línea, siguiendo el marco del EA y la concepción del adulto mayor como un ser activo en su proceso de envejecimiento, sería incongruente prescindir de su percepción al momento de tratar sobre su salud y su calidad de vida. Siendo que la salud debe ser comprendida no solo como ausencia de enfermedad, sino que implica bienestar tanto físico como psicológico y social (WHO, 1997). En ese sentido, surge el concepto de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), que enfatiza la percepción de las personas acerca de su estado de salud actual y su bienestar enfocándose en dos componentes Salud Mental y Salud Física, que a su vez se

dividen en ocho dimensiones: salud general, función física, rol físico, dolor corporal, rol emocional, función social, vitalidad y salud mental (WHO, 1995). Este concepto cobra relevancia pues se necesita dar un paso más allá de la percepción clínica y objetiva del médico a la percepción más subjetiva y perceptiva del paciente (Schwartzmann, 2003). Así, actualmente se utilizan las mediciones de la CVRS en el campo clínico para obtener información sobre la salud de las personas sin centrarse únicamente en medidas de mortalidad y morbilidad (Durán, Gallegos, Salinas & Martínez, 2004).

Según el grupo de la OMS, las medidas de CVRS son subjetivas, pues recogen la percepción de cada uno; son multidimensionales, pues incluyen diversos aspectos de la vida de las personas a nivel físico, emocional, social, etc.; incluyen sentimientos positivos y negativos; y, se registra variabilidad en el tiempo de acuerdo a la etapa vital o momento de enfermedad que se atravesase (WHO, 1995). Este constructo está siendo cada vez más usado en población mayor en diferentes países analizando su relación con diversos factores como la presencia de alguna enfermedad (Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2016; Hsu et al., 2016; Jakobsson, 2002; Lahariya, Khandekar & Pradhan, 2012; Prieto et al., 2015; Silarova, Nagyova, Rosenberger, Van Dijk & Reijneveld, 2016), el estatus socioeconómico (Ma & Mc Ghee, 2013; Verhagen, Ros, Steunenbergh & Wit, 2014; Zhang et al., 2016), aspectos culturales (Zhang et al., 2016), hábitos (Choi et al., 2013; Hörder, Skoog & Frändin, 2013; Mhatre & Sansgiry, 2016), o reconociendo las características sociodemográficas con las que guardan una relación más significativa (Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique & Arequipa, 2009) y cuáles son las dimensiones más resaltantes según el grupo de edad (Durán et al., 2004).

Los resultados de algunas investigaciones reportan que la educación, el nivel de ingresos económicos (Coronado et al., 2009) y el sexo (Melguizo, Acosta & Castellano, 2012; Zhang et al., 2016) marcan diferencias significativas en cuanto a la CVRS. Mientras que otros no lo especifican o han encontrado resultados similares para ambos sexos (Durán et al., 2004). Por otro lado, en cuanto a las dimensiones del constructo, el estudio de Zhang y colaboradores (2016), utilizando la escala EQ-5D, que clasifica las respuestas de los participantes en cinco dimensiones (autocuidado, vivienda, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), encontró que el problema más frecuente era la dimensión de dolor/malestar seguido de ansiedad/depresión. Melguizo y colaboradores (2012), utilizando el Índice multicultural de Calidad de Vida (QLI-Sp), encontraron que la condición social se relacionaba a un mayor número de dimensiones de la CVRS, las cuales son bienestar físico, bienestar psicológico/emocional y funcionamiento ocupacional.

Asimismo, en cuanto a la relación entre CVRS y los hábitos de los adultos mayores, Prieto y colaboradores (2015) mencionan que un programa específico para ejercitarse físicamente puede aportar significativamente a la percepción que se tiene de la CVRS, destacando la dimensión de salud física pero también las de función social y salud mental. Del mismo modo Bindawas y colaboradores (2015) señalan que el aspecto físico podría afectar tanto las escalas físicas como las mentales; puesto que, en su estudio, los participantes con un bajo rendimiento físico, generalmente, presentaban mayores síntomas depresivos, menor nivel cognitivo, más condiciones médicas, menor fuerza muscular y tenían pobres niveles en las escalas física y mental de la CVRS y, se caracterizaban por ser del sexo femenino, los más ancianos, estar casados y tener menores niveles de educación.

Por otro lado, en población adulta mayor también se viene estudiando otro constructo que guarda relación con la definición más amplia de salud antes mencionada, que no solo se centra en la enfermedad sino también en el bienestar (WHO, 1997). Dicho constructo es el Sentido de Coherencia (SOC, por sus siglas en inglés), propuesto por Antonovsky desde un modelo salutogénico que busca comprender el origen de la salud y no de la enfermedad; de manera que, se cuestiona el por qué algunas personas pueden mantenerse saludables pese a las adversidades y situaciones estresantes que deben afrontar (Lindström & Eriksson, 2007). Antonovsky (1993) postula que la persona cuenta con Recursos de Resistencia Generalizados, que son características de la persona o del ambiente que facilitan el manejo de la tensión en las experiencias vitales. Éstas se acumulan y generan el SOC, que se refiere a la capacidad del individuo de usar distintos mecanismos de afrontamiento y recursos para enfrentar una situación estresante (Lindström & Eriksson, 2006). Es entonces, el modo en que una persona percibe la vida y la habilidad que tiene de poder manejar la diversidad de estresores que se presenten de forma satisfactoria. De este modo, la persona podrá sentirse capaz de manejar la situación independientemente de cuál sea la naturaleza de la misma percibiendo los estresores como predecibles, importantes de afrontar y dándoles un sentido en su vida (Chumbler et al., 2013).

El SOC tiene un componente cognitivo, comprensibilidad, que se refiere a la sensación de que es posible comprender lo que sucede aumentando las posibilidades de sentirse capaz de asimilar y modificar experiencias; uno instrumental, manejabilidad, que se refiere a la percepción de contar con los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio, relacionado a la autoeficacia y competencia; y, uno motivacional, significatividad, que se relaciona con el valor que le da la persona a lo que le sucede y a la voluntad que tiene hacia ello y hacia la vida (Lindström y Eriksson, 2006).

Este constructo está siendo cada vez más estudiado en población adulta mayor debido a que guarda relación con una evaluación global de la vida y el sentido que se le encuentra pese a la adversidad o estrés que los cambios propios del envejecimiento puedan traer consigo (Montorio et al., 2007). Algunas investigaciones lo relacionan inversamente con enfermedades o discapacidad (Lundman et al, 2010; Virués-Ortega, Martínez-Martín, Del Barrio & Lozano, 2007; Von Lengerke, Janssen & John, 2007), con resiliencia, soporte y/o bienestar (Giglio, Rodriguez-Blazquez, de Pedro-Cuesta & Forjaz, 2015; Lundman et al., 2010; Nygren et al., 2005; Wiesman & Hans-Joachim, 2008) o con un tipo de terapia centrada en la persona, que puede marcar una diferencia significativa en el bienestar (Von Humboldt & Leal, 2013).

En una investigación con adultos mayores se reportó que altos niveles de SOC junto a otras variables de afrontamiento podían predecir una mejor CVRS; mientras que las variables que harían que ésta empeore son las exigencias sociales y una situación económica deficiente (Ekwall, Sivberg y Hallberg, 2007). Con resultados parecidos, en un estudio con cuidadores de pacientes con demencia de Argentina y México, se encontró que el SOC está estrechamente relacionado con la CVRS; ya que, la percepción de la experiencia de cuidado tiene una valoración positiva que se expresa en altos niveles de significatividad, manejabilidad y comprensibilidad y que, a su vez, se relaciona con la salud física y mental (Trapp et al., 2015).

En los resultados de algunas de las investigaciones se reporta que el SOC guarda relación directa con el bienestar y la calidad de vida (Gison et al., 2014; Nygren et al., 2005; Von Humboldt & Leal, 2013; Wiesman & Hans-Joachim, 2008) y una relación inversa con enfermedades y condiciones que dificultan la vida diaria (Lundman et al., 2010; Von Lengerke et al., 2007). Asimismo, se han hecho estudios con adultos mayores en los que se relaciona el SOC con la CVRS, en los que se indica que, sobre todo, las dimensiones de salud mental de CVRS estarían fuertemente asociadas con el SOC (Drageset et al., 2008; Silarova et al., 2016).

Con todo lo mencionado, desde el marco del envejecimiento activo, se pretende analizar la relación entre Sentido de Coherencia y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en adultos mayores de un centro geriátrico de Lima Metropolitana.

Método

Participantes

Se contó con la participación de 40 adultos mayores, 24 varones y 16 mujeres, con edades entre 68 y 92 años ($M=80.68$; $DE=6.70$). Todos ellos fueron contactados en un centro geriátrico de Lima, el 12.5% reside en él y el 87.5% asiste a consulta externa o a talleres. Se comprobó que todos se encuentran orientados en tiempo, espacio y persona mediante una breve entrevista previa al recojo de datos y se pidió que confirmen su participación voluntaria firmando el consentimiento informado.

El 57.5% de los participantes estaba casado o convivía con su pareja, 32.5% era viudo, 7.5% soltero y 2.5% divorciado. El 90% tenía hijos o hijas y el número variaba entre 2 y 11; además, el 87.5% tenía nietos. Sobre la frecuencia con la que veían a su familia, el 67.5% reportó que la veía siempre y el 20% casi siempre. El 82.5% vivía acompañado por su pareja o algún hijo, mientras que el 17.5% vivía solo o en el centro.

En cuanto al nivel de instrucción, el 58.5% tenía estudios universitarios, el 27.5% secundaria completa y el 10% secundaria incompleta. Sobre la ocupación actual, el 95% reportó que estaba jubilado o se dedicaba a su casa. Del total de participantes, 62.5% realizaba alguna actividad fuera del hogar como asistir a un taller (72.5%), alguna actividad física (70%), tomar clases (2.5%) u otras (10%).

Sobre su estado de salud, el 65% reportó que sufre alguna enfermedad crónica, entre las cuales destacan la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.

Medición

La **Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS)** se midió a través del cuestionario SF-36 en su versión traducida al español por Alonso, Prieto y Antó (1995). La escala consta de 36 ítems de tipo Likert que tienen de 2 a 6 alternativas de respuesta. Mide la salud percibida con un componente de salud mental y otro de salud física en torno a 8 áreas: función física, función social, vitalidad, dolor corporal, desempeño o rol físico, desempeño o rol emocional, salud mental y salud en general. Los puntajes varían de 0 a 100, donde el mayor puntaje indica un mejor estado de salud percibida.

Los índices de confiabilidad de la prueba traducida reportan valores superiores a 0.70 en casi todas las dimensiones, excepto en la de función social en la que se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.45 (Alonso, Prieto y Antó, 1995). Asimismo, en una revisión de 79 investigaciones donde se utilizó el instrumento, Vilagut y colaboradores (2005) encontraron que

el 96% de las mismas reportaban índices de confiabilidad mayores a 0.70. Además, se comprobó la validez de constructo de la prueba mediante un análisis factorial y la validez divergente mediante comparaciones con el General Health Questionnaire (GHQ) y St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) con los que se obtuvo correlaciones negativas (Vilagut et al., 2005).

En Colombia, Melguizo y colaboradores (2012) obtuvieron alfas de Cronbach alrededor de 0.75. Mientras que en el contexto peruano, en una investigación realizada en Chiclayo con adultos mayores, se obtuvieron alfas de Cronbach de 0.70 (Coronado et al., 2009) y, de igual manera, otras investigaciones realizadas con el mismo instrumento reportan índices de confiabilidad que superan el valor de 0.70 (Alfaro, 2011; Laos, 2010; Manrique, 2014; Salas, 2009; Torres, 2011).

En el presente estudio, se obtuvieron alfas de Cronbach superiores a 0.70 para casi todas las dimensiones (entre 0.75 a 0.92) exceptuando Salud Mental, Vitalidad y Función Social con alfas de 0.69, 0.58 y 0.53 respectivamente (Apéndice A).

El **Sentido de Coherencia (SOC)** se midió con la versión de 29 ítems del Cuestionario de Orientación hacia la Vida (OLQ) desarrollado por Antonovsky (1993) con adultos judíos israelíes, que ha sido validado y traducido a 33 idiomas y utilizado en 32 países con al menos 15 versiones diferentes (Lindström & Eriksson, 2007). La escala consta de 29 ítems, evaluados en una escala de diferencial semántico de 7 puntos con dos frases a cada extremo; 11 de ellos miden comprensibilidad, 10 miden manejabilidad y 8 miden significatividad. Si bien hay tres dimensiones, los resultados dan también una medida global (Antonovsky, 1993).

Los análisis de confiabilidad del instrumento reportados en 26 estudios arrojan alfas de Cronbach entre 0.88 a 0.91 (Antonovsky, 1993). En cuanto a los estudios de validez, se verificó la validez de contenido por medio de expertos quienes aprobaron que el cuestionario mida lo que dice medir. Asimismo, Eriksson y Lindström (2005), en una revisión sistemática de 124 estudios hasta el 2003 encontraron índices de confiabilidad en un intervalo de 0.70 a 0.95. Además, encontraron correlaciones test-retest de 0.69-0.78 (en un año), 0.64 (3 años), 0.42-0.45 (4 años), 0.59-0.67 (5 años) a 0.54 (10 años).

En Suecia, Söderhamn y Holmgren (2004), obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.92 en un estudio con población adulta mayor activa. En Alemania, Wiesmann y Hans-Joachim (2008), en una investigación con adultos mayores, obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.89. En España, dos investigaciones, una realizada con adultos mayores y otra con adolescentes, reportan coeficientes de 0.80 (Rivera, López, Ramos y Moreno, 2011; Virúes-Ortega et al., 2007). Además, Virúes-Ortega y colaboradores (2007) demuestran en sus resultados que la escala posee

validez convergente con medidas de salud física y calidad de vida (correlación positiva) y depresión (correlación negativa). De igual manera, en nuestro contexto, Cassaretto y Martínez (2012) reportan un coeficiente de 0.91 y, utilizando la versión reducida, el SOC-13, se han encontrado índices de confiabilidad de 0.81 (Córdova, 2016), 0.68 (Torres, 2015) y 0.80 (Saravia, 2013; Saravia, Iberico & Yearwood, 2014).

Para la presente investigación, en el análisis de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, se encontró que los ítems 5 y 6, pertenecientes a las áreas de Comprensibilidad y Manejabilidad respectivamente, tenían cargas negativas (-0.19 y -0.3 respectivamente), por lo que se optó por neutralizarlos. De ese modo, el alfa de Cronbach para la escala total subió de 0.90 a 0.92, para el área de Comprensibilidad de 0.79 a 0.84 y para el área de Manejabilidad de 0.69 a 0.81. El área de Significatividad presentó un alfa de Cronbach de 0.76, con todos los ítems con cargas positivas y superiores a 0.33 (Apéndice B).

Adicionalmente, además de los datos sociodemográficos se incluyó una pregunta abierta “*Para usted, ¿qué significa tener ___ años?*”, que buscaba explorar el significado que los participantes le dan a la edad que han alcanzado. Ello con el objetivo de reconocer a qué asocian su edad, si se aproxima a nociones de salud y bienestar o, por el contrario, a malestar u otros.

Análisis de Datos

Una vez administrados los cuestionarios al grupo, los datos se ingresaron a una base utilizando el programa estadístico SPSS 21. En primer lugar, se verificó la consistencia de las puntuaciones por medio de un análisis de confiabilidad con el Alfa de Cronbach. Seguidamente, se evaluó la distribución de los datos por medio de una prueba de normalidad Shapiro-Wilk, en donde se encontró que, para el SOC, las áreas de Comprensibilidad, Significatividad y el SOC Total seguían una distribución normal y, para la CVRS, solamente la dimensión de Vitalidad. Seguidamente, se revisó los criterios de asimetría y curtosis (Kline, 2011) y se verificó que la distribución de los datos no se desviaba significativamente de la normalidad, por lo que se usaron estadísticos paramétricos (Apéndice C).

Posteriormente, en función del objetivo de la investigación, se analizó la relación entre los constructos dentro del grupo de estudio a través del coeficiente de correlación de Pearson. Adicionalmente, se evaluaron las diferencias de acuerdo a los datos sociodemográficos obtenidos utilizando los estadísticos T-de Student y D-de Cohen para todos los casos.

Así mismo, para el análisis de la pregunta abierta, las respuestas se agruparon en categorías luego de un análisis de contenido.



Resultados

En primer lugar, se describirá la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de acuerdo a sus 8 dimensiones y los dos componentes en los que se agrupan. Dentro del grupo se puede observar principalmente que todas las dimensiones se ubican por encima de 60. Además, los más altos niveles están en la dimensión y componente de Salud Mental (Figura 1). Por otro lado, en Sentido de Coherencia (SOC), el grupo presenta mayor Significatividad, que supone que la dimensión motivacional está por encima de la instrumental y la cognitiva; siendo que las demandas son percibidas como retos valiosos para comprometerse e invertir esfuerzo y tiempo (Figura 2).

Figura 1. Calidad de Vida Relacionada a la Salud

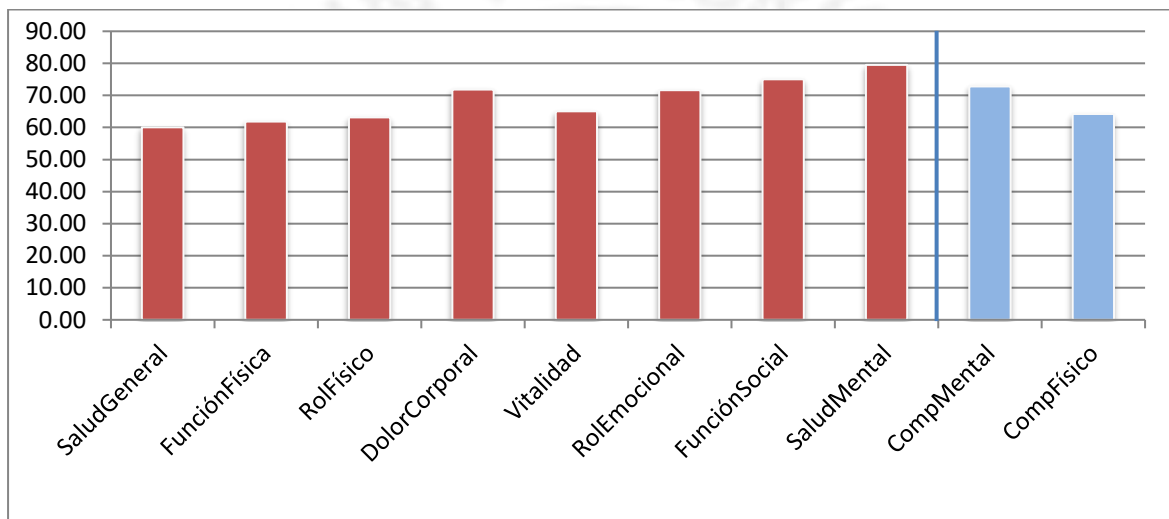
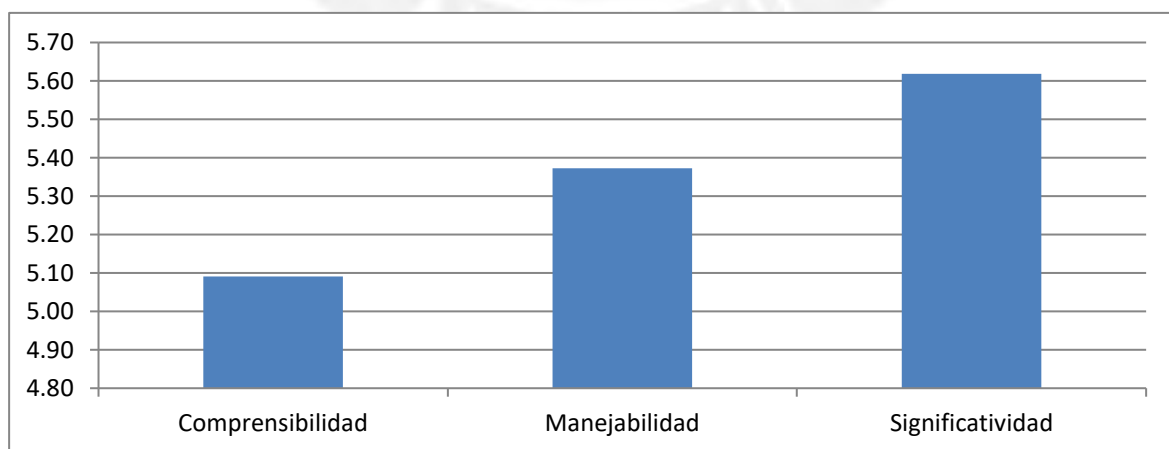


Figura 2. Sentido de Coherencia



En base al objetivo general de la investigación, en la Tabla 1 se presentan los resultados de las correlaciones entre las dimensiones de la CVRS y el SOC. Como se puede observar, destaca una correlación alta y significativa entre la dimensión de Salud Mental de la CVRS y la escala de Significatividad del SOC; y, medianas, en las dimensiones de Salud General, Función Física y Salud Mental con el SOC y sus dimensiones.

Tabla 1

Correlaciones entre dimensiones de CVRS y dimensiones de SOC

Dimensiones CVRS	Dimensiones SOC			SOC
	Comprensibilidad	Manejabilidad	Significatividad	TOTAL
Salud General	.371*	.358*	.331*	.386*
Función Física	.421**	.353*	.455**	.449**
Rol Físico	.331*	.198	.140	.252
Dolor Corporal	.103	.083	.122	.112
Vitalidad	.214	.150	.256	.227
Rol Emocional	.149	.150	.273	.206
Función Social	.151	-.012	.175	.121
Salud Mental	.435**	.364*	.521**	.481**
Comp Salud Mental	.270	.193	.375*	.306
Comp Salud Física	.387*	.297	.304	.364*

N=40 *p<0.05 **p<0.01

Por otro lado, al comparar las medias según variables sociodemográficas se ha encontrado diferencias según sexo, grado de instrucción, actividad fuera del hogar, ejercicio físico y presencia de alguna enfermedad crónica. No se encontró diferencias significativas respecto a la edad de los participantes ni a la frecuencia con la que veían a sus familiares.

De acuerdo al sexo se encuentran diferencias significativas en los dos componentes y cinco dimensiones de CVRS y en la dimensión de Significatividad del SOC, en todos los casos a favor de los hombres (Tabla 2).

A partir de este resultado, se consideró importante analizar la variable sexo con enfermedad crónica y se encontró que el 50% de varones reportó sufrir alguna enfermedad crónica, mientras que en las mujeres este porcentaje ascendió al 87.5% ($\chi^2 = 5.934$; $p=0.02$), lo que podría aportar a la comprensión de esta diferencia.

Tabla 2
Diferencia de medias de dimensiones de CVRS y SOC según sexo

Dimensiones CVRS	Hombre(n=24)		Mujer(n=16)		T-Student		D de Cohen
	M	DE	M	DE	t	p	D
Salud General	66.25	16.10	50.63	19.65	2.752	.01	.9
Función Física	74.79	15.98	42.50	28.05	4.639	.00	1.5
Dolor Corporal	78.23	16.16	62.19	26.35	2.391	.02	.8
Vitalidad	71.67	12.83	55.00	14.38	3.837	.00	1.2
Salud Mental	85.00	10.10	71.25	18.37	2.731	.01	1
Comp Salud Mental	78.40	14.42	64.38	19.68	2.604	.01	.8
Comp Salud Física	72.01	17.03	52.50	24.05	3.007	.00	1
Dimensión SOC							
Significatividad	5.83	.81	5.30	.79	2.080	.04	.7

De acuerdo al grado de instrucción, solo se ha encontrado diferencias significativas en las dimensiones de CVRS de Salud General, Función Física, Rol Físico, Vitalidad, Salud Mental y el Componente Físico. Aquellos con estudios superiores muestran medias más altas que los que presentan estudios escolares (Tabla 3).

Tabla 3
Diferencia de medias de las dimensiones de CVRS según grado de instrucción

Dimensiones CVRS	Grado de instrucción				T-Student		D de Cohen
	Estudios Escolares (n=16)		Estudios Superiores (n=24)		t	p	D
	M	D.E.	M	D.E.			
Salud General	48.44	17.39	67.71	16.15	-3.586	.00	1.2
Función Física	45.00	27.57	73.13	19.44	-3.79	.00	1.2
Rol Físico	46.88	44.61	73.96	35.72	-2.126	.04	.7
Vitalidad	58.75	15.55	69.17	14.57	-2.157	.04	.7
Salud Mental	72.50	17.58	84.17	11.94	-2.505	.02	.8
Comp Salud Física	51.09	22.71	72.94	17.04	-3.476	.00	1.1

Según su participación en alguna actividad fuera del hogar se encontró que aquellos que reportan realizar alguna actividad tendrían niveles más altos en la dimensión de Función Física de CVRS. Asimismo, los que realizan ejercicio físico presentan niveles más altos en las dimensiones Función Física y Salud Mental de CVRS y Comprensibilidad de SOC. Aunque esta última diferencia es pequeña puede ser pertinente tomarla en cuenta (Tabla 4).

Tabla 4

Diferencia de medias de las dimensiones de CVRS y de SOC según realiza actividades fuera del hogar y por ejercicio físico

Realiza actividades fuera del hogar							
Dimensiones CVRS	Sí (n=25)		No (n=15)		T-Student		D de Cohen
	M	DE	M	DE	T	p	D
Función Física	69.80	20.13	48.67	31.37	-2.337	.03	.8
Realiza Ejercicio Físico							
Dimensiones CVRS	Sí (n=28)		No (n=12)		T-Student		D de Cohen
	M	DE	M	DE	T	p	D
Función Física	69.11	19.05	45.00	34.38	-2.284	.04	.9
Salud Mental	82.86	13.64	71.67	44.11	-2.212	.03	.4
Dimensión de SOC							
Comprensibilidad	5.30	1.01	4.60	16.92	-2.068	.04	.1

Finalmente, se ha encontrado que aquellos que reportan tener una enfermedad crónica tienen menores niveles de CVRS asociado a Salud General, Función Física, Dolor Corporal, Función Social y a los dos componentes de la escala (Tabla 5).

Tabla 5

Diferencia de medias de las dimensiones de CVRS según presencia de enfermedad crónica

Tiene alguna enfermedad crónica							
Dimensiones de CVRS	Sí (n=26)		No (n=14)		T-Student		D de Cohen
	M	DE	M	DE	T	P	D
Salud General	53.65	18.63	71.79	13.67	3.199	.00	1.1
Función Física	54.23	26.52	76.07	21.05	2.658	.01	.9
Dolor Corporal	65.96	23.38	82.68	14.36	2.432	.02	.8
Función Social	67.31	19.07	89.29	15.39	3.705	.00	1.2
Comp Salud Mental	68.17	17.30	81.37	16.19	2.351	.02	.8
Comp Salud Física	57.88	21.89	75.94	17.66	2.651	.01	.9

Por otro lado, con las respuestas a la pregunta abierta sobre lo que significaba para los participantes tener “x” años, se hizo un análisis de contenido y las respuestas fueron agrupadas en cinco categorías, las cuales se presentan en la Tabla 6. Se tuvieron en total 58 respuestas, pues la afirmación de cada participante podía adecuarse a más de una categoría.

Tabla 6
Categorías según el significado de la edad

¿Qué significa tener “x” años?	Frecuencia	Porcentaje
Tener bienestar y conservar la salud	18	31.03%
Dar gracias a Dios	12	20.69%
Disfrutar y compartir con la familia	12	20.69%
Malestar y deterioro físico o cognitivo	7	12.07%
Tener experiencia y madurez	6	10.34%
Otros	3	5.17%
Total de respuestas:	58	100%

Como se observa en la Tabla 6, la categoría con mayor porcentaje de respuestas es “Tener bienestar y conservar la salud”, que se refiere tanto a bienestar emocional, satisfacción, la capacidad de disfrute, de sentir alegría y seguir motivado hacia la vida, como a mantener la salud física. Un ejemplo de respuesta es:

“Haber llegado óptimamente. Disfrutar de la vida que me queda saludablemente [...]” (Varón, 79 años).

En segundo lugar, el significado que le dan a su edad está entre “Dar gracias a Dios” o “disfrutar y compartir con la familia”. Un ejemplo en donde el contenido hace referencia a ambas categorías es:

“Estar ya vieja pero a Dios gracias sana y rodeada de mi familia” (Mujer, 75 años).

Asimismo, se puede notar que también hay una percepción negativa de la edad. Para algunos participantes, haber llegado a su edad significa “Malestar y deterioro físico o cognitivo”. Un ejemplo de ello es la siguiente respuesta:

“Vejez. Asistir continuamente a consultorios médicos y privarse de ciertas actividades (ej. Deportes, beber bebidas alcohólicas, etc)” (Varón, 82 años).

Por último, la categoría nombrada como “Tener experiencia y madurez”, hace referencia a la aceptación de la etapa de vida, la autoconciencia y cierto aprendizaje por las distintas vivencias. Un ejemplo de ello es:

“[...] con las experiencias vividas afrontar los problemas con mayor serenidad y aconsejar con amor a mis hijos y nietos y decirles que el éxito se consigue a base de sacrificios y con la fe en Dios” (Mujer, 78 años).



Discusión

Desde el marco del EA, se impulsa a que las personas tengan un rol activo en su proceso de envejecimiento y se busca tener una visión de la vejez desde un enfoque de salud, poniendo énfasis no solo en el aspecto físico sino también en la salud mental y social. Envejecer es un proceso continuo que se va atravesando desde el nacimiento; sin embargo, en edades avanzadas, puede ser visto como una etapa en la que se atraviesan diversos cambios que requieren ajustes tanto a nivel individual como colectivo. Pasados los ochenta años, la vejez conlleva nuevas exigencias y dificultades diarias, pero es importante tener en cuenta que el conflicto y la tensión pueden ser fuentes de fuerza, compromiso y crecimiento (Erikson, 2000).

Los participantes de esta investigación pueden ser una muestra de que en la vejez se puede afrontar estos cambios y dificultades de manera satisfactoria, manteniendo la calidad de vida. Según las dimensiones exploradas de la CVRS, se ha encontrado que, en general, el grupo tiene una buena percepción de su salud. Los niveles más altos se presentan en las escalas referidas a la salud mental, tanto en sus dimensiones como en el componente que las agrupa. Esto se asemeja a lo encontrado por otras investigaciones en adultos mayores donde reportan que las dimensiones más altas fueron Función Social y Salud Mental (Coronado et al., 2009; Durán et al., 2003; Manrique, 2014). En cuanto al SOC, el grupo mostraría mayores niveles de Significatividad, que estaría reflejando el valor que estas personas le dan a lo que les sucede y una alta voluntad hacia la vida. Esta manera de afrontar la vida podría estar relacionada a que tengan una mejor percepción de su salud pese a las condiciones propias del envejecimiento que podrían estar afectándola. Esto se refleja en el significado que le dan a su edad; pues, independientemente del número de años que tengan, el haber alcanzado esa edad para la mayor parte de participantes significa bienestar y se relaciona con conservar la salud y el poder disfrutar de su familia. Esto se ve, por ejemplo, en las respuestas que dan a lo que significa para ellos tener “x” años:

“Esperanza de vivir muchos años más en compañía de mi esposa, hijos y nietos” (Varón, 79 años).

“Significa la satisfacción de haber logrado, gracias al esfuerzo y capacidad, junto a mi esposa y mis hijos, los objetivos; y ser una familia unida” (Varón, 82 años).

“Es un milagro de tener esta edad maravillosa y tener fuerza, salud. Y quisiera seguir adelante con la ayuda de los médicos” (Varón, 79 años).

“Estar feliz con mis nietos, poder disfrutar de la compañía de ellos y tratar de ser feliz y hacer felices a los que me rodean” (Mujer, 69 años).

En esa línea, de acuerdo al objetivo general del estudio, se encontró que la calidad de vida va a estar estrechamente relacionada al sentido de coherencia. Así, se puede observar cómo una percepción positiva de su salud guarda relación con una tendencia a ver las cosas de forma significativa, predecible y manejable. Estos resultados se asemejan a lo encontrado por otras investigaciones, que reportan que un alto SOC se relaciona con altos niveles en las dimensiones de CVRS con sus respectivos componentes (Trapp et al., 2015; Nygren et al., 2005; Jakobsson, 2002). En otros estudios se menciona que se relacionaría sobre todo con las dimensiones asociadas a salud mental (Silarova et al., 2016; Gison et al., 2014; Drageset et al., 2008), lo cual es congruente con la presente investigación si se toma en cuenta que la correlación más alta se da entre la dimensión de CVRS de Salud Mental y Significatividad del SOC. Como sostiene Frankl (1979), la primera fuerza motivante del hombre es la búsqueda del sentido de la propia vida. Entonces, esta relación podría estar indicando que lo más relevante para mantener una buena salud mental es encontrar el carácter motivacional en la vida, es decir, el sentido a lo que sucede y la voluntad de seguir viviendo con un propósito. O, en otros términos, el sentido que se le da a la vida estaría relacionado a presentar bienestar, sentirse feliz y en calma.

Así mismo, las correlaciones halladas entre la dimensión de Salud Mental de CVRS y el SOC, tanto para la escala global como para sus otras dos áreas, se podrían explicar a través de la descripción del constructo, pues se relaciona inversamente con la percepción de estresores y con medidas de ansiedad y de afecto negativo, lo cual podría estar hablando de cómo el SOC estaría más relacionado con bienestar y salud mental (Antonovsky, 1993). Precisamente, en un estudio con adultos mayores, se encontró que un alto SOC estaba relacionado a niveles altos de bienestar; mientras que aquellas personas que tenían un SOC debilitado mostraban más signos de malestar y presencia de enfermedades que tenían un impacto negativo en la vida diaria (Lundman et al., 2010). Al respecto, también se ha encontrado que una baja percepción de la salud mental predice un SOC empobrecido (Söderhamn et al., 2015).

Si bien se puede notar una relación más estrecha entre el SOC y la salud mental, es importante resaltar que también se han encontrado correlaciones importantes entre el SOC y la percepción de la salud física, tanto con el componente de la CVRS como con algunas dimensiones (Salud General, Función Física). Estos hallazgos podrían estar dando cuenta de que el comprender lo que sucede a nuestro alrededor, las propias emociones y pensamientos, el tener la sensación de poder afrontar los retos que se presenten, teniendo la posibilidad de acceder a los recursos que sean necesarios y el darle un sentido a la vida, son importantes no solo en términos

de salud mental sino también para que los adultos mayores perciban que son capaces de realizar actividades físicas y tengan una valoración positiva de su salud actual y en perspectiva a futuro.

Por otro lado, de acuerdo a la literatura revisada y a los hallazgos de esta investigación, se ha visto que hay algunas variables sociodemográficas que estarían jugando un rol importante en el proceso de envejecimiento y en la manera cómo se percibe la calidad de vida en esta etapa. En primer lugar, si bien se sabe que el envejecimiento es un proceso heterogéneo, por lo que va a variar de persona a persona, es fundamental recalcar que existen diferencias significativas siguiendo una perspectiva de género. Ello implica reconocer que el envejecimiento masculino es diferente al femenino, lo cual con frecuencia deriva en un riesgo para las mujeres, debido a su edad y sexo, por las implicancias culturales que conllevan y las inequidades sufridas a lo largo de la vida (Huenchuan et al., 2010).

En este estudio se repite lo encontrado anteriormente en otras investigaciones en las que los hombres presentaban niveles de CVRS más altos que las mujeres (Hajian-Tilaki et al., 2016; Zhang et al., 2016; Lahariya et al., 2012; Melguizo et al., 2012). Al revisar posibles explicaciones, se ha encontrado que, en la presente investigación, estas diferencias podrían estar asociadas a la existencia de enfermedades crónicas. Siendo que, las mujeres son las que reportan mayor presencia de enfermedades. Del total de mujeres evaluadas, casi todas reportaron que tenían alguna enfermedad crónica; mientras que, en el caso de los hombres, solo la mitad de ellos indicó sufrir alguna enfermedad de ese tipo. Esto refleja de cierta manera lo que sucede a nivel poblacional; pues en Perú, el 80,1% de mujeres mayores a 60 años presenta alguna enfermedad crónica, mientras que para los hombres este porcentaje es 68,8% (INEI, 2017b). Estos datos indican que, a diferencia de los hombres, las mujeres son quienes más tienden a vivir con una enfermedad de larga duración, la cual, generalmente tiene una progresión lenta, pero va generando dificultades y molestias en la vida diaria. Esto se repetiría en casi todos los países de América Latina y el Caribe, pues según la información disponible, el número de años carentes de buena salud es superior en las mujeres y, por ende, su calidad de vida en la vejez se ve más deteriorada (Huenchuan et al., 2010). Como menciona Ribera (2011), esta presencia de enfermedad es lo que podría explicar que, a igual edad, las mujeres son las que tienden a dar respuestas menos positivas al evaluar su salud. En ese sentido, el saberse con una enfermedad de este tipo se podría relacionar con una disminución en la percepción de su salud.

En esa línea, como se puede ver en los resultados, la presencia de enfermedad crónica parece influir en la manera en que las personas mayores evalúan su estado de salud y funcionalidad. En este estudio, difiere, en cuanto a la salud mental, en el grado en que los

problemas de salud pueden interferir en la vida social de la persona (Función Social); pero, en especial, se notan diferencias en el ámbito físico, específicamente en la Salud General, en la percepción de dolor (Dolor Corporal) y en la forma en que la salud impacta en el funcionamiento físico (Función Física). Resultados similares se reportan en otros estudios, donde indican que la presencia de enfermedad crónica impacta significativamente en la percepción de CVRS, siendo las dimensiones de salud física las más afectadas (Coronado, 2009; Hajian-Tilaki et al., 2016; Lahariya et al., 2012; Von Lengerke et al., 2007). La valoración funcional es una prioridad, pues es considerada uno de los mejores indicadores del estado de salud (Ribera, 2011); de modo que, una persona que valore su funcionalidad negativamente va a evaluar su salud en general de esa misma manera. Esto se puede ver reflejado en aquellos adultos mayores que le dan un significado a su edad, asociado al malestar o al deterioro físico o cognitivo. Por ejemplo, al responder sobre qué significa para ellos tener “x” años, mencionan que significa:

“Haber llegado a la mayoría de edad con disminución de memoria” (Varón, 87 años).

“Mal. Dolor de piernas” (Mujer, 81 años).

“Que se acabó la juventud” (Varón, 82 años).

“Hay momentos que me siento feliz, puedo conversar, recordar cosas lindas. Y hay otros momentos en que no sé dónde estoy, me siento perdida” (Mujer, 89 años).

En cuanto al SOC, se reportan resultados diversos, algunos estudios mencionan que tener una enfermedad crónica sería un predictor de un bajo SOC (Lundman et al., 2010; Söderhamn et al., 2015; Söderhamn et al., 2004); sin embargo, otros mencionan que no estarían asociados (Von Lengerke et al., 2007). En el presente estudio no se han encontrado diferencias significativas, por lo que se puede pensar que, a pesar de la enfermedad, la persona puede conservar un alto SOC. Por ejemplo, si la persona está enferma, ello será posible en la medida en que comprenda qué es lo que le sucede, tenga los medios necesarios para afrontarlo y le dé sentido a su experiencia. Se sabe además que las personas mayores, por condiciones propias de su etapa vital, atraviesan por cambios que pueden expresarse en un deterioro en su funcionamiento físico y cognitivo, pero que justamente son vistos como producto de la edad y, de ese modo, lo comprenden y lo asumen como algo “común”, sin que signifique una situación estresante.

Por otro lado, se han encontrado diferencias en las dimensiones CVRS según el grado de instrucción de la persona. Se podría pensar que ello se debe a que un nivel de instrucción más alto se relaciona a un mayor acceso a recursos relacionados a mantener la salud, por lo que la

percepción que se tiene de la misma también sería más alta. Ramos y Choque (2007), mencionan que la educación es un determinante social para la salud, pues influye directa e indirectamente en ella tanto para adquirir las competencias e información relacionada como para tener los medios instrumentales para mantener una buena salud. Un nivel alto de educación se asocia generalmente con un nivel socioeconómico más alto, por ende, con la posibilidad de atenderse en caso sea necesario. En ese sentido, la percepción que uno tiene de su salud puede mejorar gracias a saber que uno tiene esa posibilidad. En cuanto al SOC, no se han encontrado diferencias significativas, lo cual difiere de una investigación española con adultos mayores, en donde reportan que a más alto el nivel de escolaridad más alto sería el SOC de la persona (Giglio et al., 2015). Sin embargo, mencionan también que en esta población no se ha profundizado en detalle acerca del impacto del nivel instruccional en el SOC, por lo que haría falta investigar a mayor profundidad en este aspecto.

Asimismo, se ha encontrado que participar de alguna actividad fuera del hogar va a influir de manera positiva en la percepción de la salud, sobre todo en la dimensión de CVRS Función Física, la cual se refiere a cómo la salud limita o posibilita la realización de actividades físicas o de esfuerzos moderados o intensos. En ese sentido, tener la posibilidad de salir de casa y realizar alguna actividad regularmente podría estar influyendo en la percepción que la persona tiene acerca de las actividades que puede realizar y cómo su salud aún se lo permite. Además, el que esta actividad sea específicamente algún tipo de ejercicio físico, impacta en la percepción de la CVRS, como reportan otras investigaciones (Choi et al., 2013; Hörder et al., 2013). En este estudio, específicamente impacta en las dimensiones de Función Física y Salud Mental y en la percepción del SOC en el área de Comprensibilidad. Así pues, la actividad física sería beneficiosa no solo en relación a las dimensiones que reportan CVRS físico sino también muestra un impacto en la salud mental. Con esto, se puede notar que la persona no es un ente dividido entre la psique y el cuerpo, sino que es una totalidad y, por ende, es fundamental entender la salud de forma global, con aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales. Además, el impacto en el área de Comprensibilidad del SOC se puede explicar porque la actividad física aumenta los niveles de concentración y de conciencia tanto de sí mismo como de lo que sucede a su alrededor, se asocia con niveles más altos de bienestar por lo que se podrá hacer una valoración diferente a lo que sucede, con una mirada más positiva; y, también, permite dar una mayor estructura y orden a la rutina diaria. En general, el ejercicio físico es recomendable en la adultez mayor porque tiene diversas ventajas, tanto en el ámbito físico, pues reduce el riesgo y previene algunas enfermedades, mantiene una buena masa muscular y mejora la capacidad aeróbica y motora,

como en el ámbito psicológico, pues reduce la ansiedad y depresión, ayuda a mantener las capacidades cognitivas y mejora la calidad de vida (Ribera, 2011).

Por otra parte, en el presente estudio, se utilizaron los cuestionarios SF-36 para medir la CVRS y el SOC-29 para medir el SOC en adultos mayores de un centro geriátrico. Ambos cuestionarios demostraron ser idóneos para el grupo que se investigó, dado que mostraron coeficientes de confiabilidad adecuados, siendo la mayoría superiores a 0.70. En el caso del SF-36, solo las dimensiones de Salud Mental, Vitalidad y Función Social obtuvieron alfas inferiores a ese puntaje (0.69, 0.58 y 0.53 respectivamente). Al respecto, Alonso, Prieto y Antó (1995), reportan que es precisamente la dimensión de Función Social, la que suele presentar el alfa más bajo, y se explica por la poca cantidad de ítems que conforman la dimensión (2 ítems) y porque podría estar informando de aspectos independientes de la salud social.

En el caso del SOC-29, solo se tuvieron dificultades con dos ítems, uno del área de Comprensibilidad y el otro de Manejabilidad. Esto puede explicarse por su contenido; el cual es similar pese a pertenecer a diferentes áreas. En ambos se hace referencia a la percepción del comportamiento de otras personas (*estar sorprendido por la conducta de otras personas y descontento hacia otros*). En cambio, en el resto de ítems de cada área el contenido más bien se refiere a uno mismo, evaluando si uno siente que comprende lo que sucede a su alrededor y es capaz de predecir y explicar lo que puede suceder (Comprensibilidad) o si uno puede acceder a recursos y se siente en capacidad de manejar situaciones adversas (Manejabilidad).

En cuanto a las limitaciones del estudio, se puede mencionar que el procedimiento de aplicación requirió una larga duración, debido al tiempo que tomó cada caso; y, que el tamaño del grupo no permite que las conclusiones sean fácilmente generalizables. Sin embargo, el primer aporte de esta investigación es el poder dar cuenta de la percepción positiva que presentan los participantes sobre su salud, su calidad de vida y su capacidad para hacer frente a situaciones estresantes como lo puede ser el envejecer. Una mirada desde la salud es lo que se proponía en este estudio y se puede concluir que envejecer no es sinónimo de enfermedad y, en cambio, se hace posible el pensar en formas de envejecimiento, y en la actitud que se toma frente a ello, que sean más positivas y se dirijan hacia sostener el bienestar y la calidad de vida en la adultez mayor.

El envejecimiento activo puede actuar como un modelo a seguir, pues impulsa a la persona a hacerse cargo de su proceso y señala aspectos importantes a tomarse en cuenta para que los adultos mayores puedan mantener una buena salud física y mental. Como se ha visto, mantener la autonomía, realizar actividades fuera del hogar y participar socialmente, poder entender lo que pasa a su alrededor, ser capaz de manejarlo y, sobre todo, encontrarle un sentido,

va a estar estrechamente relacionado con una mejor percepción de su salud, lo cual va a repercutir en su sensación de bienestar.

Así pues, no solo importan los datos objetivos de la salud en los adultos mayores sino también, la percepción que se tiene de ella en sus distintos ámbitos, y el SOC parece dar luces de cómo se podría mejorar esta percepción. Se podría impulsar a que se posibilite que los adultos mayores tengan una mejor comprensión de su mundo, tengan la posibilidad de manejar las demandas en situaciones adversas y le den un sentido a su vida y a lo que les sucede. Ello depende de las características internas de cada persona, pero también del ambiente, de qué tan organizado esté, que tan disponibles estén los recursos y que tanto se posibilite que la persona adulta mayor siga encontrándole sentido a la vida, sin sentirse discriminada ni menospreciada por su edad. Entonces, como profesionales de la salud, y como sociedad en general, quedan tareas por hacer en pos de que los adultos mayores mantengan un SOC alto y puedan percibir su calidad de vida de forma satisfactoria.





Referencias

- 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. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1287>
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*, 36(6), 725-733. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8480217>
- Auer, H. (1996). *Autorrealización en la plenitud: reflexiones sobre la tercera edad*. Lima: UNIFE
- Barúa, J. (2015). *Religiosidad y esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5791>
- Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Médica Panamericana
- Bindawas, S.; Al Snih, S.; Ottenbacher, A.; Graham, J.; Protas, E.; Markides, K. & Ottenbacher, K. (2015). Association Between Lower Extremity Performance and Health-Related Quality of Life in Elderly Mexican Americans. *Journal of Aging and Health*, 27(6) 1026–1045. DOI: 10.1177/0898264315572115
- Cassaretto, M. & Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. *Revista de Psicología*, 30 (1), 169-188. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v30n1/a07.pdf>
- Choi, M.; Prieto-Merino, D.; Dale, C.; Nüesch, E.; Amuzu, A.; Bowling, A.;... Casas, J. (2013). Effect of changes in moderate or vigorous physical activity on changes in health-related quality of life of elderly British women over seven years. *Qual Life Res*, 22, 2011–2020. DOI:10.1007/s11136-012-0332-2
- Chumbler, N., Kroenke, K., Outcalt, S., Bair, M., Krebs, E., Wu, J. & Yu, Z. (2013). Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Health and Quality of Life Outcome*, 11(216).
- Compare, A.; Zarbo, C.; Marín, E.; Meloni, A.; Rubio-Arias, J.; Berengüí, R.; Grossi, E.;... Alcaraz, P.E. (2014). PAHA study: psychological active and healthy aging: psychological wellbeing, proactive attitude and happiness effects of whole-body vibration versus

Multicomponent Training in aged women: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(15). DOI: 10.1186/1745-6215-15-177.

Córdova, E. (2016). *Soporte social y sentido de coherencia en estudiantes universitarios*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6537>

Coronado, J.; Díaz, C.; Apolaya, M.; Manrique, L. & Arequipa, J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per*, 26(4). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2009_n4/pdf/a08v26n4.pdf

Del Risco, P. (2011). *Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/399>

Drageset, J.; Nygaard, H.; Eide, G-E.; Bondevik, M.; Nortvedt, M. & Natvig, G-K. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(85). doi:10.1186/1477-7525-6-85

Durán, M.; Gallegos, K.; Salinas, G. & Martínez, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud pública de México*, 46(4), 306-315.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59, 460–466. doi:10.1136/jech.2003.018085

Ekwall, A.; Sivberg, B. & Hallberg, I. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 584–596. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03994.x

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

García, A. (2013). *Soporte social en adultos diabéticos no insulino dependientes que pertenecen a un club de apoyo para el adulto diabético*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad

Católica del Perú. Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4702>

- Giglio, R. E.; Rodriguez-Blazquez, C.; de Pedro-Cuesta, J. & Forjaz, M. J. (2015). Sense of coherence and health of community-dwelling older adults in Spain. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 621-628. doi:10.1017/S1041610214002440
- Gison, A.; Rizza, F.; Bonassi, S.; Dall'Armi, V; Lisi, S. & Giaquinto, S. (2014). The Sense-Of-Coherence predicts health-related quality of life and emotional distress but not disability in Parkinson's disease. *BMC Neurology*, 14(193). doi:10.1186/s12883-014-0193-0.
- Hajian-Tilaki, K.; Heidari, B. & Hajian-Tilaki, A. (2016). Solitary and combined negative influences of diabetes, obesity and hypertension on health-related quality of life of elderly individuals: A population-based cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 10, 37-42. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2016.01.018>
- HelpAge International (2015) Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015: Informe en profundidad. Londres. Recuperado de <http://www.helpage.org/la/publicaciones/publicaciones2/publicaciones-destacadas/>
- Hörder, H.; Skoog, I. & Frändin, K. (2013). Health-related quality of life in relation to walking habits and fitness: a population-based study of 75-year-olds. *Quality of Life Research. Uitgave*, 6. Recuperado de <https://mijn.bsl.nl/health-related-quality-of-life-in-relation-to-walking-habits-and/277790>
- Hsu, N-W.; Tsao, H-M.; Chen, H-C.; Lo, S-S.; Chen, S-A & Chou, P. (2016). Different Impacts of Atrial Fibrillation and Cardiac Premature Contractions on the Health-Related Quality of Life in Elderly People: The Yilan Study. *Tohoku J. Exp. Med.*, 238, 75-83. DOI: 10.1620/tjem.238.75.
- Huenchuan, S.; Fassio, A.; Carlos, S.; Osorio, P.; Worobiej, A.; Batthyany, K.; ... Paredes, M. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*. Uruguay: Lucida Ediciones. Recuperado de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/910_pdf.pdf
- INEI (2017a). Situación de la población adulta mayor. Enero, Febrero, Marzo 2017. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf

- INEI (2017b). PERÚ: Mujeres y Hombres con algún problema de salud crónico según grupo de edad y área de residencia. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-género-7913/>
- INEI (2016). PERÚ: Esperanza de vida al nacer de mujeres y hombres, según departamento. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/buscador/?tbusqueda=esperanza+de+vida>
- INEI (2015). Población total al 30 de junio de cada año, según sexo y grupo de edad. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- Jakobsson, L. (2002). Indwelling catheter treatment and health-related quality of life in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hiperplasia. *Scand J Caring Sci*, 16, 264–271.
- Kalache, A. (1999). Active ageing makes the difference. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(4), 299.
- Kline, R. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- Laos, K. (2010). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>
- Lahariya, C.; Khandekar, J. & Pradhan, S. (2012). Effect of Impairment and Disability on Health-Related Quality of Life of Elderly: A Community- Based Study from Urban India. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(4), 223-226
- Ley N°30425. Ley que modifica el texto único ordenado de la ley del sistema privado de administración de fondos de pensiones, aprobado por el Decreto Supremo 054-97-EF, y que amplía la vigencia del régimen especial de jubilación anticipada. Congreso de la República del Perú (2016). Recuperado de <http://www.elperuano.com.pe/NormasElperuano/2016/04/21/1370639-1.html>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 61, 938-944.
doi: 10.1136/jech.2006.056028
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3). DOI:10.1093/heapro/dal016
- Lundman, B.; Forsberg, K.A.; Jonsén, E.; Gustafson, Y.; Olofsson, K.; Strandberg, G. & Lövheim, H. (2010). Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umeå 85+ study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 329-332.

- Ma, X. & McGhee SM. (2013) A cross-sectional study on socioeconomic status and health-related quality of life among elderly Chinese. *BMJ Open*, 3, 1-9. DOI:10.1136/bmjopen-2012-002418
- Manrique, B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5746>
- Melguizo, E.; Acosta, A. & Castellano, B. (2012) Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 28 (2), 251-263.
- Mhatre, S. & Sansgiry, S. (2016). Assessing a conceptual model of over-the-counter medication misuse, adverse drug events and health-related quality of life in an elderly population. *Geriatr Gerontol Int*, 16, 103–110.
- Montorio, I., Izal, M. & Pérez, G. (2007). Salud, conducta y vejez. En Triado, C. y Villar, F. (Eds.) *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Neugarten, B. (1999). Los significados de la edad. Barcelona: Herder.
- Nygren, B.; Aléx, L.; Jonsén, L.; Gustafson, Y.; Norberg, A. & Lundman, B. (2005) Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354–362. DOI: 10.1080/1360500114415.
- Paúl, C.; Ribeiro, O. & Teixeira, L. (2012) Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-10. doi:10.1155/2012/382972
- Perales, J.; Martin, S.; Ayuso-Mateos, J.; Chatterji, S.; Garin, N.; Koskinen, S.; Leonardi, M.;... Haro, J. (2014). Factors associated with active aging in Finland, Poland, and Spain. *International Psychogeriatrics*, 26(8), 1363–1375. DOI:10.1017/S1041610214000520
- Prieto, J.; Del Valle, M.; Nistal, P.; Mendez, D.; Barcala-Furelos, R. & Abelairas-Gomez, C. (2015). Relevancia de un programa de equilibrio en la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres adultas mayores obesas. *Nutr Hosp*, 32(6), 2800-2807. DOI:10.3305/nh.2015.32.6.9713
- Ramos, M. y Choque, R. (2007). La educación como determinante social de la Salud en el Perú. Organización Panamericana de la Salud. *Cuadernos de la prevención de la salud*, (22), 1-80.
- Ribera, J. (2011). Envejecer con buena salud. En *Libro blanco del envejecimiento activo* (1era ed., cap 5, pp.225-263). Madrid: IMSERSO.

- Rivera, F.; López, A.; Ramos, P. & Moreno, C. (2011). Propiedades psicométricas de la escala Sentido de Coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4, 11-39.
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1204>
- Saravia, J. (2013). *Factores psicológicos y conductuales de la salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5009>
- Saravia, J.; Iberico, C. & Yearwood, K. (2014). Validation of sense of coherence (SOC) 13-item scale in a peruvian sample. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(2), 35-44. DOI:10.5460/jbhsi.v6.2.43847
- Schwartzmann, I. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. DOI: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Silarova, B.; Nagyova, I.; Rosenberger, J.; Van Dijk, J. & Reijneveld, S. (2016). Sense of coherence as a mediator between hostility and health-related quality of life among coronary heart disease patients. *Heart & Lung*, 45, 126-131. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.11.004>
- Söderhamn, O., & Holmgren, L. (2004). Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 45(3), 215-221.
- Torres, B. (2015). *Sentido de Coherencia y Ansiedad rasgo-estado en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5913>
- 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. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/717>
- Trapp, S.; Perrin, P.; Aggarwal, R.; Peralta, S.; Stolfi, M.; Morelli, E.; ... Arango-Lasprilla, J. (2015). Personal Strengths and Health Related Quality of Life in Dementia Caregivers from Latin America. *Behavioural Neurology*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/507196>
- Van Malderen, L.; Mets, T.; De Vriendt, P. & Gorus, E. (2013). The Active Ageing–concept translated to the residential long-term care. *Qual Life Res*, 22, 929–937. DOI 10.1007/s11136-012-0216-5

- Van Dyk, S. (2014). The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-aging paradigm. *Journal of Aging Studies, 31*, 93-103
- Verhagen, I.; Ros, W.; Steunenbergh, B. & de Wit, J. (2014). Ethnicity does not account for differences in the health-related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes, 1* (138). doi: 10.1186/s12955-014-0138-8
- Vilagut, G.; Ferrer, M.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda, G.; Quintana, J.; Santed, R.; ... Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria, 19*(2), 135-150.
- Villar, F. (2012). Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Informació Psicológica, 104*, 39-56.
- Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., Del Barrio, J.L. & Lozano, L. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica, 128*(13), 486-492.
- Von Lengerke, T.; Janssen, C. & John, J. (2007). Sense of coherence, health locus of control, and quality of life in obese adults: physical limitations and psychological normalcies. *Int J Public Health, 52*, 16–26. DOI 10.1007/s00038-006-5038-1
- Von Humboldt, S. & Leal, I. (2013). The promotion of older adults' sense of coherence through Person-Centered Therapy: a randomized controlled pilot study. *Interdisciplinaria, 30* (2), 235-251.
- Wiesmann, U. & Hannich, H-J. (2008) A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. *Aging & Mental Health, 12*(1), 56-65. DOI:10.1080/13607860701365998
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO [World Health Organization].
- World Health Organization. (1995). Measuring quality of life the world health organization quality of life instruments.
- World Health Organization. (1997). Measuring quality of life: The World Health organization quality of life instruments. Ginebra, Suiza, Autor. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Zhang, T.; Shi, W.; Huang, Z.; Gao, D.; Guo, Z.; Liu, J. & Chongsuvivatwong, V. (2016). Influence of culture, residential segregation and socioeconomic development on rural elderly health-related quality of life in Guangxi, China. *Health and Quality of Life Outcomes, 14*(98), 1-10. DOI 10.1186/s12955-016-0499-2



APÉNDICE A: CONFIABILIDAD SF-36

Salud General	Item 1	.644	Componente Físico	Item 1	.676
	Item 33	.409		Item 3	.610
	Item 34	.574		Item 4	.692
	Item 35	.410		Item 5	.635
	Item 36	.678		Item 6	.564
	Alfa	.752		Item 7	.614
Función Física	Item 3	.493	Item 8	.583	
	Item 4	.788	Item 9	.703	
	Item 5	.799	Item 10	.671	
	Item 6	.584	Item 11	.595	
	Item 7	.738	Item 12	.450	
	Item 8	.614	Item 13	.731	
	Item 9	.739	Item 14	.605	
	Item 10	.694	Item 15	.616	
	Item 11	.615	Item 16	.562	
	Item 12	.519	Item 21	.464	
	Alfa	.903	Item 22	.638	
	Rol Físico	Item 13	.730	Item 33	.457
Item 14		.762	Item 34	.491	
Item 15		.730	Item 35	.450	
Item 16		.728	Item 36	.586	
Alfa		.878	Alfa	.922	
Dolor Corporal	Item 21	.637	Componente Mental	Item 17	.732
	Item 22	.637		Item 18	.763
	Alfa	.758		Item 19	.629
Salud Mental	Item 24	.455	Item 20	.344	
	Item 25	.617	Item 23	.266	
	Item 26	.294	Item 24	.538	
	Item 28	.438	Item 25	.642	
	Item 30	.498	Item 26	.404	
	Alfa	.694	Item 27	.492	
Función Social	Item 20	.355	Item 28	.496	
	Item 32	.355	Item 29	.457	
	Alfa	.525	Item 30	.489	
Rol Emocional	Item 17	.738	Item 31	.398	
	Item 18	.841	Item 32	.265	
	Item 19	.745	Alfa	.846	
	Alfa	.883			
Vitalidad	Item 23	.424			
	Item 27	.524			
	Item 29	.301			
	Item 31	.203			
	Alfa	.577			



APÉNDICE B: CONFIABILIDAD SOC-29

Comprensibilidad	Item 1	.487	SOC TOTAL	Item 1	.485
	Item 3	.423		Item 2	.378
	Item 9	.467		Item 3	.499
	Item 10	.467		Item 4	.535
	Item 12	.685		Item 7	.574
	Item 14	.286		Item 8	.334
	Item 15	.650		Item 9	.413
	Item 19	.639		Item 10	.474
	Item 24	.544		Item 11	.371
	Item 26	.690		Item 12	.724
	Alfa	.839		Item 13	.544
Manejabilidad	Item 2	.334		Item 14	.487
	Item 13	.657		Item 15	.606
	Item 17	.401		Item 16	.591
	Item 18	.727		Item 17	.520
	Item 20	.499		Item 18	.716
	Item 21	.402		Item 19	.555
	Item 23	.683		Item 20	.500
	Item 27	.555		Item 21	.557
	Item 29	.622		Item 22	.737
		Alfa	.810		Item 23
Significatividad	Item 4	.545		Item 24	.622
	Item 7	.540		Item 25	.684
	Item 8	.331		Item 26	.726
	Item 11	.397		Item 27	.537
	Item 16	.555		Item 28	.525
	Item 22	.622		Item 29	.675
	Item 25	.665		Alfa total	.923
	Item 28	.348			
		Alfa	.763		



APÉNDICE C: ASIMETRÍA Y CURTOSIS

	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Error	Estadístico	Error
CVRS				
SaludGeneral	-.209	.374	-1.200	.733
FunciónFísica	-.729	.374	-.224	.733
RolFísico	-.480	.374	-1.552	.733
DolorCorporal	-.596	.374	.212	.733
Vitalidad	-.026	.374	-.459	.733
RolEmocional	-.994	.374	-.781	.733
FunciónSocial	-.398	.374	-.921	.733
SaludMental	-.604	.374	-.370	.733
ComponenteFísico	-.528	.374	-.447	.733
ComponenteMental	-.806	.374	-.007	.733
SOC				
SOC Total	.116	.374	-.951	.733
Comprensibilidad	-.134	.374	-.466	.733
Manejabilidad	.012	.374	-1.146	.733
Significatividad	.204	.374	-.973	.733



APÉNDICE D: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto de manera voluntaria participar en la investigación de tesis de licenciatura de la alumna Sandra Tremolada Tovar en la especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

El objetivo es conocer la percepción que tiene acerca de su salud tanto física como emocional. El presente estudio implicará una sola sesión en la que se aplicarán dos cuestionarios y una ficha de datos, los cuales serán totalmente anónimos.

La información brindada en este estudio será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos, por lo que no habrá ninguna devolución a los participantes.

Puede retirarse de la investigación en cualquier momento si lo ve por conveniente.

Para cualquier información adicional y/o dificultad pueden contactarse con la responsable de la investigación al correo: sandra.tremolada@pucp.pe.

Después de haber leído:

Sí, acepto participar

Firma del/a participante

(Opcional)

Firma de la responsable

Lima, ____ de _____ del 2016



APÉNDICE E: FICHA DE DATOS

Sexo: F M

Edad: _____

Estado Civil: (Marque con una "X")

Soltero(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)/ Conviviente	<input type="checkbox"/>
Viudo(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>

Distrito en el que vive: _____

Ocupación actual: _____

Si trabaja fuera del hogar indique el tiempo que dedica al día: _____ horas.

Grado de Instrucción:

Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior no universitaria	<input type="checkbox"/>
Primaria Completa	<input type="checkbox"/>	Superior Universitaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Post-Grado	<input type="checkbox"/>
Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Si marcó Superior, indicar qué carrera estudió: _____

Actividades Cotidianas:

- ¿Realiza cotidianamente actividades fuera del hogar (Por lo menos una vez a la semana)? SÍ NO
- Marque entre las opciones y especifique. Puede marcar varias.

Especifique cuál

Ejercicio Físico	<input type="checkbox"/>	
Asistir a un taller	<input type="checkbox"/>	
Tomar clases	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	

Familia:

- ¿Tiene hijos o hijas? SÍ NO ¿Cuántos? _____
- ¿Tiene nietos? SÍ NO
- ¿Con qué frecuencia ve a su familia?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

- ¿Con quién vive actualmente?

Estado de Salud:

- ¿Padece de alguna enfermedad crónica? SÍ NO
- ¿Cuál? _____

- ¿Usa medicamentos? SÍ NO
- ¿Cuáles? _____

Para usted ¿Qué significa tener _____ años?
