



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de Lima

Metropolitana

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

AUTOR

Leguia Cerron, Amalia del Pilar (0000-0001-8996-310X)

ASESOR(ES)

Reyes Bossio, Mario Alexander (0000-0003-4655-1927)

Lima, 17 de mayo de 2019

DEDICATORIA

*A mi madre y hermanos por siempre apoyarme y acompañarme a lo largo de este proceso.
A mi prima por haber participado en la elaboración de esta investigación. A mi padre por
cuidarme y ser la inspiración de este estudio.*

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a mi madre Adita por siempre confiar en mis capacidades, por su sacrificio y esfuerzo. A mis hermanos Paolo y José por motivarme a continuar con mi crecimiento tanto profesional como personal. A mi prima Andrea por haberme brindado su apoyo incondicional en el desarrollo de esta investigación. A mi asesor Mario por colaborar en la elaboración de esta tesis y confiar en mí. Agradezco, a las parroquias que me abrieron sus puertas y me ayudaron de buena voluntad. Finalmente, a mis familiares y a todas las personas que sumaron su esfuerzo en la culminación de este trabajo, ya que mediante su constancia, colaboración y cariño lograron que me enamorara cada vez más de la psicología.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre los componentes de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en una muestra de adultos mayores de Lima Metropolitana. Los participantes fueron 150 adultos mayores entre 63 y 93 años. Se utilizó la escala de afrontamiento Brief COPE de Carver (1997) y dos instrumentos de calidad de vida WHOQOL-OLD y WHOQOL-BREFF de la OMS (1999), cuyos análisis de validez (estructura interna) y confiabilidad (consistencia interna) fueron aceptables. Los resultados obtenidos, confirman parcialmente la hipótesis de investigación, puesto que cinco dimensiones de las escalas de calidad de vida correlacionan de manera baja con dos de las tres dimensiones de estrategias de afrontamiento. Finalmente, la estrategia de afrontamiento dirigida a la tarea presentó correlaciones significativas y de magnitud baja con la dimensión de calidad de vida psicológicas y sociales ($r_s = .21$).

Palabras clave: Calidad de vida, Estrategias de afrontamiento, Adultos mayores, Lima.

Quality of life and coping strategies in the elderly of Metropolitan Lima

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the relationship between the components of quality of life and coping strategies in a sample of older adults in Metropolitan Lima. The participants were 150 seniors between 63 and 93 years old. We used the Brief COPE coping scale from Carver (1997) and two quality of life instruments WHOQOL-OLD and WHOQOL-BREFF from WHO (1999), whose analysis of validity (internal structure) and reliability (internal consistency) were acceptable. The results obtained partially confirm the research hypothesis, since five dimensions of the quality of life scales correlate in a low way with two of the three dimensions of coping strategies. Finally, the coping strategy aimed at the task presented significant and low magnitude correlations with the psychological and social quality of life dimension ($r_s = .21$).

Key words: Quality of life, Coping strategies, Elderly, Lima.

TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	1
2. Capítulo 1: marco teórico	4
2.1 Calidad de vida.....	4
2.2 Estrategias de afrontamiento	6
2.3 Objetivo general	11
2.4 Hipótesis de investigación	11
3. Capítulo 2: método	12
3.1 Participantes	12
3.2 Instrumentos	13
3.3 Procedimiento.....	16
3.4 Análisis de datos.....	17
4. Capítulo 3: resultados	19
4.1 Análisis Psicométricos (evidencias de validez y confiabilidad).....	19
4.2 Análisis Descriptivos y de Normalidad	29
4.3 Análisis correlacional	33
5. Capítulo 4: discusión	35
6. Referencias bibliográficas	42
7. Apéndice A	50
8. Apéndice B	53
9. Apéndice C	58
10. Apéndice D	61
11. Apéndice E	63
12. Apéndice F	64
13. Apéndice G	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de factorial de la escala brief cope.....	22
Tabla 2 Matriz factorial de la escala whoqold-bref.....	25
Tabla 3 Matriz factorial de la escala whoqol-old	28
Tabla 4 Estadísticos descriptivos de las dimensiones del brief cope (estrategias de afrontamiento)	30
Tabla 5 Estadísticos descriptivos de las dimensiones del WHOQOL-BREF (Calidad de vida).....	30
Tabla 6 Estadísticos descriptivos de las dimensiones del WHOQOL-BREF (Calidad de vida).....	31
Tabla 7 Análisis de normalidad de las variables Calidad de vida y Estrategias de afrontamiento.....	32
Tabla 8 Matriz de correlaciones entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento	34

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Gráfico de sedimentación de Cattell del instrumento Brief COPE (COPE28)...20
- Figura 2. Gráfico de sedimentación de Cattell del instrumento WHOQOL-BREF.....24
- Figura 3. Gráfico de sedimentación de Cattell del instrumento WHOQOL-OLD.....26

1. INTRODUCCIÓN

Según Alvarado-García, Maya y María (2014) el envejecimiento es un fenómeno presente en el desarrollo del ciclo vital. El imaginario social y la cultura intenta encontrar su propio significado a dicha etapa, esto ha propiciado un temor a envejecer; puesto que existen distintas interpretaciones erróneas. No todas las personas perciben y experimentan esta etapa de la misma manera, en esto influyen las vivencias, las acciones y decisiones que haya tomado el individuo en el transcurso de su vida (Rangel, 2009).

Como resultado de ello, han surgido diversos mitos y estereotipos negativos frente a este proceso normal del ciclo vital. (Alvarado-García, Maya & María, 2014). Según Espinoza, Ramos y Mori (2017), la adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, y se caracteriza por ser un período de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento.

En la actualidad, la esperanza de vida ha aumentado al igual que la tasa de fecundidad; debido a ello, la población de adultos mayores ha ido incrementando rápidamente con el pasar de los años. Esto influye en el éxito de las políticas públicas y el desarrollo socioeconómico, ya que el envejecimiento de la población es un indicador importante, pero también constituye un reto para la sociedad. La cual, debe adaptarse para mejorar la salud y las capacidades funcionales de los adultos mayores; además de promover su participación social y su seguridad (Bryant-Lukosius, Valaitis, Martin-Misener, Donald, Peña, & Brousseau, 2017).

Se evidencia que, en el Perú, según el instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016), la población adulta mayor superó los 3 millones de habitantes, siendo 1.6 millones de mujeres y 1.4 millones de hombres. Asimismo, se proyecta, que para el 2050 sean 8.7 millones. Se puede ver también, que 4 de cada 10 hogares peruanos tenían entre sus miembros al menos una persona adulta mayor. En ese mismo año se encontró que la situación de pobreza y desprotección social afectaba al 15% de la población entre 60 a 64 años, al igual que el 20% de la población de 65 a 69 años, y el 20% de la población de 70 a más años (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2011).

Muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros

problemas mentales o físicos. Por ello, necesitan asistencia a largo plazo. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad, angustia y depresión (OMS, 2015).

Por ello, el estado ha promovido diversos programas de ayuda para esta población, uno de ellos, Pensión 65, el cual amplió su cobertura en el 2011 de 40.68 inscritos a 482.862 en el 2015. Así también, 8 de cada 10 adultos mayores tenían algún seguro de salud, público o privado y 4 de cada 10 estaban afiliados a un sistema de pensión (INEI, 2016).

Del mismo modo, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013), en el Perú se han promovido distintas intervenciones articuladas entre los diversos niveles del estado y la sociedad civil, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor; siendo uno de los principales agentes precursores los programas que plantea ESSALUD, para lograr un envejecimiento saludable. El cual, mejore el bienestar físico, psíquico y social de esta población. Se estima que hasta el 2015, se tenían 1840 clubes, que beneficiaban a 43.885 personas Adultas Mayores. Se puede evidenciar una mayor necesidad del desarrollo de planes de acción para la atención adecuada y necesaria en los distintos ámbitos, que influyen en la calidad de vida de este grupo de personas, siendo los más importantes la salud, lo social y lo económico (Ramos, 2015; Rangel, 2009).

Un ejemplo de ellos son los programas de salud psicológica, los cuales abordan, de manera superficial, aspectos como enfermedades crónicas y pérdidas por las que pasa el individuo, sin abarcar todas las áreas que se requiere. Es necesario que se garantice una atención médica y psicológica de calidad; además, de una sociedad que no los segregue o estigmatice, sino todo lo contrario, los dignifique (Soberanes, González & Moreno, 2009). Al mismo tiempo, el estado debe asumir la responsabilidad de crear mayores políticas públicas dirigidas a garantizar un ingreso económico apropiado que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad (Rangel, 2009).

Por ello, se puede apreciar que la calidad de vida de estos adultos mayores guarda una estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad, las normas y los valores sociales que ellos deben asumir (Torres, Quezada, Rioseco & Ducci, 2008). No obstante, también hace énfasis en las percepciones objetivas y subjetivas que tenga el individuo de

esta etapa de vida. La primera, enfocada en los aspectos externos que influyen en las condiciones de vida del sujeto, por ejemplo, las pérdidas propias de la edad, como la funcionalidad psíquica, física e integral del adulto mayor. Mientras que la segunda, estaría determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, como a partir de lo externo el sujeto puede hacer esta valoración subjetiva de su bienestar (Aponte, 2015; Soberanes, González & Moreno, 2009).

Por otro lado, el afrontamiento que tenga el adulto mayor frente a dichas dificultades, le permitirá mantener un balance emocional, preservar una imagen satisfactoria y un sentido de competencia personal. Del mismo modo, podrá tener un mayor sostenimiento en sus relaciones sociales y estará mejor preparado para situaciones difíciles; además la autodistracción, la aceptación, la reinterpretación positiva, la religión y el afrontamiento activo, suelen ser algunas de las estrategias más utilizadas por este grupo etario (Aguerre & Bouffard, 2008; Clemente, Tartaglini & Stefani, 2009; Rubio, Rivera, Borges & Gonzales, 2015).

Por ello, la presente investigación plantea como objetivo principal identificar la relación que existe entre los componentes de la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en el adulto mayor de Lima Metropolitana.

2. CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

2.1 Calidad de vida en el adulto mayor

La calidad de vida según Vera (2007), se define como el bienestar de manera integral en todos los ámbitos de la vida de la persona y este debe permitirle al individuo satisfacer todas sus necesidades. En el caso del adulto mayor, esta coincide en la percepción que tiene el individuo sobre su posición social, su contexto cultural y los valores o principios que se relacionan con sus objetivos y expectativas (Torres, Quezada, Rioseco, & Ducci, 2008). Asimismo, este debe ser capaz de satisfacer todas sus necesidades tanto económicas, físicas, emocionales y psicológicas.

Según Rubio et. al (2015), la calidad de vida es percibida de manera subjetiva, ya que implica la forma en la que la persona interactúa con su medio y como se siente consigo mismo, su comodidad y bienestar. En el adulto mayor, se puede ver que este carácter subjetivo guarda relación con la etapa por la que pasa el individuo, la cual supone diversos cambios, tales como el hecho de que este solo o con su pareja, la muerte de familiares o amigos, la pérdida de sus facultades motoras y en algunos casos el deterioro de las áreas cognitivas, el dejar de trabajar, entre otros (OMS, 2015).

Del mismo modo, la calidad de vida está relacionada con una valoración individual, objetivas en las que se trasciende lo económico y se aprecia la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas. Este es un concepto multidimensional que incluye tanto los estilos de vida, las condiciones de salud, la vivienda, las satisfacciones personales, la economía, el entorno social, entre otros aspectos (Estrada et al., 2011; Robles et al., 2016).

Dicha variable se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, el constructo calidad es integrado por otros aspectos importantes, como lo son la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas (Verdugo-Alonso, Gómez-Sánchez, & Arias-Martínez, 2009). En diferentes estudios se ha definido la calidad de vida en los adultos mayores de forma positiva y negativa; la primera se evidencia cuando el individuo cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándose también con

buenas condiciones materiales. En lo que respecta a la valoración negativa, esta se aprecia en los individuos que suelen ser dependientes, los que padecen de limitaciones funcionales, los que son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales (Aponte, 2015, Sena & Moral, 2008). De esta forma, las investigaciones han obtenido que las pérdidas del estado de salud, de contactos sociales y las limitaciones funcionales son los que principalmente empeoran y deterioran la calidad de vida (Estrada et al., 2011).

Según Rubio et. al (2015), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa; la mayoría de los adultos mayores al llegar a la etapa de la senectud suelen participar en diversas actividades de índole social, siendo muchas de estas parroquias, círculos de beneficencia, deportes, manualidades, entre otros. De esta manera, se puede ver la perduración de un rol activo por parte del adulto; otros adultos mayores suelen invertir su tiempo en el cuidado de los miembros más pequeños de la familia o de sus propias parejas ya que, mediante ello, se rehúsa la idea de entrar a una etapa de inactividad (Rubio et al., 2015; Vivaldi & Barra, 2012).

Se ha identificado que las relaciones de pareja suponen vínculos centrales dentro de la red social que necesita este grupo etario. Esto influye en los niveles de satisfacción que perciba en su vida y el afrontamiento que tenga frente a las distintas problemáticas que se le presente. Del mismo modo, este provee un bienestar integral y un sentido de vida a los miembros, aporta retroalimentaciones cotidianas acerca de las desviaciones de salud y propicia una serie de actividades personales que se asocian positivamente con el cuidado y promoción de la salud. Entre las funciones que cumplen dichas relaciones, está el brindar una compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social y ayuda material de servicios (Arias & Polizzi, 2011).

Del mismo modo, este concepto es relativo, dado que la calidad de vida no es la misma para todas las personas. Esto tiene que ver con la valoración que haga el individuo, como perciba los cambios en su vida, los recursos de los que disponga y la situación tanto económica como familiar por la que esté pasando (Aponte, 2015; Vera, 2007).

En el caso del adulto mayor la pérdida de la motricidad puede suponer el grado de relatividad en lo que refiere al bienestar y la felicidad, dado que muchos de ellos ven afectado su funcionamiento de manera integral, impidiendo el desarrollo de su autonomía;

siendo necesaria la asistencia de su familia o alguien que pueda ayudarlo. Llegando a verse en la mayoría de los casos a un adulto mayor aislado de la sociedad (Soberanes, González & Moreno, 2009).

En la senectud, el adulto mayor comienza a experimentar mayor angustia sobre la aproximación a la inevitable muerte. De tal manera, que dicho tema no es percibido del mismo modo de un ser humano, ni cultural, ni por grupo de edad, ni por religión o nivel socioeconómico. Los estereotipos erróneos que percibe el ser humano enfocado a una edad determinada para la muerte y el hecho probable de alcanzar ese límite, es un factor angustiante y definitorio, dado que no puede escapar de dicho destino (Martínez, Villarreal & Camacho, 2008). Esto es imprescindible para la calidad de vida que perciba el adulto mayor y las estrategias que tenga para hacer frente al mismo, al ser un tema de gran impacto en el mismo, será excluido o evitado por el adulto mayor, puesto que la sociedad moderna no admite que dicho tema sea pensado, hablado y que la persona no actúe como si no se debiera morir. El tema es tenido como tabú en el imaginario social, ya que es percibido como un hecho negativo y como el máximo mal que le puede ocurrir al hombre. Por ello, no es frecuente que los adultos mayores se expresen abiertamente sobre el sentir que tienen a este inminente destino, sino que prefieran evitar dicho tema como manera de confrontarlo (Cardona & Peláez, 2015).

En conclusión, se estima que en lo que respecta a la calidad de vida en el adulto mayor, esta es subjetiva y va ligada a como uno mismo percibe el medio en el que se desenvuelve. Además, los diferentes conceptos presentados evidencian diversos aspectos que integran la calidad de vida, ya que tiene en cuenta no solo un óptimo funcionamiento físico, la energía y vitalidad personal, sino también ponen énfasis en el bienestar psicológico y emocional, el funcionamiento social y sexual, el apoyo recibido y percibido, junto con la satisfacción con la vida y la percepción del estado de salud (Goncalves, 2012).

2.2 Estrategias de afrontamiento en el adulto mayor

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, estas son definidas como formas en que los individuos usan sus recursos para sobrellevar, afrontar y superar situaciones estresantes o traumáticas (De Juanas, Limón & Navarro, 2013). En el caso de los adultos mayores, dichas estrategias se ven evidenciadas en la superación o

afrontamiento de los cambios que surgen por la etapa que atraviesan y a las distintas pérdidas que experimentan (Hernández, 2009).

Algunas de las pérdidas asociadas a la vejez se relacionan con el ámbito social, pérdida de estatus laboral y económico, todo ello por los recursos y menor capacidad que dispone el adulto mayor para adaptarse a las circunstancias (González & Araujo, 2010). En lo que respecta a lo biológico, existe una mayor frecuencia de enfermedades físicas y discapacidades; y en lo psicológico, la aparición de deterioro cognitivo, así como síntomas depresivos. Por ello, la poca capacidad para afrontar las pérdidas requiere de un uso de recursos de afrontamiento por parte del individuo; todas ellas impactan en la calidad de vida y en el funcionamiento de las personas adultas mayores (González & Araujo, 2010).

Según Mayordomo, Sales, Satorres y Blasco (2015) las estrategias de afrontamiento se definen como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que se desarrollan para tolerar, manejar o reducir, las demandas o conflictos que perciba el individuo de su entorno o de sí mismo; y que exceden sus recursos.

Es importante reconocer la diferencia entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento, puesto que ambos conceptos pueden parecer similares. Fernández- Abascal (1997) (como se citó en Castaño & León, 2010), define los estilos de afrontamiento como las predisposiciones personales que tiene el individuo para responsabilizarse de las estrategias que utiliza frente a una situación. Es decir, disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma estable ante diferentes situaciones. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento pueden ser variables de acuerdo a las situaciones desencadenantes y a los procesos utilizados en contextos concretos (Castaño & León, 2010).

Esta noción de afrontamiento hace referencia a como la persona logra manejar el estrés y las respuestas que da a las dificultades (Gallager et al, 2008). Por ello, algunos individuos logran afrontar con mayor eficacia las situaciones de estrés en comparación con otros, ya que logran hacer un mejor uso de los recursos que poseen. En el caso del adulto mayor, se puede apreciar como este recurre a la espiritualidad o actividades al aire libre para mantenerse activo y seguir participando con su comunidad.

Según Vélez (2009), se equipará la vejez injustamente con una etapa cargada de problemas físicos, con abundancia de enfermedades y trastornos psicofisiológicos, los

cuales influyen en la permanente necesidad de las visitas a hospitales, ya que se tiene la perspectiva de la cercanía a la muerte. Sin embargo, Martínez, Villarreal y Camacho (2008), mencionan que la valoración que el adulto mayor tenga de la muerte y las reflexiones sobre la misma es un proceso psicofísico en el que el sujeto transforma sus percepciones sensoriales y estímulos, de acuerdo a la intensidad, motivación, experiencias, expectativas y conciencia que tenga sobre el proceso, la emoción, cultura y valores. Es importante, las reflexiones que se tienen sobre la muerte en nuestra sociedad actual, en el caso del adulto mayor, la disposición que tenga a meditar sobre este tema definirá el manejo y enfrentamiento de este proceso natural.

Gallager-Thomson et al. (2008) hace mención del procesamiento del duelo, como parte de un modelo dual. Este proceso busca redefinir, las distintas pérdidas por las que pasa el adulto mayor, resignificarlas e interiorizarlas para poder sobrellevar esta etapa de su vida.

Así también, estos momentos estresantes suponen para el individuo, problemas tanto físicos como psicológicos, en caso de que la situación de estrés no pueda ser superada o afrontada, la persona padecerá de problemas graves, los cuales pueden ser depresión, diabetes, desgano, entre otros. Esto se puede ver, en un ámbito más geriátrico, donde la mayoría de los adultos mayores, suelen presentar enfermedades crónicas y si no disponen de recursos suficientes pueden llegar a padecer trastornos como la depresión crónica (Mayordomo, Sales, Satorres & Blasco, 2015; Thumala, 2011).

Adicionalmente, Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013) advierten que los procesos de afrontamiento aparecen como mediadores en el ámbito social, puesto que no solo se presentan de manera individual. Por ello, la familia y las relaciones interpersonales representan un papel esencial en la calidad de vida que tenga el adulto mayor. Los procesos individuales se ven influenciados por los aspectos sociales. Sin embargo, el sujeto mismo es quien define su propia orientación para manejar los problemas en su vida cotidiana y de este modo concreta el tipo de estrategia que utiliza para afrontar las situaciones críticas o estresantes (Macías et al., 2013). En el caso del afrontamiento familiar este se desenvuelve en una dinámica grupal, que busca regular las tensiones y garantizar la salud de los miembros.

Como ya se ha mencionado, las estrategias de afrontamiento contemplan distintas áreas de interés que utilizan diferentes grupos de población, en los adultos mayores, se ve intervenida la utilidad y eficacia para adaptarse a una situación problemática (Casani, Alina & Quilca, 2016). No obstante, en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas su calidad de vida se ve disminuida por el estado de salud tanto mental como física que presentan, por ello sus estrategias de afrontamiento se adecuan a dicha situación, asumiendo la mejor manera de sobreponerse a ella.

En un estudio previo se buscó evidenciar como el tipo de personalidad resistente propiciaba el desenvolvimiento en ambientes formales. Fue realizada en una muestra de 102 personas adultas mayores, los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario de datos generales, el Inventario de puntos de vista personales (PVP) y el Cuestionario COPE. Los resultados evidenciaron que los adultos mayores obtuvieron un nivel de promedio (PR) medio o alto, no hubo personas con un nivel bajo en este constructo. En cuanto al nivel de estrategias de afrontamiento, la mayoría (83.4%) estuvo ubicada en el nivel medio, resultado que influyó en que, al correlacionar esta variable no se encontrará ninguna asociación significativa con otras variables. Así también, se obtuvo que, a mayor nivel de promedio, mayor nivel de estrategias de afrontamiento (EA) (Hernández, 2009).

Otro estudio, tuvo como objetivo ver como la finalización de la etapa laboral, significaba para el adulto mayor un desbalance económico para la familia y como este afectaba a su relación socio familiar (Herrera, 2008). Para la realización de este estudio se aplicó la prueba de repercusión familiar (IRFA) (Herrera, 2008). Se estudiaron 58 familias pertenecientes al área de salud del Consultorio del Médico de Familia SP. Se obtuvo que el impacto de la jubilación en la salud familiar fue predominantemente moderado (65,7 %), mientras que en la vejez fue leve (37,9 %) y moderado (34,5 %) (Herrera, 2008).

Por otro lado, Vera (2007), hace mención de la importancia del significado de la calidad de vida para el adulto mayor y su familia. Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos fueron la observación, la entrevista a profundidad dirigida al adulto mayor; y Grupos focales, dirigidos a los integrantes de cada grupo familiar. Los instrumentos fueron la guía de observación y dos cuestionarios semi-estructurados dirigidos a los investigados, con ocho preguntas. Obteniendo como resultado que, para el adulto mayor la calidad de vida significaba tener paz, tranquilidad, recibir cuidado y

protección por parte de su familia; todo ello mediante un trato digno, amoroso y respetuoso. Esto favorecía su condición social (Vera, 2007).

En la investigación de Esteve (2016), se dio a conocer cómo es percibida la jubilación en distintos momentos de la vida laboral de los trabajadores. Para el estudio se eligieron quince participantes al azar de diferente género, sin ninguna relación entre ellos, de diferentes edades y de varias organizaciones. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas a diferentes sujetos, basadas en un guión previamente estructurado. Obteniendo que la mayoría de los adultos mayores procesaban la jubilación como proceso de duelo el cual implica una pérdida significativa en sus vidas (Esteve, 2016).

Así también, para Cardona, Álvarez y Pastrana (2014), fue importante comparar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de adultos mayores de hogares geriátricos públicos y privados de Medellín. Se utilizó en una muestra de 220 adultos, un método de estudio transversal correlacional, empleando el WHOQOL-BREF y la ficha clínica de cada individuo como instrumentos de medición. Se evaluó la fiabilidad de la escala mediante el alfa de Cronbach, consistencia interna y validez discriminante mediante las correlaciones de Pearson, los análisis de CVRS se basaron en medidas de resumen y frecuencia, pruebas paramétricas y no paramétricas y regresión lineal (Cardona et al., 2014).

En la provincia de Matanzas, se buscó describir la percepción que tenían los adultos mayores sobre su calidad de vida y su relación con distintas variables seleccionadas por los mismos. Se utilizó una muestra de 741 adultos mayores, todo ello, mediante un muestreo estratificado polietápico. En dicho estudio se aplicaron diversas pruebas tales como un examen mínimo del estado mental y la escala para la evaluación de la calidad de vida percibida. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que predominó la calidad de vida baja, que constituye el 43.3% de la muestra investigada. Asimismo, hubo diferencias importantes en el comportamiento de calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se incrementa la edad ($p=.000$) y disminuye la escolaridad ($p=.000$). No hubo diferencias por sexo ($p= .343$) ni por estado conyugal ($p=.123$). Se concluyó que el predominio de la calidad de vida baja en la población estudia demuestra la necesidad de realizar más estudios de este tipo, además, de continuar con las investigaciones sobre este constructo (Dueñas, Bayarre, Triana & Rodríguez, 2009).

Por otro lado, este estudio es relevante ya que, de este modo se podrá describir la importancia de la calidad de vida en este grupo de personas y las estrategias que utilizan para afrontar las dificultades que surgen en esta etapa del ciclo vital. Mediante ello, se promoverá una perspectiva que favorezca el bienestar del mismo (Uribe et al., 2010).

Por otra parte, dicha información será de utilidad para promover programas de intervención que cubran de manera completa las áreas que necesita el adulto mayor tanto para desarrollar sus potenciales como mejorar su calidad de vida, entre otros.

2.3 Objetivo General

Asimismo, se planteará una modificación a las pruebas usadas en los adultos mayores, ya que solo una de ellas ha sido utilizada en una población diferente del Perú. El presente estudio maneja, la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre los componentes de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores? Por tanto, como objetivo se busca identificar la relación que existe entre los componentes de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores.

2.4 Hipótesis de investigación

Como hipótesis se espera encontrar “una relación significativa entre los componentes de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en el adulto mayor de Lima Metropolitana”.

3. CAPÍTULO 2. MÉTODO

3.1 Participantes

La muestra estuvo conformada por 150 adultos mayores de Lima Metropolitana, 79.3% mujeres y 20.7% hombres, con edades que oscilan entre los 63 y 93 años con una media de 73 años (DE= 6.82), que pertenecían al club del adulto mayor de distintas parroquias. Además, no debían padecer de alguna enfermedad geriátrica o crónica que le impida su participación en la investigación. Del mismo modo, no se pretendía implementar el estudio en casas de reposo o asilos, puesto que la calidad de vida varía en relación a la compañía de la familia y las condiciones que propicie el entorno (Soberanes, González & Moreno, 2009).

Respecto a su nivel de educación el 14% presentó primaria completa y el 3.3% incompleta; el 20.7% secundaria completa y el 8.7% incompleta, el 43.3% superior completa y el 9.3% incompleta. Asimismo, en cuanto al tiempo de jubilación presentaron un promedio de 9 años aproximadamente (DE= 10.83).

Por otro lado, el 62.7% de los evaluados presenta un nivel socioeconómico medio, el 16.7% medio alto y el 19.3% medio bajo. Con respecto a su estructura familiar el 8.4% de los individuos es soltero, el 61% es casado, el 20.8% es viudo y el 7.1% está separado. El 91.3% de los adultos mayores vive con su familia y el 40.7% tienen actividades de tiempo libre u ocio.

Para la determinación del tamaño muestra, se utilizó el programa G*Power (versión 3.1.9.2) y la investigación de Burán (2017), sobre “La resiliencia y la relación con la calidad de vida en adultos mayores”, el cual manejaba una población y variables similares al presente estudio. Debido a ello, se utilizó el tamaño del efecto el cual fue .27, para poder obtener la muestra deseada, teniendo un error de .05 y una potencia de .95 (Burán, 2017).

El presente estudio tuvo una muestra escogida de manera no probabilística. Esto significa que no dependen de las causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. En este tipo de muestra se le da mayor preponderancia a la toma de decisión del investigador o grupo de investigadores, mediante los criterios que se hayan impuesto. Asimismo, la utilidad de dicha muestra reside en la

cuidadosa y controlada elección de individuos con ciertas características definidas previamente (Martínez-Salgado, 2012, Rabolini, 2009).

3.2 Instrumentos

3.2.1 Brief COPE.

La primera escala a aplicar será el cuestionario abreviado del COPE, el COPE28, este evalúa las estrategias de afrontamiento ante el estrés. El autor de la versión abreviada es Carver (1997), dicha versión fue construida en inglés y cuenta con 14 subescalas y 28 ítems, que se califican en un formato de tipo Likert, teniendo puntajes del cero a tres, siendo cero “*nunca lo hago*”, el uno “*hago esto un poco*”, el dos “*hago esto bastante*” y el tres “*siempre hago esto*”. No obstante, la escala original postula tener en cuenta dos tipos de modelos factoriales; el primero el modelo de tres dimensiones, y el segundo el modelo de cuatro dimensiones (Águila-Lagos, 2016). Los cuales, propiciarán mejores resultados al momento de hacer los análisis estadísticos. La adaptación al español fue realizada por Morán y Manga (documento sin publicar) y; Está compuesta por varias subescalas que hacen referencia a distintas estrategias de afrontamiento del estrés: a) subescala de afrontamiento activo (2 ítems); b) subescala de planificación (2 ítems); c) subescala de apoyo emocional (2 ítems); d) subescala de apoyo social (2 ítems); e) subescala de religión (2 ítems); f) subescala de reevaluación positiva (2 ítems); g) subescala de aceptación (2 ítems); h) subescala de negación (2 ítems); i) subescala de humor (2 ítems); j) subescala de autodistracción (2 ítems); k) subescala de autoinculpación (2 ítems); l) subescala de desconexión (2 ítems); m) subescala de desahogo (2 ítems); n) subescala de uso de sustancias. Según las adaptaciones las subescalas varían al igual que el número de ítems (Crespo & Cruzado, 1997).

Con respecto a la validez y la confiabilidad de la prueba, existen diversas investigaciones que obtuvieron óptimos resultados en cuanto a la fiabilidad y validez para medir las estrategias de afrontamiento en una muestra de adolescentes (Mate, Andreu & Peña, 2016). El análisis factorial exploratorio mostró una solución de ocho factores que explican el 54,19% de la varianza (KMO= .752 y prueba de esfericidad de Bartlett significativa, $\chi^2= 6625,262$; gl= 378; $p < .001$). La consistencia interna para la puntuación total del COPE-28 fue de .78 (Mate et al., 2016).

En otro estudio, se analizó la confiabilidad de Brief COPE en la versión en español donde se evaluó las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. Dicho estudio obtuvo un alfa de Cronbach general de .70, en la dimensión de afrontamiento activo una consistencia interna de .66 y en afrontamiento pasivo una consistencia de .52 (Vargas, Herrera, Rodríguez & Sepúlveda, 2010). A pesar de que esta última presenta un valor debajo de lo esperado, no se decidió eliminar ningún ítem, ya que dicho valor no varía significativamente. Para fines de la investigación, se vio pertinente aplicar una validación por jueces de dicha prueba, dado que esta no posee muchas aplicaciones en la población a la que está abocada la investigación (Vargas et al., 2010).

3.2.2 World Health Organization Quality of Life OLD module (WHOQOL-OLD).

El segundo instrumento a utilizar es el WHOQOL-OLD, el cual tiene como objetivo desarrollar y probar una evaluación de la calidad de vida para las personas adultas mayores. El WHOQOL-OLD, es una adaptación del WHOQOL, el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF. Esta fue realizada para adultos mayores en el año 1999, como una cooperación científica de varios centros y estuvo auspiciada por el grupo de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, se desarrollaron una serie de estudios pilotos en diversas regiones como Inglaterra, España, Francia, Japón, Brasil y otros que dieron como resultado dicho instrumento. Esta y su versión breve (WHOQOL-BREF) fueron creadas con criterios específicos a la experiencia de envejecimiento y adaptadas para su uso a nivel intercultural. Obteniendo óptimos resultados en relación a la variable calidad de vida (Hernández, Guadarrama, Castillo, Arzate & Márquez, 2016). Del mismo modo, tanto el WHOQOL-OLD como el BREF fueron utilizados en un estudio aplicados a adultos mayores de una zona rural y una zona urbana en Perú.

La traducción de la prueba fue realizada por el grupo de colaboradores e iterativo Delphi tech-Nico. La validación de la escala fue hecha por Hernández et al. 2016. Aplicada a una población de 120 adultos mayores de Valle Toluca en México. Dicha escala está conformada por un total de 24 ítems de escala Likert con cinco opciones cada una y seis dimensiones preponderantes, las cuales son capacidad sensorial (nivel de desarrollo de los sentidos básicos del ser humano), autonomía (la libertad que tenga el individuo para desenvolverse independientemente de otras personas), actividades pasadas (la satisfacción que percibe el individuo sobre las decisiones que ha tomado a lo largo de su vida, hasta el presente), participación/aislamiento (la motivación y energía para realizar actividades

cotidianas y establecer vínculos sociales), intimidad (el grado en que el individuo experimenta sus relaciones amorosas) y muerte y agonía (la percepción que tiene el individuo sobre su muerte y las sensaciones que podría experimentar al morir). El puntaje de las seis facetas proporciona un puntaje global que permite tener un acercamiento inicial a la calidad de vida en adultos mayores. Esta escala posee propiedades psicométricas adecuadas y consistentes tanto en la población americana con la creación de tres versiones reducidas, teniendo una consistencia interna de .681, .678 y .649. En la población española, también se han realizado estudios para la comprobación de la idoneidad del instrumento, obteniendo también propiedades adecuadas y consistentes con una alfa de Cronbach de .80. Finalmente, en la población brasileña se obtuvo un alfa de Cronbach de .71 a .88 y en la población chilena un alfa de Cronbach de .83 (Hernández et al., 2016).

3.2.3 World Health Organization Quality of Life Brief module (WHOQOL-BREF).

Es necesaria la aplicación de la escala WHOQOL-BREF como tercer instrumento, debido a que la Organización Mundial de la salud le da principal importancia al uso de ambas escalas. De este modo, se espera obtener resultados mucho más completos referentes de la población estudiada. Por ello, el WHOQOL-BREF consta de 26 reactivos, esta se creó como una versión breve del WHOQOL-100, para evaluar la calidad de vida de forma que permita resumir áreas. Dicha prueba será utilizada en casos en los que se requiera contar con una evaluación más rápida y sencilla (Quiroz, García, Castro, Encinas, & Flores, 2013).

La escala cubre cuatro áreas, las cuales son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. En la población de adultos mayores se ha utilizado en una gran cantidad de casos, por ejemplo, el estudio realizado en sujetos brasileños sobre la calidad de vida percibida y actividad física, calidad de vida en supervivientes de terremotos, discapacidad y calidad de vida en personas con vértigo, predictores de cambio en calidad de vida relacionada a la salud en individuos deprimidos y calidad de vida en diferentes ambientes residenciales (Quiroz, García, Castro, Encinas, & Flores, 2013).

En otro estudio, se examinaron las propiedades psicométricas del instrumento con población adulta mayor, dicho instrumento se utilizó como una medida de significación clínica para evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual en una muestra de 27 sujetos adultos de edades comprendidas entre 55 y 74 años, de nivel económico

medio-bajo y con una escolaridad promedio de casi cuatro años, los cuales tenían como nivel escolar primaria incompleta. En relación a sus propiedades psicométricas, el instrumento mostró valores apropiados de consistencia interna ($\alpha = .75$) (Quiroz, García, Castro, Encinas, & Flores, 2013).

3.3 Procedimiento

Para acceder a la muestra deseada, se contactó con los sacerdotes de distintas parroquias de Lima, fueron cinco en total las que dieron el permiso para la aplicación de las pruebas. Se asistió a las mismas para brindarles una carta de presentación a los párrocos, explicar y coordinar la aplicación del presente estudio durante la reunión de los grupos parroquiales o clubes del adulto mayor.

Posteriormente se realizaron las aplicaciones, verificando que los adultos mayores cumplieran con los requisitos planteados para muestra. Respecto a las consideraciones éticas, se les brindó a los participantes un consentimiento informado, donde se les indicó las especificaciones de las escalas a utilizar y de los procedimientos a llevar a cabo. Se les explicó detalladamente las instrucciones para la realización de las pruebas y la ficha sociodemográfica, esta última con el fin de discernir y verificar que las personas cumplan con los requisitos para participar en la investigación.

Previo a la aplicación y recolección de datos en la muestra formal, se solicitó el permiso necesario a los autores de los instrumentos a utilizar, los cuales aprobaron la aplicación de los mismos para el estudio. Así también, con los permisos necesarios se procedió a la realización de una muestra piloto. La cual tiene como objetivo verificar la confiabilidad de las pruebas, esto significa que los resultados encontrados sean consistentes y concuerden con lo que se busca medir (Ato, López & Benavente, 2013).

Dicho piloto fue aplicado a 20 adultos mayores, los cuales contaban con características similares a las indicadas en la muestra formal. La información obtenida fue pasada a una base de datos en el programa SPSS. Los resultados obtenidos mostraron un buen análisis de la confiabilidad, en el caso del COPE 28 se obtuvo una fiabilidad de .73, en el WHOQOL-BREF se obtuvo .86 y en el WHOQOL-OLD .65; permitiendo de este modo la aplicación de los instrumentos en la muestra formal. Los únicos inconvenientes encontrados en la aplicación estaban relacionados con las capacidades sensoriales de los

participantes dado que, algunos de ellos necesitaban mayor atención para realizar las pruebas.

Por otro lado, un requisito para la utilización de ambas pruebas del WHOQOL es que estas no fueran modificadas, sino que mantuvieran su formato original. Del mismo modo, en principio fue implementado el COPE 60, la cual fue cambiada por su versión abreviada COPE28. Esto por cuestiones de comodidad y mayor facilidad para la muestra a la que esta avocada.

Por último, después de recolectar la información necesaria, se procedió a cuantificar los datos en Excel y acto seguido pasarlos al programa SPSS, para luego realizar los procesos estadísticos pertinentes para el presente estudio.

3.4 Análisis de datos

Se elaboró una base de datos con el programa SPSS Statistics 24, con la cual se reportaron evidencias de validez, asociadas a la estructura interna de los instrumentos empleados para la investigación. Todo ello, mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) y el método de extracción de factorización de ejes principales con rotación oblimin. Asimismo, a través de los criterios de autovalores mayores a uno y el gráfico de sedimentación de Cattell se obtuvo el número de factores adecuados para interpretar las variables.

Por otro lado, se evaluó estadísticamente la confiabilidad por consistencia interna del coeficiente de alfa de Cronbach, para lo cual se tomó el valor de referencia ($>.70$) (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). Del mismo modo se calcularon los intervalos de confianza al 95% del coeficiente de alfa.

El tipo de investigación utilizada es Correlacional, dado que deriva de una estrategia asociativa, cuyo propósito principal es explorar las relaciones entre variables con el fin de pronosticar o explicar su comportamiento (Ato, López & Benavente, 2013). Luego de ello, se procedió a realizar el análisis de normalidad, verificando si los puntajes son paramétricos o no paramétricos. Mediante esto, se definió la utilización de la prueba de correlación no paramétrica Spearman.

En lo que respecta a los análisis de magnitud de las correlaciones, fueron precisados por medio del criterio de Cohen (1988) (como se citó en Ventura & Caycho,

2017), el cual postuló que las categorías planteadas son los valores menores (.10 a .29), moderados (.30 a .40) o altos (50 a más).

4. CAPÍTULO 3. RESULTADOS

4.1 Análisis psicométricos (evidencias de confiabilidad y validez)

A continuación, se presentará los resultados de validez relacionados al análisis de estructura interna de los instrumentos utilizados. Asimismo, se presentará las evidencias de confiabilidad de las puntuaciones de las dimensiones halladas en el análisis factorial de ambos instrumentos mediante la consistencia interna a través del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach y sus respectivos intervalos de confianza (Bonett, 2002).

En primer lugar, como parte del análisis de la estructura interna del Brief COPE, se aplicó el análisis factorial exploratorio (AFE). Antes de ello, se corroboró el grado de relación que existía entre los ítems de esta prueba mediante el KMO y la prueba de Esfericidad de Bartlett. Este último tiene como finalidad evaluar la hipótesis nula; si los resultados obtenidos presentan una significancia menor a .05 ($p < .05$) se rechaza la hipótesis nula y se considera que las variables están suficientemente intercorrelacionadas para realizar el AFE (Pérez & Medrano, 2010).

Del mismo modo, es necesario la utilización adicional de la medida KMO de Kaiser, (1970), esta medida de adecuación indica cuán grande es la correlación entre las variables. Si las correlaciones son suficientemente grandes, la matriz se considera adecuada para su factorización, ya que ofrecerá resultados más estables y replicables en otras muestras diferentes (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014). Esto sugiere que la matriz de correlación será apropiada para factorizar si el KMO es igual o superior a 0.80. Sin embargo, otros autores consideran más adecuado disminuir el punto de corte a .70 (Ferrando & Anguiano, 2010).

Como parte de estos resultados preliminares, se obtuvo en principio un KMO de .64 el cual resultó por debajo del mínimo aceptable de .70. Luego de ello, se eliminaron los ítems 11 y 25 los cuales presentaban cargas factoriales de .37 y .36 las cuales favorecían el incremento del KMO. Además, para obtener resultados dentro de lo esperado la escala indicaba que no se debían incluir en los análisis los ítems de tres subescalas específicas Religión (16, 20), Humor (7, 19) y Uso de sustancias (15, 24). Después de ello, se obtuvo un KMO de .70 el cual se considera aceptable, y la prueba de Esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 724.32, p < .001$). Estos resultados indican que

existe cierto grado de relación entre los ítems y, por tanto, se puede aplicar el análisis factorial.

Al aplicar el análisis factorial Exploratorio, se empleó el método de extracción de factorización de ejes principales con el fin de encontrar la cantidad de factores con los que se puedan interpretar la variable estrategias de afrontamiento en adultos mayores. Para determinar dicha cantidad, se aplicaron dos criterios: (a) el de autovalores mayores a uno y (b) el gráfico de sedimentación de Cattell. De acuerdo al criterio de autovalores mayores a uno, se encontró que se pueden extraer hasta tres factores. Mientras que, al revisar el gráfico de sedimentación se observa que se pueden extraer cuatro factores (ver Figura 1). En la medida que ambos criterios arrojaron resultados de extracción entre tres y cuatro factores, se optó por realizar un nuevo análisis considerando las tres dimensiones propuestas originalmente por los autores del instrumento.

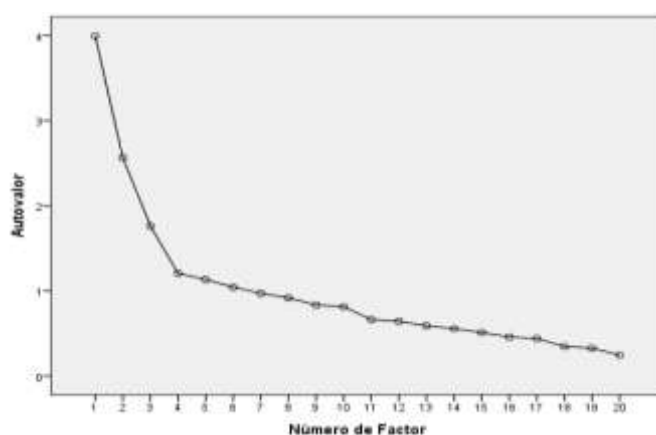


Figura 1. Gráfico de sedimentación de Cattell del instrumento Brief COPE (COPE28).

Los tres factores extraídos explicaron el 31.85% de la varianza acumulada. El primer factor, tuvo un autovalor de 4.10 y explicó 16.70% de la varianza. El segundo factor, tuvo un autovalor de 2.57 y explicó 9.55% de la varianza. Finalmente, el tercer factor tuvo un autovalor de 1.76 y explicó 5.61% de la varianza. Al aplicar la rotación oblimin (ver Tabla 1) se encontró que en el primer factor se agruparon los ítems

correspondientes a la dimensión afrontamiento dirigido a la tarea (3, 10, 6, 4, 2, 21, 22, 26, 18, 8, 14, 25) con cargas factoriales entre .33 y .58, según Santos y Pérez (2014) dichos valores son adecuados, puesto que son superiores al mínimo recomendable de .30. En el segundo factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión afrontamiento social y emocional (23, 28, 27, 12) con cargas factoriales entre .43 y .63, superiores al mínimo recomendable. Finalmente, en el tercer factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión afrontamiento evitativo (5, 11, 13, 1) con cargas factoriales entre .32 y .69.

Tabla 1

Matriz de factorial de la Escala Brief COPE

Ítems	Factores			r_{itc}
	AT	ASE	AE	
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	.58			.48
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	.56			.55
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	.56			.50
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	.55			.48
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	.51			.43
21. Aprendo a vivir con ello.	.49			.50
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	.48			.42
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	.47			.48
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	.45			.31
8. Me critico a mí mismo.	.43			.38
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	.43			.41
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	.33			.33
23. Expreso mis sentimientos negativos.		.63		.48
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.		.57		.46
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.		.50		.35
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.		.43		.30
5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.			.69	.38
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.			.52	.39
13. Me niego a creer que haya sucedido.			.36	.38
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.			.32	.22

Nota: AT= Afrontamiento dirigido a la tarea; ASE= Afrontamiento social y emocional;

AE= Afrontamiento evitativo; r_{itc} = correlación ítem-test corregida

Para la confiabilidad se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach, Según Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) un valor entre .70 y .90 indica una buena consistencia interna para una escala. Asimismo, se evaluaron los intervalos de confianza según Bonett (2002), con el fin de determinar entre que valores oscila el verdadero alfa en la población.

Por ello, la escala total presentó un alfa de Cronbach aceptable obteniendo un puntaje de .73 (IC95% = .66, .79) el cual cumple con el valor mínimo aceptable. Para la dimensión afrontamiento dirigido a la tarea se obtuvo un alfa de Cronbach de .80 (IC95% = .75, .84) y presentó correlaciones ítem-test entre .31 y .55, superiores al valor mínimo de .20 o .30. En la dimensión de afrontamiento social y emocional se obtuvo un alfa de Cronbach de .61 (IC95% = .49, .70) y presentó correlaciones ítems-test entre .30 y .48, superiores al valor mínimo aceptable. Finalmente, la dimensión de afrontamiento evitativo se obtuvo un alfa de Cronbach de .56 (IC95% = .49, .70) y presentó correlaciones ítems-test entre .22 y .39.

En segundo lugar, como parte de los análisis psicométricos del World Health Organization Quality of Life BREF module (WHOQOL-BREF), en principio se realizó el análisis de la estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio. De acuerdo a los resultados previos, se verificó un valor de KMO de .85 ($KMO < .70$) el cual confirma, que hay una alta correlación entre las variables y la prueba de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1583,22, p < .001$); estos resultados demuestran que existe cierto grado de relación entre los ítems y, por tanto, es pertinente realizar un análisis factorial (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

Después de ello, se realizó la extracción mediante el método de ejes principales, en el cual a través del criterio de autovalores mayores a uno sugirió la extracción de 4 factores que explicaron el 45.17% de la varianza acumulada. Mientras que al observar el gráfico de sedimentación (ver Figura 2) se aprecia la sugerencia de extraer 3 factores.

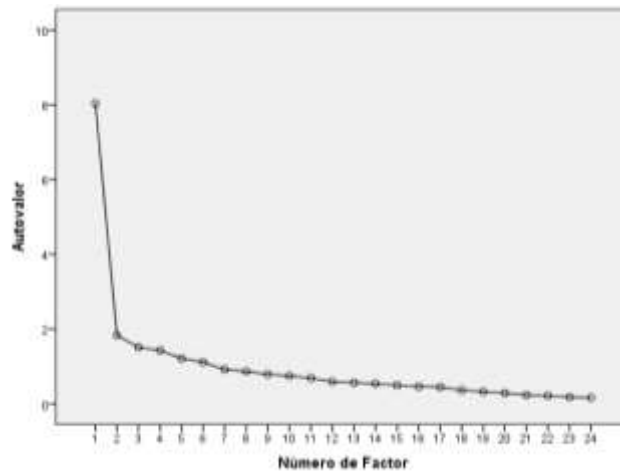


Figura 2. Gráfico de sedimentación de Cattell del instrumento WHOQOL-BREF

En la medida que ambos criterios arrojaron resultados de extracción entre 4 y 3 factores, se optó por realizar un nuevo análisis considerando las 4 dimensiones propuestas originalmente por los autores del instrumento. De este análisis al observar la matriz factorial luego de aplicar la rotación oblimin se encontró que la mayoría de los ítems se dispersaban en distintos factores, lo cual dificultaba la interpretación de los mismos (ver Apéndice F). Además de ello, la escala indicaba no incluir los dos primeros ítems para poder tener un resultado más interpretable. Por este motivo se decide realizar un último análisis utilizando los tres factores propuestos por el primer análisis, obteniendo mejores resultados.

Los tres factores extraídos explicaron el 40.69% de la varianza acumulada. El primer factor, tuvo un autovalor de 8.04 y explicó 31.16% de la varianza. El segundo factor tuvo un autovalor de 1.83 y explicó 5.35% de la varianza. Finalmente, el tercer factor tuvo un autovalor de 1.51 y explicó 4.19% de la varianza.

Al aplicar la rotación oblimin (ver Tabla 2) se encontró que en el primer factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión de Psicológicas y sociales (17, 16, 18, 19, 21, 22, 20, 7, 13, 6, 11, 8, 5, 26) con cargas factoriales entre .30 y .79, superiores al mínimo recomendable de .30. En el segundo factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión Físicas (4, 3, 10, 15) con cargas factoriales entre .44 y .69. Finalmente, en el tercer factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión Ambiente (9, 23, 24, 25, 12, 14) con cargas factoriales entre .27 y .96.

Tabla 2

Matriz factorial de la Escala WHOQOLD-BREF

Ítems	Factores			r_{ite}
	PS	F	A	
17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	.79			.67
16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	.70			.51
18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	.65			.68
19. ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	.62			.64
21. ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	.60			.50
22. ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	.54			.51
20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	.54			.57
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	.50			.57
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	.42			.42
6. ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	.42			.64
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	.38			.51
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	.36			.60
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	.34			.50
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	.30			.43
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?		.69		.51
3. ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?		.57		.47
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?		.56		.56
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?		.44		.46
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?			.27	.42
23. ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?			.96	.64
24. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?			.64	.57
25. ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?			.54	.51
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?			.30	.37
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?			.28	.25

Nota: PS= Psicológicos y sociales; F= Físicas, A= Ambientales; r_{ite} = correlación ítem-test corregida

Para la confiabilidad se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach, para los cuales se tomaron el valor mínimo de .70. La escala total presentó un alfa de Cronbach aceptable obteniendo un puntaje de .85 (IC95% = .81, .89) el cual cumple con el valor mínimo aceptable. Para la dimensión de Psicológicas y sociales se obtuvo un alfa de Cronbach de .84 (IC95% = .80, .87) y presentó correlaciones ítem-test entre .43 y .68, superiores al valor mínimo de .20 o .30. En la dimensión de Físicas se obtuvo un alfa de Cronbach de .71 (IC95% = .62, .78) y presentó correlaciones ítems-test entre .46 y .56, superiores al valor mínimo aceptable. Finalmente, la dimensión de Ambiente obtuvo un alfa de Cronbach de .72 (IC95% = .64, .78) y presentó correlaciones ítems-test entre .25 y .64.

En tercer lugar, como parte de los análisis psicométricos del WHOQOL-OLD, primero se realizó el análisis de la estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio. De acuerdo a los resultados previos, se verificó un valor de KMO de .81 ($KMO < .70$) el cual confirma, que hay una alta correlación entre las variables y la prueba de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1939.79$, $p < .001$); estos resultados demuestran que existe un cierto grado de relación entre los ítems y, por tanto, es pertinente realizar un análisis factorial.

Se llevó a cabo la extracción mediante el método de ejes principales, en el cual a través del criterio de autovalores mayores a 1 sugirió la extracción de 6 factores que explicaron el 58.08% de la varianza acumulada. Mientras que al observar el gráfico de sedimentación (ver Figura 3) se aprecia la sugerencia de extraer 5 factores.

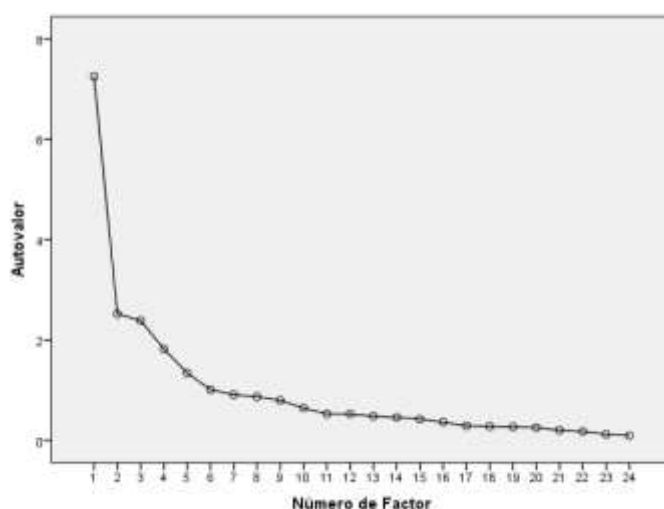


Figura 3. Gráfico de sedimentación de Cattell del instrumento WHOQOL-OLD.

En la medida que ambos criterios arrojaron resultados de extracción entre 5 y 6 factores, se optó por realizar un nuevo análisis considerando las 6 dimensiones propuestas originalmente por los autores del instrumento. De este análisis al observar la matriz factorial luego de aplicar la rotación oblimin se encontró que los ítems de la dimensión de actividades pasadas se dispersaban en distintos factores, lo cual dificultaba la interpretación de los mismos (ver Apéndice G). Por este motivo se decide realizar un último análisis sin los ítems de esta dimensión y considerando 5 factores.

De este último análisis se obtuvo un KMO de .80 ($KMO < .70$) el cual confirma, que hay una alta correlación entre las variables y la prueba de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1547.40$, $p < .001$); estos resultados demuestran que existe cierto grado de relación entre los ítems y, por tanto, es pertinente realizar un análisis factorial.

Los cinco factores extraídos explicaron el 57.89% de la varianza acumulada. El primer factor tuvo un autovalor de 5.90 y explicó 27.69% de la varianza. El segundo factor tuvo un autovalor de 2.48 y explicó 10.68% de la varianza. El tercer factor tuvo un autovalor de 2.30 y explicó 9.40% de la varianza. Cuarto factor tuvo un autovalor de 1.65 y explicó 6.17% de la varianza. Finalmente, el quinto factor tuvo un autovalor de 1.15 y explicó 3.95% de la varianza.

Al aplicar la rotación oblimin (ver Tabla 3) se encontró que en el primer factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión de Intimidad (21, 22, 23, 24) con cargas factoriales entre .71 y .94, superiores al mínimo recomendable de .30. En el segundo factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión Capacidad sensorial (1, 2, 10, 20) con cargas factoriales entre .54 y .78. En el tercer factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión Participación/aislamiento (14, 16, 17, 18) con cargas factoriales entre .30 y .68. En el cuarto factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión Muerte y Agonía (6, 7, 8, 9) con cargas factoriales entre .54 y .81. Finalmente, en el quinto factor se agruparon los ítems de la dimensión Autonomía (3, 4, 5, 11) con cargas factoriales entre .30 y .96.

Tabla 3

Matriz factorial de la Escala WHOQOL-OLD

Ítems	Factores					r_{ite}
	I	CS	PA	MA	A	
24. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado/a?	.94					.88
23. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?	.90					.83
22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?	.90					.87
21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?	.71					.68
1. ¿En qué medida la alteración de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su vida diaria?		.78				.68
2. ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?		.76				.65
10. ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su capacidad para relacionarse con los demás?		.74				.69
20. ¿Cómo puntuaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?		.54				.60
17. ¿En qué grado está satisfecho/a con su nivel de actividad?			.68			.61
16. ¿En qué grado está satisfecho/a de la manera que utiliza su tiempo?			.67			.56
14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas a hacer cada día?			.53			.34
8. ¿En qué grado está asustado/a de morir?				.82		.25
7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?				.81		.81
6. ¿En qué grado está preocupado/a sobre la manera en que morirá?				.73		.73
9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?				.54		.61
18. ¿En qué grado está satisfecho/a con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?			.30			.25
3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?					.96	.57
5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?					.41	.53
11. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?					.41	.41
4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?					.30	.36

Nota: MA = Muerte y Agonía; CS= Capacidad Sensorial; PA= Participación/Aislamiento; I= Intimidad; A= Autonomía; r_{ite} = correlación ítem-test corregida

Para la confiabilidad se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach, para los cuales se tomaron como valor mínimo el .70. No es posible realizar un análisis de confiabilidad total de la prueba, puesto que la escala presenta distintos tipos de respuesta los cuales dan como resultado un alfa de Cronbach menor al esperado de .57 (IC95% = .46, .66). Para la dimensión de Intimidación se obtuvo un alfa de Cronbach de .92 (IC95% = .90, .94) y presentó correlaciones ítem-test entre .68 y .88, igualmente superior al valor mínimo de .20 o .30. En la dimensión de Capacidad Sensorial se obtuvo un alfa de Cronbach de .83 (IC95% = .78, .87) y presentó correlaciones ítem-test entre .60 y .69, superior al valor mínimo. Por otro lado, en la dimensión de Participación/aislamiento se obtuvo un alfa de Cronbach de .65 (IC95% = .54, .73) y presentó correlaciones ítem-test entre .25 y .61, superior al valor mínimo. La dimensión Muerte y agonía obtuvo un alfa de Cronbach de .87 (IC95% = .83, .90) y presentó correlaciones ítem-test entre .61 y .81, superior al valor mínimo esperado. Finalmente, en la dimensión Autonomía se obtuvo un alfa de Cronbach de .68 (IC95% = .58, .75) y presentó correlaciones ítem-test entre .41 y .57, superior al valor mínimo.

4.2 Análisis Descriptivos y de Normalidad

En base a lo reportado en la Tabla 4, con respecto a la variable estrategias de afrontamiento, la dimensión con mayor puntaje promedio es el afrontamiento dirigido a la tarea, en donde se observa una tendencia promedio, ya que se encuentra en la mitad del puntaje mínimo y máximo (puntaje 3). Mientras que, la dimensión con menor valor promedio es el afrontamiento evitativo, puesto que la muestra evidencia niveles bajos, acercándose al puntaje mínimo posible que es 0. Asimismo, la dimensión de afrontamiento social presenta una tendencia promedio, debido a que se encuentra a la mitad del puntaje mínimo y máximo (puntaje 3). En cuanto a la dispersión, mediante el coeficiente de variación, se encontró que en las tres dimensiones (afrontamiento dirigido a la tarea, afrontamiento evitativo y afrontamiento social y emocional) se obtuvo una mayor dispersión ($CV > 30\%$). Según Vilchis (2014), cuanto menor sea el coeficiente de variación, menor será la dispersión y, por tanto, mayor será la representatividad de la media aritmética. Tomando como referencia el valor de 30%. Por ello, los puntajes son más heterogéneos en estas tres dimensiones.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de las dimensiones del Brief COPE (estrategias de afrontamiento)

Dimensión	Min.	Máx.	M	DE	CV
Afrontamiento dirigido a la tarea	0	3	1.76	.57	32.39%
Afrontamiento social y emocional	0	3	1.08	.64	59.25%
Afrontamiento evitativo	0	2.75	1.06	.64	60.38%

En cuanto a la variable calidad de vida presenta dos dimensiones (Ambientales y Psicológicas/sociales) con una media de 3.35 (ver Tabla 5), es decir, se observan niveles altos, porque se acerca al puntaje máximo posible que es 5, según la escala Likert del instrumento. Por otra parte, ambas dimensiones evidencian poca dispersión, esto quiere decir que los puntajes son más homogéneos, más cercanos al valor promedio.

Por otro lado, la dimensión con menor valor promedio es la de Físicas (ver tabla 5), ya que evidencia niveles bajos, acercándose al puntaje mínimo posible que es 2. Asimismo, se encontró poca dispersión, es decir, los puntajes son más homogéneos, más cercanos al valor promedio.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de las dimensiones del WHOQOL-BREF (Calidad de vida)

Dimensión	Min.	Máx.	M	DE	CV
Psicológicos y sociales	2	5	3.35	.47	14.03%
Físicas	2	4	2.85	.50	17.54%
Ambientales	2	5	3.35	.58	17.31 %

Del mismo modo, dicha variable presenta dos dimensiones (Participación/Aislamiento y Muerte y agonía) Obtuvieron respectivamente medias de 3.68 y 3.70 (ver tabla 6), es decir, evidencia niveles altos, ya que se acercan al puntaje máximo posible que es 5, según la escala Likert del instrumento. Presentan poca dispersión, esto quiere decir que los puntajes son más homogéneos, más cercanos al valor promedio.

Por otra parte, la dimensión de Intimidad presenta una tendencia promedio, ya que se encuentra al medio del puntaje mínimo y máximo (puntaje 5). Del mismo modo, mediante el coeficiente de variación, se obtuvo mayor dispersión ($CV > 30\%$). Por lo tanto, los puntajes son más heterogéneos, menos cercanos al valor promedio. No obstante, lo que respecta a las dimensiones de Capacidad sensorial y Autonomía, presentaron niveles bajos con puntajes de 2.25 y 2.71 respectivamente; sin embargo, esto también indicaría una tendencia promedio, ya que se encuentra al medio del puntaje mínimo y máximo (puntaje 5). En cuanto a la dispersión, la cual se obtuvo mediante el coeficiente de variación, la dimensión de capacidad sensorial presentó mayor dispersión ($CV > 30\%$), es decir, que sus puntajes son más heterogéneos, menos cercanos al valor promedio. Mientras que la dimensión de Autonomía, se encontró poca dispersión, esto indica que los puntajes son más homogéneos, cercanos al valor promedio.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de las dimensiones del WHOQOL-OLD (Calidad de vida)

Dimensión	Min.	Máx.	M	DE	CV
Intimidad	1	5	3.32	1.03	31.02%
Capacidad Sensorial	1	5	2.25	.80	35.56%
Participación/Aislamiento	2	5	3.68	.54	14.67%
Muerte y Agonía	2	5	3.70	1.08	29.19%
Autonomía	1	4	2.71	.63	11.07 %

Con respecto al análisis de normalidad, mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$), se observa en la tabla 7, se aprecia que todas las dimensiones presentan

distribuciones que no se aproximan a la normalidad ($p < .05$). Esto quiere decir, que para analizar la relación entre las tres variables se tendrá que aplicar una prueba de correlación no Paramétrica, específicamente la prueba de correlación de Spearman.

Tabla 7

Análisis de normalidad de las variables Calidad de vida y Estrategias de afrontamiento

Dimensión	K-S	Sig.	Normalidad
Afrontamiento dirigido a la tarea	.08	< .011	No
Afrontamiento social y emocional	.11	< .000	No
Afrontamiento evitativo	.16	< .000	No
Psicológicos y sociales	.10	< .001	No
Físicas	.11	< .000	No
Ambientales	.09	< .001	No
Intimidad	.12	< .000	No
Capacidad Sensorial	.09	< .001	No
Participación/Aislamiento	.14	< .000	No
Muerte y Agonía	.14	< .000	No
Autonomía	.14	< .000	No

4.3 Análisis correlacional

En la tabla 8, se presentan las correlaciones de Spearman con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (Caruso & Cliff, 1997) de las variables calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Se aprecia en líneas generales, que la dimensión de afrontamiento dirigido a la tarea se asocia de manera positiva y baja con la dimensión de calidad de vida psicológica y social. Es decir, que mientras mayor sea el uso del afrontamiento dirigido a la tarea mayor será la percepción asociada a la calidad de vida que tienen sobre los aspectos psicológicos y de índole social. Asimismo, se ha encontrado que este se relaciona de manera positiva y baja con la dimensión de calidad de vida asociada con la intimidad. Esto reflejaba que el afrontamiento dirigido a la tarea puede aumentar o mantenerse según la calidad de intimidad que tengas los individuos en sus relaciones de pareja.

En lo que respecta a la dimensión capacidad sensorial esta se asocia con dicho afrontamiento de manera baja y negativa, lo que quiere decir que un menor uso del afrontamiento dirigido a la tarea estará asociado a una menor percepción de la capacidad sensorial que posea el individuo. En el caso de la dimensión muerte y agonía esta se vincula de manera baja y positiva con este afrontamiento, puesto que una mayor frecuencia en el empleo de este afrontamiento se relaciona con un mayor análisis sobre el tema de la muerte. Finalmente, la dimensión de autonomía se asocia de manera baja y negativa con dicho afrontamiento, ya que según las características de la muestra se logra afrontar la tarea, pero requiere de apoyo.

Por otra parte, el afrontamiento evitativo se asocia de manera moderada y positiva con la dimensión de muerte y agonía. Esto indicaría que a mayor uso del afrontamiento evitativo menor será su preocupación por los temas relacionados con la muerte.

Tabla 8

Matriz de correlaciones entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Afrontamiento dirigido a la tarea	-										
2. Afrontamiento social y emocional	.28**	-									
3. Afrontamiento evitativo	-.12	.17*	-								
4. Psicológicos y sociales	.21*	-.10	-.19*	-							
	[.05, .36] ^a	[-.26, .06]	[-.34, -.02]								
5. Físicas	-.09	.07	-.06	-.24**	-						
	[-.25, .07]	[-.09, .23]	[-.22, .10]								
6. Ambientales	.17*	.10	-.04	-.53**	-.18*	-					
	[.00, .32]	[-.06, .26]	[-.20, .12]								
7. Intimidad	.20*	-.08	-.07	.42**	-.12	.35**	-				
	[.04, .35]	[-.24, .08]	[-.23, .09]								
8. Capacidad Sensorial	-.21**	.11	.04	-.27**	-.32**	.15	-.20*	-			
	[-.36, -.05]	[-.05, .27]	[-.12, .20]								
9. Participación/Aislamiento	.19*	-.19*	-.15	.56**	-.25**	.30**	.23**	-.30**	-		
	[.02, .34]	[-.34, -.03]	[-.30, .01]								
10. Muerte y Agonía	.24**	-.15	-.33**	.32**	-.24**	.13	.45**	-.35**	.21	-	
	[.08, .39]	[-.30, .01]	[-.47, -.18]								
11. Autonomía	-.25**	.10	.12	-.55**	.10	-.40**	-.30**	.23**	-.40**	-.29	-
	[-.40, -.09]	[-.06, .26]	[-.04, .28]								

^a IC=95%

5. CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

La investigación busca identificar la relación que existe entre los componentes de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores de Lima Metropolitana. Para ello se aplicó los cuestionarios COPE 28, WHOQOL-OLD y BREF a 150 personas, con edades que oscilan entre los 63 y 93 años, pertenecientes al club del adulto mayor de parroquias y que no presentan ninguna enfermedad geriátrica o crónica que le impida su participación. La mayoría de los adultos mayores son casados, viven con su familia, tienen un nivel socioeconómico medio y practican de actividades de ocio.

En lo que respecta a los análisis psicométricos de la escala Whoqol-bref se utilizó un método de rotación oblimin y se obtuvo un barlett de $\chi^2= 1583,22$, lo cual demostró que era pertinente realizar el análisis factorial. Originalmente la prueba postuló cuatro factores, pero se decidió trabajar con tres dimensiones, ya que los ítems tenían mucha dispersión y su carga factorial variaba. Esto último, se debió a cantidad de muestra recaba en el estudio, puesto que, según Otzen y Manterola (2017), si la muestra está compuesta por mayor cantidad de población los resultados obtenidos serán más consistentes. Por ello, Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas y Bunout (2011), en una muestra de 1.520 adultos mayores voluntarios, encontraron resultados satisfactorios en relación a la validez, además mediante un análisis exploratorio y confirmatorio se evidencio el uso de las dimensiones descritas por la prueba original.

Así como lo encontrado en una muestra de 447 adultos mayores de un área rural y una urbana en el Perú; y 220 que pertenecían a hogares geriátricos, obteniendo una óptima validez discriminante mediante el rango de coeficientes de correlación de Pearson entre las preguntas y los dominios a los cuales pertenecían. (Arias, Mendieta & Restrepo, 2014; Hernández, Chávez & Carreazo, 2016).

El Whoqol-old, demostró de igual manera resultados psicométricos óptimos, puesto que se obtuvo un KMO de .80 el cual confirmaba que existía una alta correlación entre las variables. Asimismo, se aprecia que la prueba de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2= 1547.40$, $p<.001$). Fue necesario eliminar la dimensión de actividades pasadas, ya que, siguiendo el modelo original de la prueba de seis factores, los ítems presentaban mucha dispersión. Debido a esto, se decidió utilizar cinco factores,

con los cuales se obtuvo resultados más consistentes. Se pueden apreciar resultados similares, en lo encontrado por Hernández, Guadarrama, Castillo, Arzate y Márquez (2015), dado que obtuvieron resultados estadísticos consistentes encontrando un KMO de .85 y la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de 1395.259, confirmando el análisis factorial exploratorio. Todo ello, mediante una muestra de 120 adultos mayores; sin embargo, fue necesario eliminar ítems y utilizar cuatro factores, ya que utilizando las dimensiones originales no se lograba obtener una coherencia teórica entre los reactivos.

Asimismo, en la investigación de Cuadra, Cáceres y Guerrero (2016), emplearon una muestra de 150 individuos, obteniendo que dicha cantidad no favorecía la utilización de los factores promulgados por la prueba original. Debido a esto, tuvieron que eliminar dos dimensiones para conseguir el soporte estadístico suficiente que requería la investigación. Comparado con lo encontrado por Acosta, Vales, Echevarría, Serrano y García (2013), los cuales sí lograron utilizar los seis factores descritos por la literatura original, ya que emplearon una muestra de 794 adultos mayores.

El COPE 28 presentó resultados psicométricos adecuados, obtuvo un KMO de .70 el cual se considera aceptable. La prueba de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 724.32, p < .001$); logrando con ello la aplicación del análisis factorial. En este estudio los ítems fueron divididos en tres dimensiones, siguiendo una de las estructuras planteadas por el COPE 60. Debido a esto, se lograron resultados más consistentes dado que, al usar las 14 subescalas, sugeridas por la prueba; la dispersión de los ítems y las cargas factoriales no eran adecuadas.

Esto se corrobora con la investigación de Morán, Landero y Eresa (2010), los cuales encontraron que los análisis estadísticos de la prueba Brief COPE o COPE 28 no fueron concluyentes, ya que al realizar un análisis factorial de segundo orden se obtuvieron un KMO de .65 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 482.986; gl = 78; p = .001$); optaron por reducir a 11 subescalas, ya que las cargas factoriales eran bajas y generaban mucha dispersión entre los ítems; además, el número de factores sugeridos por el criterio de autovalor mayor a 1 fue de 5 factores, mientras que el gráfico de sedimentación sugirió 4 factores. En el estudio de Mejorada, Tufiño, Sierra, Guerrero, Rosas y Sosa (2013), se obtuvo un KMO de .69 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 749.492; gl = 378; p = .001$). Asimismo, encontraron que el AFE con rotación varimax arrojó nueve factores y se eliminaron ítems con el fin de obtener una

estructura factorial clara; en consecuencia, se obtuvieron siete factores, conservando 17 ítems por el valor de sus cargas.

En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos, el WHQOL-BREF presentó un alfa de Cronbach aceptable obteniendo un puntaje de .85. Del mismo modo, en el caso de la aplicación en adultos mayores colombianos, se demostró un alfa de Cronbach aceptable por dimensión, con puntuaciones que oscilaban entre .73 y .87; además su consistencia interna tuvo un 100% de éxito. En otros dos estudios aplicados a una muestra chilena, se obtuvo alfas de Cronbach aceptables y satisfactorios, los cuales oscilaban entre .88 y .89 (Arias et al., 2014; Espinoza et al., 2011; Urzúa & Caqueo, 2013).

En el caso del WHOQOL-OLD, se obtuvo como resultado que el instrumento total presentaba un alfa de Cronbach poco aceptable de .57; sin embargo, los alfas encontrados por dimensión oscilaban entre .65 y .92 los cuales eran aceptables. Se aprecia que Cuadra et al. (2016), evidenciaron óptimos niveles de fiabilidad, mostrando un alfa de Cronbach de .82 para la escala total; sin embargo, en el caso del estudio de Hernández et al. (2015), se encontró una baja confiabilidad para dos de los seis factores de la prueba original, siendo necesario eliminarlos para obtener una confiabilidad .89.

La escala COPE 28, obtuvo una adecuada confiabilidad, dado que su alfa de Cronbach tuvo un puntaje de .73, para ello fue necesario usar tres dimensiones y eliminar algunos ítems, ya que no cumplían con los puntajes mínimos aceptables. Así como en otro estudio, donde se evidencio una fiabilidad inadecuada para cada subescala, dado que las puntuaciones oscilaban entre .30 y .70. Comparando con otra investigación donde se calculó la consistencia interna de los 28 reactivos estipulados por la prueba original, obteniendo un alfa de Cronbach de .76 (Mejorada et al., 2013; Morán et al., 2010).

Con respecto a la dimensión de calidad de vida Psicológicas y sociales esta correlacionó de manera baja y positiva con la dimensión de afrontamiento dirigido a la tarea, lo que indica que mientras mayor sea el uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea mayor será la percepción asociada a la calidad de vida que tienen los aspectos psicológicos y sociales. Se puede evidenciar que, según Mayordomo et. al (2015) las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales, que se desarrollan para tolerar, manejar o reducir, las demandas o conflictos que perciba el individuo de su entorno o de sí mismo; y que exceden sus recursos.

Por ello, la forma en la que el adulto mayor enfrenta los estresores de su vida cotidiana fomentará el sentido de optimismo y la autoestima que posea el mismo. Por ello, el afrontamiento dirigido a la tarea permitirá que el individuo pueda tener un mayor sostenimiento en sus relaciones sociales y esté mejor preparado para las situaciones difíciles (Clemente, Tartaglino & Stefani, 2009; Rubio, Rivera, Borges & Gonzales, 2015).

Asimismo, los estudios resuelven que la calidad de vida puede ser definida de dos maneras, positiva y negativa, haciendo énfasis en que la primera se aprecia cuando el individuo cuenta con buenas relaciones familiares, sociales, buena salud y condiciones materiales. Debido a esto, es significativo que el adulto mayor siga teniendo una participación social activa, puesto que la mayoría en esta etapa suelen realizar diversas actividades de índole social, entre ellas círculos de beneficencia, deporte, manualidades, grupos parroquiales, entre otros; además, esto permitirá que el adulto mayor tenga un rol activo perdurable en el tiempo (Rubio et al., 2015; Vivaldi & Barra, 2012).

Por otro lado, la dimensión de capacidad sensorial correlacionó de manera negativa y baja con el afrontamiento dirigido a la tarea. Por ello, un menor uso del afrontamiento dirigido a la tarea estará asociado a una menor percepción de la capacidad sensorial que posea el individuo. En el adulto mayor, la pérdida de sus funciones motrices influye en el bienestar y felicidad que percibe sobre su vida, puesto que, al afectarse su funcionamiento integral, este impide el desarrollo de su autonomía. Debido a esto, la calidad de vida negativa propone que los adultos mayores en diversos casos padecen de limitaciones sensoriales, por lo cual requieren de apoyo o son dependientes de familiares u asistentes. Esta situación, les genera infelicidad y reduce sus redes sociales. Diversas investigaciones han demostrado que las pérdidas de salud, contactos sociales y capacidades funcionales empeoran y deterioran la calidad de vida de este grupo etario (Aponte, 2015; Sena & Moral, 2008; Estrada et al., 2011; Soberanes, González & Moreno, 2009).

Del mismo modo, se demostró que la dimensión de autonomía correlaciona de manera negativa y baja con el afrontamiento dirigido a la tarea, dado que según las características de la muestra se evidencia que se logra afrontar la tarea, pero se requiere de apoyo para lograrlo. Aguerre y Bouffard (2008), resaltan que el apoyo del que disponga el adulto mayor reforzará las estrategias que esté utilizando para confrontar el problema. Esto le permitirá mantener un balance emocional, perseverar una imagen satisfactoria de sí mismo y un sentido de competencia personal. En cuanto al carácter biológico, existe una

mayor frecuencia de enfermedades físicas y discapacidades; y en lo psicológico, el deterioro cognitivo y los sentimientos depresivos, son pérdidas que el adulto mayor tendrá que enfrentar en esta nueva etapa de vida. Por ende, la capacidad que disponga para afrontar dichas problemáticas requiere no solo de sus recursos, sino también del grado de compañía que perciba en su vida, como un sostén que lo ayude a confrontar las disfuncionalidades de la senectud (González & Araujo, 2010).

La dimensión de intimidad correlacionó de manera baja y positiva con el afrontamiento dirigido a la tarea, por ello este puede aumentar o mantenerse según la calidad de intimidad que tengan los individuos en sus relaciones de pareja. Según Arias y Polizzi (2011), se ha identificado que la relación de pareja en el adulto mayor es uno de los vínculos centrales dentro de la red de apoyo social que necesita; además, este le proporciona los mayores niveles de satisfacción. Asimismo, impacta notablemente en su bienestar integral y le provee un sentido de vida a los miembros, aporta retroalimentaciones cotidianas acerca de las desviaciones de salud y propicia una serie de actividades personales que se asocian positivamente con el cuidado y promoción de la salud. Entre las funciones que cumplen dichas relaciones, está el brindar una compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social y ayuda material de servicios, entre otros.

Así también, los avances científicos han asociado una mayor longevidad y calidad de vida con los aspectos de índole relacional, dentro de los cuales se considera la sexualidad, el cual es un indicador de salud mental y bienestar (Guadarrama et al., 2010). No obstante, comparado con el estudio de Córdoba, Aparicio y Rueda (2012), encontraron que existen fuertes creencias y actitudes negativas de este grupo etario, frente a su propia sexualidad. Ellos aplicaron encuestas a 100 personas del estado de Bolívar, Venezuela, obteniendo que el 40% de los participantes brindaban respuestas claras sobre su sexualidad, mientras que el 60% de los participantes daban respuestas negativas sobre dicho tema, expresando respuestas reiteradas, tales como que durante la vejez las relaciones sexuales eran innecesarias, que al avanzar la edad se debe disminuir la intimidad de pareja, dado que no genera placer, son dañinas para salud o resultan ridículas.

El afrontamiento dirigido a la tarea correlacionó de manera baja y positiva con la dimensión muerte y agonía. Debido a esto, una mayor frecuencia en el empleo de esta estrategia se relaciona con un mayor análisis sobre el tema de la muerte. Según Vélez

(2009), se equipará la vejez injustamente con una etapa cargada de problemas físicos, con abundancia de enfermedades y trastornos psicofisiológicos, los cuales influyen en la permanente necesidad de las visitas a hospitales, ya que se tiene la perspectiva de la cercanía a la muerte. Sin embargo, Martínez, Villarreal y Camacho (2008), mencionan que la que la percepción que el adulto mayor tenga de la muerte y las reflexiones sobre la misma es un proceso psicofísico en el que el sujeto transforma sus percepciones sensoriales de acuerdo a la intensidad, motivación, experiencias, expectativas, conciencia sobre el proceso, emoción, cultura y valores. Son importante las reflexiones que se tiene en el imaginario social actual sobre la muerte, sobre todo en el caso del adulto mayor, la disposición que tenga a reflexionar sobre este tema definirá el manejo y enfrentamiento sobre dicho proceso natural.

Finalmente, se encontró que el afrontamiento evitativo correlacionó de manera negativa y baja con la dimensión de muerte y agonía. Es decir, que a mayor uso del afrontamiento evitativo menor será su preocupación por los temas relacionados con la muerte. En la senectud, el adulto mayor comienza a experimentar mayor angustia sobre la aproximación a la inevitable muerte. De tal manera, que dicho tema no es percibido del mismo modo de un ser humano a otro, ni cultural, ni por grupo de edad, ni por religión o nivel socioeconómico. Los estereotipos erróneos que sostiene el ser humano enfocado a una edad determinada para la muerte y el hecho probable de alcanzar ese límite, es un factor angustiante y definitorio, dado que no puede escapar de dicho destino (Martínez, Villarreal & Camacho, 2008). Esto es imprescindible para la calidad de vida que perciba el adulto mayor y las estrategias que tenga para hacer frente al mismo, al ser un tema de gran impacto, será excluido o evitado por el adulto mayor, puesto que la sociedad moderna no admite que sea pensado, hablado y que la persona no actúe como si no se debiera morir. El tema es tenido como tabú en el imaginario social, ya que es percibido como un hecho negativo y como el máximo mal que le puede ocurrir al hombre. Por ello, no es frecuente que los adultos mayores se expresen abiertamente sobre el sentir que tienen a este inminente destino, sino que prefieran evitar dicho tema como manera de confrontarlo (Cardona & Peláez, 2015).

En conclusión, se confirma parcialmente la hipótesis de investigación, puesto que cinco dimensiones de las escalas de calidad de vida correlacionan de manera baja con dos de las tres dimensiones de estrategias de afrontamiento; es decir, la estrategia de

afrontamiento dirigido a la tarea y evitativo correlaciona de manera baja, positiva y negativa con la calidad de vida psicológica/social, intimidad, capacidad sensorial, muerte/agonía y autonomía. Mientras que, en las dimensiones físicas, ambientales y aislamiento/participación, no se hallaron correlaciones significativas con las dimensiones de estrategias de afrontamiento.

En el desarrollo de la investigación se presentaron distintas limitaciones, una de las primeras, los escasos de información sobre la población objetivo en nuestro país, obteniendo muy pocos trabajos que aborden temas similares realizados a nivel nacional. Por otra parte, la recolección de datos e implementación de las pruebas requiere de mayor tiempo, ya que las características de los adultos mayores varían según sus capacidades. Por ello, fue necesario capacitar a otros psicólogos para que puedan trabajar de manera individual con cada persona incluida en la muestra. Del mismo modo, fue un limitante la cantidad de muestra recolectada, por ello; para siguientes investigaciones es importante que el número de individuos sea mayor y equitativo.

No obstante, es cabe mencionar el aporte que brindan los hallazgos obtenidos en esta investigación, dado que las correlaciones encontradas y las características de la muestra fomentarán un mayor desarrollo a futuro desde distintas líneas de atención. Asimismo, desde la psicología; será factible generar programas donde se aborde a nivel integral las necesidades y potencialidades que presenta este grupo etario; promoviendo una mirada más activa del mismo y enfatizando en sus estrategias de afrontamiento.

Como recomendación para futuras investigaciones es preciso realizar estudios cuasi experimentales con dicha población, implementando ambas o una de las variables utilizadas en este trabajo, ya que se podrían recabar datos más consistentes y centrados en la realidad actual peruana. De la misma manera, las investigaciones mixtas podrían ser un gran aporte para la psicología, dado que se ampliaría el bagaje de información que se tiene sobre este grupo etario. Así también, plantear una investigación similar desde un enfoque cualitativo, favorecería las concepciones que se tiene del adulto mayor y de esta etapa de vida en general. Todo ello, con el fin de mellar los estereotipos erróneos y brindarle una mirada integral al adulto mayor peruano.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Quiroz, C. O., Vales García, J. J., Echeverría Castro, S. B., Serrano Encinas, D. M., & García Flores, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Revista Psicología y Salud, 23*(2).
- Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, 22*, 1146-1162.
- Águila-Lagos, D. A. D. (2016). Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios. Tesis de Licenciatura en Psicología, PUCP. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Lima, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7317>
- Alvarado-García, A. M., Maya, S., & María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62.
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Universidad Católica Boliviana: La paz. *Ajayu, 13*(2), 152-182.
- Arias, C. J., & Polizzi, L. (2011). La relación de pareja. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Kairós: Gerontología, 14*, 49-71.
- Arias, J. A. C., Mendieta, M. I. Á., & Restrepo, S. P. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Revista Ciencias de la Salud, 12*(2), 139-155. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología, 29*(3), 1038-1059. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bardales, M., & Perez-Aranibar, C. (2015). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en universitarios de Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de

<http://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R42/Art9.pdf>. doi:
10.21865/RIDEP42_95

- Bonett, D. G. (2002). Sample size requirements for testing and estimating coefficient alpha. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 27, 335-340. doi:
<https://doi.org/10.3102/10769986027004335>.
- Burán, A. (2017). La resiliencia y la relación con la calidad de vida en adultos mayores. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Sede Mendoza. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=resiliencia-relacion-calidad-vida>
- Casani, M., Alina, J., & Quilca Huamani, A. S. (2016). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. Centro de salud Maritza campos Díaz-cerro colorado y centro de salud buenos aires-Cayma. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Enfermería. Arequipa, Perú.
- Cardona-Arango, D., & Peláez, E. (2015). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. Barranquilla, Colombia. *Revista Salud Uninorte*, 28 (2), 335-348.
- Caruso, J.C. & Cliff, N. (1997). An examination of the five factor model of normal personality variation with reliable component analysis. *Personality and Individual Differences*, 23, 317-325. doi: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00020-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00020-2)
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Castaño, E. F., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-254.
- Crespo, M., & Cruzado, J., (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830. Recuperado de

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/proyecto%20apoyo%20epc%202006/instrumentos%20evaluacion/valoracion%20del%20estres/cope/cope_f.pdf

- Clemente, A., Tartaglini, M. F., & Stefani, D. (2009). Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del adulto mayor en distintos Contextos habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 69-75.
- Córdoba, A. M. C., Aparicio, M. J. G., & Rueda, M. L. C. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia*, 6(2), 73-81.
- Cuadra-Peralta, A., Cáceres, E. F. M., & Guerrero, K. J. S. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 57-68.
- De Juanas-Oliva, Á., Limón-Mendizábal, M. R., & Navarro-Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (22), 153-168. doi: 10.7179/PSRI_2013.22.02
- Dueñas, D., Bayarre, H., Triana, E., & Rodríguez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista cubana de medicina general integral*, 25(2), 1-15.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Esteve, N., & Muñoz, M. (2016). Trayectoria hacia la jubilación: condicionantes y consecuencias. *Quaderns de Psicologia*, 18 (1), 7-20. doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1296>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502.

- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33
- Gallagher-Thompson, D., Dupart, T., Liu, W., Gray, H., Eto, T., & Thompson, L. W. (2008). Assessment and treatment issues in bereavement in later life. *Handbook of Emotional Disorders in Later Life: Assessment and Treatment*, 287. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=hE7S8KIZMzWC&oi=fnd&pg=PA287&dq=Assessment+and+treatment+issues+in+bereavement+in+later+life&ots=6I0VQhHYAv&sig=aPZbQB3Xs22oTTYLLvFoWJZVstA#v=onepage&q=Assessment%20and%20treatment%20issues%20in%20bereavement%20in%20later%20life&f=false>
- García Núñez, L. (2012). Desprotección en la tercera edad: ¿Estamos preparados para enfrentar el envejecimiento de la población?. Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú. Editorial Cortolán. Recuperado de http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/46971/n_330.pdf?sequence=1
- González-Celis Rangel, A. L., Viveros, A., & Viridiana, A. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos1. *Rev. Kairós*, 13(1), 167-190.
- González Marques, E. M. (2012). Embellecimiento no Concelho da Guarda. Un estudio sobre Calidad de vida. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=54825>
- González Alonso, J., & Pazmiño Santacruz, M. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(1), 62-67.
- Hernández-Huayta, J., Chávez-Meneses, S., & Carreazo, N. Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 680-688. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2551
- Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G. A., & Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-

- OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 397-405.
- Hernández-Zamora, Z. E. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit*, 15(2), 153-161
- Herrera-Santi, P. M. (2008). Jubilación y vejez, su repercusión en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4), 1-7.
- Sánchez, A., Hidalgo, N., Benavides, H., Gutiérrez, C., & Ruiz, R. (2016). Situación de la población adulta mayor. Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI). Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-mayor-oct-dic2016.pdf.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401- 415.
- Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Martínez-González, L., Villarreal-Ríos, E., & Camacho-Calderón, N. (2008). Percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(1), 31-36.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Mayordomo-Rodríguez, T., Sales Galán, A., Satorres Pons, E., & Blasco-Igual, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(3), 26-32. doi: <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>
- Mejorada, R. E. O., Tufiño, M. A. T., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., Rosas, A. R., & Sosa, J. J. S. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y salud*, 23(1), 55-62.
- Ministerio de salud. (2015). Organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. *MINSA*, 1(62), 1-63.

- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP). (2011). Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- Morán, C., Landero, R., & Eresa-González, M. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Liu, R., Wu, S., Hao, Y., Gu, J., Fang, J., Cai, N., & Zhang, J. (2013). La versión china del módulo de calidad de vida de la organización mundial de la salud: módulo de adultos mayores (WHOQOL-OLD): evaluación psicométrica. *Resultados de salud y calidad de vida*, 11 (1), 156.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.
- Pérez, E. R., & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66.
- Quiroz, C., García, J., Castro, S., Encinas, D., & Flores, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250.
- Rabolini, N. M. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista argentina de humanidades y ciencias sociales*, 7(2).
- Rangel, A. L. G. C. (2009). Calidad de vida en el adulto mayor. *Instituto de Geriatria*, 366-377.

- Ramos, G. (2015). ¡Aquí nadie es viejo!: usos e interpretaciones del Programa Centro del Adulto Mayor-EsSalud de Villa María del Triunfo y las experiencias de envejecimientos de sus usuarios. Universidad Católica del Perú. *Anthropologica*, 37, 139-169. doi: <https://doi.org/10.18800/anthropologica.201602.006>
- Robles, Y., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., Sanez, Y., Padilla, M., & Mejia, O. (2016). Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. *Revista Anales de salud mental*, 26(2), 33-43.
- Rubio D., Rivera L., Borges L., & González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA* (61), 1-7.
- Sena, C. M., & Moral, J. C. M. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312.
- Soberanes, S., González, A., & Moreno, Y. D. C. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172.
- Santos-Roig, M. D. L., & Pérez-Meléndez, C. (2014). Análisis de ítems y evidencias de fiabilidad de la Escala sobre Representación Cognitiva de la Enfermedad (ERCE). *Anales de psicología*, 30(2), 438-449. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.164021>
- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., & Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Revista médica de Chile*, 136(3), 325-333. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007>
- Thumala, D. (2011). Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer. Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias sociales. Universidad de Chile, Chile. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-thumala_d/pdfAmont/cs-thumala_d.pdf
- Uribe, A., Rodríguez, F., Orbegozo, L., Valderrama, J., Linde, J., & Molina, M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.

- Urquijo S., Monchietti A. & Krzemin D., (2008). Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: Rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores. *Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, España*. 2(24), 299-311.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2013). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Revista médica de Chile*, 141(12), 1547-1554. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200008>
- Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24.
- Vélez, M. D. C. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. Ensayos: *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96.
- Ventura-León, J. L., & Caycho, T. (2017). Q de Cohen: Comparación de Correlaciones entre Muestras Independientes en base a Urzúa et al. *Revista médica de Chile*, 145(3), 411-412. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300020>
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Canales de la Facultad de Medicina*. 3(68), 284-290.
- Vilchis, M. (2014). Coeficiente de variación. Sistema de Universidad Virtual. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 1-5. Recuperado de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Lic_virt/Mercadotecnia/DMKT010/Unidad%203/36_doc_coeficiente_de_variacion.docx
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

Apéndice A. Cuestionario COPE28

Instrucciones

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.

Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

Opciones de respuesta:

0= Nunca hago esto

1= Hago esto un poco

2= Hago esto bastante

3= Siempre hago esto

ITEMS	0 Nunca hago esto	1 Hago esto un poco	2 Hago esto bastante	3 Siempre hago esto
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.				
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				

7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me critico a mí mismo.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
ÍTEMS	0 Nunca hago esto	1 Hago esto un poco	2 Hago esto bastante	3 Siempre hago esto
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito.				
21. Aprendo a vivir con ello.				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23. Expreso mis sentimientos negativos.				

24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

Apéndice B. WHOQOL-OLD

CUESTIONARIO WHOQOL-OLD

Versión Española

Instrucciones

Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona mayor de la sociedad.

Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las **dos últimas semanas**.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto ha estado preocupado/a sobre el futuro en las dos últimas semanas. Así, hará un círculo en el número 4 si usted se ha preocupado sobre su futuro “Bastante”, o un círculo en el número 1 si usted se ha preocupado “Nada” sobre su futuro. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la respuesta de cada pregunta que mejor le corresponda.

Gracias por su ayuda

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas, por ejemplo, libertad de elegir y sentimientos de control en su vida. Si usted ha experimentado estos hechos extremadamente haga un círculo en el número de “Extremadamente”. Si usted no ha experimentado estos hechos, haga un círculo en el número de “Nada”. Usted debe hacer un círculo en los otros números si su respuesta se encuentra entre “Nada” y “Extremadamente”. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F25.1 ¿En qué medida la alteración de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F25.3 ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F26.1 ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F26.2 ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F26.4 ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F29.2 ¿En qué grado está preocupado/a sobre la manera en que morirá?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F29.3 ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F29.4 ¿En qué grado está asustado/a de morir?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F29.5 ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida usted experimenta **al completo** o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso. Si ha sido capaz de hacer estas cosas totalmente, haga un círculo en el número de “Totalmente”. Si usted no ha sido capaz de hacer estas cosas, haga un círculo en el número de “Nada”, o en los números intermedios si quiere indicar una respuesta que esté entre “Nada” y “Totalmente”. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F25.4 ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su capacidad para relacionarse con los demás?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F26.3 ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer ?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F27.3 ¿En qué medida está satisfecho/a con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F27.4 ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F28.4 ¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas a hacer cada día?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F27.5 ¿En qué grado está satisfecho/a con lo que ha conseguido en la vida?

Muy insatisfecho/a 1	Insatisfecho/a 2	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3	Satisfecho/a 4	Muy satisfecho/a 5
-------------------------	---------------------	---	-------------------	-----------------------

F28.1 ¿En qué grado está satisfecho/a de la manera que utiliza su tiempo?

Muy insatisfecho/a 1	Insatisfecho/a 2	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3	Satisfecho/a 4	Muy satisfecho/a 5
-------------------------	---------------------	---	-------------------	-----------------------

F28.2 ¿En qué grado está satisfecho/ con su nivel de actividad?

Muy insatisfecho/a 1	Insatisfecho/a 2	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3	Satisfecho/a 4	Muy satisfecho/a 5
-------------------------	---------------------	---	-------------------	-----------------------

F28.7 ¿En qué grado está satisfecho/a con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?

Muy insatisfecho/a 1	Insatisfecho/a 2	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3	Satisfecho/a 4	Muy satisfecho/a 5
-------------------------	---------------------	---	-------------------	-----------------------

F27.1 ¿En qué grado está contento/a con las cosas que es capaz de tener ilusión?

Muy descontento/a 1	Descontento/a 2	Ni contento/a ni descontento/a 3	Contento/a 4	Muy contento/a 5
------------------------	--------------------	--	-----------------	---------------------

F25.2 ¿Cómo puntuaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?

Muy mal 1	Mal 2	Ni mal ni bien 3	Bien 4	Muy bien 5
--------------	----------	---------------------	-----------	---------------

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

F30.2 ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?

Nada 1	Un poco 2	Lo normal 3	Bastante 4	Extremadamente 5
-----------	--------------	----------------	---------------	---------------------

F30.3 ¿En qué medida experimenta amor en su vida?

Nada 1	Un poco 2	Lo normal 3	Bastante 4	Extremadamente 5
-----------	--------------	----------------	---------------	---------------------

F30.4 ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?

Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
-----------	--------------	---------------	---------------	-----------------

F30.7 ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado/a?

Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
-----------	--------------	---------------	---------------	-----------------

Apéndice C. WHOQOL-BREF

VERSION ESPAÑOLA DEL WHOQOL-BREF.

BARCELONA (CENTRO WHOQOL)

Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas.

Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Gracias por su ayuda

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

GRACIAS POR SU AYUDA

Apéndice D. Ficha sociodemográfica

Ficha sociodemográfica

Edad: _____

Sexo:

- Femenino
 Masculino

Nivel de Escolaridad:

- Ninguna
 Primaria completa
 Primaria incompleta
 Secundaria completa
 Secundaria incompleta
 Superior completa
 Superior incompleta

Estado civil:

- Soltero
 Casado
 Viudo
 Separado
 Conviviente

Ocupación:

Cuanto tiempo está jubilado: _____

Realiza algún tipo de actividad al aire libre: (especifique)

Con quienes vives:

- Con su familia
 Con otros
 Vive solo

Quien sustenta los gastos de casa:

Si padece algún tipo de enfermedad (puede marcar más de una opción):

- Diabetes
 Hipertensión (Hipo)
 Artrosis
 Colesterol
 Problemas Visuales

Alzheimer

Párkinson

Osteoporosis

Sordera

Ninguna

Otras enfermedades (de ser crónicas especificar el nombre y su gravedad):

Dispone de atención de otras personas:

- Sí
 No

Especifique:

Nivel socio-económico:

- Alto
 Medio alto
 Medio
 Medio bajo
 Bajo

Tengo una alta autoestima:

- Muy de acuerdo
 De acuerdo
 En desacuerdo
 Muy en desacuerdo
 Entre uno y otro

Puedo hacer frente a las dificultades (problemas) que se me presentan:

- Muy de acuerdo
 De acuerdo
 En desacuerdo
 Muy en desacuerdo
 Entre uno y otro

**Pienso que tengo buenas
cualidades:**

-)Muy de acuerdo
-)De acuerdo
-)En desacuerdo
-)Muy en desacuerdo
-)Entre uno y otro

¿Me gusta como soy?

-)Muy de acuerdo
-)De acuerdo
-)En desacuerdo
-)Muy en desacuerdo
-)Entre uno y otro

Apéndice E. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por la Srta. Amalia Leguia Cerrón. La meta de este estudio cuyo objetivo es conocer la relación entre los componentes de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores de Lima Metropolitana.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en tres cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. No hay ningún problema ni riesgo que pueda causar esta actividad.

Comprendo que en mi calidad de participante voluntario puedo dejar de participar en esta actividad en cualquier momento. También entiendo que no se me realizará, ni recibiré algún pago o beneficio económico por esta participación.

Si usted tiene deseos de conocer los resultados generales de la investigación, puede contactar con la autora al siguiente correo: u201314041@upc.edu.pe o número telefónico: 936552010

Desde ya le agradecemos cordialmente su participación.

() **SI ACEPTO** participar voluntariamente en esta investigación.

Firma : _____

Fecha : _____

() **SI ACEPTO** participar voluntariamente en esta investigación.

Firma : _____

Fecha : _____

Apéndice F. Matriz factorial de la Escala WHOQOLD-BREF

	Factor			
	1	2	3	4
Breff9	.735			
Breff8	.677			
Breff10	.647	-.315		
Breff6	.579			
Breff7	.556			
Breff5	.541			
Breff11	.530			
Breff15	.497			
Breff21	.421			-.263
Breff26	-.386			
Breff14	.281			
Breff4		.737		
Breff3	-.385	.421		
Breff22	.273	.344		-.281
Breff23			-.780	
Breff24			-.736	
Breff25			-.536	
Breff12			-.280	
Breff18				-.766
Breff19				-.676
Breff17				-.672
Breff20				-.630
Breff16		.264		-.496
Breff13				-.253

Nota: Rojo= Ambiente, Verde= Físicas, Naranja= Psicológicas, Azul= Relaciones sociales

Apéndice G. Matriz factorial de la Escala WHOQOLD-OLD

	Factor					
	1	2	3	4	5	6
who19	.608					
who14	.403					
who24		-.888				
who22		-.853				
who23		-.846				
who21		-.775				
who13						
who16			.726			
who15			.703			
who17			.604			
who18			.470			
who1				.782		
who10				.727		
who2				.704		
who20	.494			-.617		
who3					-.808	
who5					-.523	
who11					-.497	
who12					-.400	
who4					-.384	
who7						.855
who8						.806
who6						.714
who9						.621

Nota: Amarillo= Capacidad Sensorial, Azul= Autonomía, Verde= Actividades pasadas, Morado= Participación/aislamiento, Naranja= Intimidad, Rojo= Muerte y Agonía.