



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO DURANTE LA VEJEZ

Autor: M^a Victoria Esquivias Luesia
Director: María Angustias Roldán Franco

Madrid

Mayo, 2015

Ma Victoria
Esquivias
Luesia

CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO DURANTE LA VEJEZ



Calidad de Vida y Apoyo Social Percibido durante la vejez

Resumen

El presente estudio tuvo como primer objetivo comparar y analizar el apoyo social percibido y el lugar de residencia entre personas mayores entre 75 y 90 años, con un primer grupo que vive en residencias de tercera edad (n=30), un segundo grupo que vive en sus domicilios acompañados (n=30), y un tercer grupo que vive en sus domicilios solos (n=30). Como segundo objetivo se relacionó la calidad de vida y el apoyo social percibido con la misma muestra en su conjunto. Se realizó un estudio transversal y se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario OMS WHQOL-BREF, y el apoyo social percibido mediante el cuestionario Duke-UNC. Los resultados mostraron niveles similares de apoyo social percibido en los tres grupos y se obtuvo una relación positiva entre la calidad de vida y el apoyo social percibido. Se discuten los resultados obtenidos y se proponen nuevas líneas de investigación que promuevan el envejecimiento activo.

Palabras clave: Envejecimiento, Envejecimiento activo, Calidad de vida, Apoyo Social

Abstract

The main goal of this study was to compare and analyze the perceived social support and place of residence among elderly people from 75 to 90 years old. The first group of this sample lived in a nursing home (n=30), the second one lived accompanied in their own homes (n=30), and the third one lived alone at their home (n=30). The second goal of the study correlated the quality of life and perceived social support in the same sample. A transversal study was done and the quality of life was evaluated by using the OMS WHQOL-BREF questionnaire. The perceived social support was determined by the Duke-UNC questionnaire. The study's results showed similar levels of perceived social support in the three groups, and a positive correlation was found between quality of life and perceived social support. The results obtained in the study are discussed, and new lines of investigation that could promote active ageing are brought forward.

Key words: Ageing, Active Ageing, Quality of Life, Social Support

Introducción

El envejecimiento es una etapa dentro del ciclo de la vida en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque el envejecimiento sea un proceso universal, durante el mismo existe una gran variabilidad interindividual que hace que cada persona envejezca de una forma o de otra (Saavedra, 2011).

Dependiendo de los factores mencionados, podemos distinguir tres niveles dentro del proceso del envejecimiento:

Desde un *nivel biológico*, durante la vejez aparece una pérdida progresiva en la capacidad de adaptación, es decir, hay un deterioro en el organismo que afecta a las funciones del mismo. El deterioro aumenta la probabilidad de padecer enfermedades tanto físicas como mentales que incapacitan a la persona en sus diferentes áreas. La presencia de enfermedad física afecta al plano psicológico y el deterioro en las capacidades psicológicas incide en el plano físico. En el año 2012, el Instituto Nacional de Estadística registró que el número de personas mayores de 65 años en España con un grado de discapacidad física y psíquica superior al 33% era de 1.089.786.

Desde un *nivel cognitivo*, durante el proceso del envejecimiento, aparece un declive en ciertas capacidades mentales como en algunos aspectos del funcionamiento de la memoria, especialmente aparece un deterioro en la memoria explícita, que requiere de un esfuerzo voluntario para recordar (Hultsch y Dixon, 1990), y en la velocidad de procesamiento de la información (Saavedra, 2011). Las capacidades cognitivas empeoran y en ocasiones pueden aparecer enfermedades neurodegenerativas que producen demencia; una enfermedad frecuente entre la población anciana es el Alzheimer.

Desde este nivel se recoge la importancia de la educación y del nivel de actividad física y mental durante toda la vida. Los hábitos de vida y la experiencia personal tienen influencia sobre la genética, y esta a su vez su vez favorece el que una persona sea más vulnerable a verse afectada por una determinada enfermedad física o mental. Unos hábitos de vida saludables, como por ejemplo tener una alimentación variada o realizar ejercicio físico de forma habitual, y una experiencia positiva donde la persona se sienta satisfecha consigo misma, son factores de protección que ayudan a disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad (Saavedra, 2011).

Desde un *nivel social*, durante la etapa de la vejez se experimentan grandes cambios que producen estrés y malestar (como la jubilación, la pérdida de seres queridos, el cambio en los ingresos económicos etc...), y que suponen una adaptación por parte del anciano ya que inciden directamente sobre su estado emocional (Saavedra, 2011).

Estamos viviendo una época en la que se están produciendo diversos cambios demográficos en los que destaca el mayor envejecimiento de la población española y el descenso de la natalidad. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, actualmente en España hay 8.500.000 de personas que tiene más de 65 años, es decir, el 18% de la población total. Por otro lado, las predicciones estadísticas señalan que la proporción de población anciana aumenta cada año haciéndose necesario el darle a la misma la importancia y la atención que requiere.

Durante las últimas décadas, el envejecimiento de la población se ha caracterizado por un aumento de la esperanza de vida, sin embargo, la autonomía de la persona mayor se ve perjudicada al mismo tiempo que la dependencia de la misma también aumenta. Aunque las personas vivamos durante más tiempo, los problemas de salud o la probabilidad de que aparezcan enfermedades o problemas físicos y psíquicos se incrementan, lo que incide negativamente sobre la calidad de vida.

El envejecimiento lleva consigo una serie de cambios tanto poblacionales como personales que afectan al propio individuo en cuanto al apoyo social percibido por el mismo.

Durante la vejez, las personas se enfrentan a experiencias que afectan a su propio bienestar; entre dichas experiencias se encuentran los cambios de residencia, la menor participación en la sociedad, la mayor vulnerabilidad ante los acontecimientos inesperados, la incorporación de la mujer al mundo laboral, las transformaciones de los patrones conyugales, el fallecimiento de la pareja o de los amigos cercanos, la independización de los hijos y las consecuencias de la misma, que supone un menor contacto con los mismos, y la jubilación, que también limita la relación más constante con los compañeros del trabajo. Todos estos cambios afectan a la disponibilidad de una red social de apoyo haciendo que se pueda incrementar el sentimiento de soledad y el aislamiento social (Rioseco, Quezada, Ducci y Torres, 2008).

Aparte de las experiencias personales, hay que tener en cuenta importantes variables sociodemográficas que inciden en el bienestar del anciano (Rubio, Blasco, Comín, Martínez, Magallón y García, 2012).

El *estado de salud previo*, es decir, la presencia de enfermedad física o psíquica empeora el bienestar del anciano. La *edad*, ya que a más edad existe un mayor deterioro en las funciones físicas y psíquicas y por tanto una mayor dependencia lo que produce un empeoramiento en la calidad de vida. El *sexo*, sabiendo que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres; según el INE, en el año 2012 la esperanza de vida para las mujeres es de 85 años mientras que para los varones es de 79,3 años. El *estado civil*; existe un mayor aislamiento social

y sentimiento de soledad en las personas solteras y viudas que en aquellas que tienen pareja. El *lugar de residencia*; en diversos estudios como el de Herreo y Gracia (2005) y el de Fernández-Ballesteros (1998) concluyen que el nivel de autonomía física y el nivel de apoyo social en aquellas personas que viven institucionalizadas son más bajos que en aquellas que viven en su propio domicilio. El *nivel sociocultural* también influye, las personas con estudios superiores suelen tener una posición media o alta en la clase social y suelen disponer de una buena renta, lo que beneficia a su calidad de vida a la hora de poder atenderla (Castro, 1997 y Fernández-Ballesteros, 1998). Por último, los *hábitos de vida* saludables como una buena alimentación y la presencia de ejercicio físico favorecen también el bienestar de la persona.

Por otro lado, en un estudio realizado por Apiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García y Alvear (2002), encontraron que la mala percepción de la salud y por tanto de la calidad de vida, se asocia con ser mujer, ser mayor de edad, tener un bajo nivel educativo y tener deterioro cognitivo o demencia.

La investigación llevada a cabo por Castro, Campero y Hernández (1997), concluye que una mala salud física y mental se relaciona con la edad, la pobreza, el desempleo, la clase social baja, un bajo apoyo social.

En líneas generales, decimos que durante la vejez se experimenta un deterioro en la salud, tanto física como mental, al mismo tiempo que se experimenta un deterioro económico. Además, durante esta etapa se vive la experiencia de pérdida de seres queridos (como la pareja, los amigos, los compañeros...) lo que hace que debiliten las redes sociales (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003). La pérdida de relaciones sociales implica en muchas ocasiones también una pérdida de roles, de recuerdos, incluso una pérdida de la propia identidad. Llegados a este punto, la motivación para crear vínculos sociales es baja y por tanto la tendencia al aislamiento se vuelve mayor.

Existen prejuicios basados en que el anciano solamente es demandante de recibir ayuda, sin embargo, poco a poco se están generando cambios respecto a esta idea. Cada vez son más las teorías y las políticas que promulgan el papel activo del anciano dentro de la sociedad. La participación social de los adultos mayores se relaciona con la contribución a la sociedad y a la propia calidad de vida, lo que significa que existe un proceso activo durante el envejecimiento.

La Organización Mundial de la Salud (2012) define el *envejecimiento activo* como “el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que

las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo” (Vicente, 2011, p.80).

El envejecimiento activo es “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en actividades recreativas, actividades con carácter voluntario o remunerado, actividades culturales y sociales, actividades educativas, actividades de la vida diaria en familia y en la comunidad” (Vicente, 2011, p.81).

Con un envejecimiento activo, la persona anciana tiene la posibilidad y la capacidad de contribuir y participar por y para la sociedad, haciendo a su vez que se potencien los sentimientos de valía y de autonomía, tan importantes y necesarios durante toda la vida y especialmente durante la vejez.

Ante los diferentes cambios que aparecen en la vejez (físicos, psicológicos, y sociales) surgen nuevas necesidades y nuevos problemas, por lo que también es importante que existan y que se creen nuevas formas o alternativas para tratar de solucionarlos.

Por todo ello es fundamental que los nuevos servicios y los nuevos proyectos para el sector de la población anciana estén orientados a su calidad de vida. Para ello se procura atender a diferentes frentes como por ejemplo aumentar el papel activo del anciano, mantener y cuidar la autoestima, respetar los deseos y las decisiones personales, combatir el aislamiento fomentando la parte social e impulsar el intercambio de actividades y experiencias entre las diferentes generaciones (Domínguez, 2014).

La calidad de vida y el apoyo social, son conceptos entendidos, estudiados y explicados de forma diferente dependiendo de los diferentes autores, aunque, en diversas ocasiones, se habla de lo mismo con distinta terminología. En base a la literatura encontrada, se puede decir que mientras que la variable apoyo social no tiene sinónimos, en el caso de la variable calidad de vida se entiende y se operativiza también como sinónimo de salud, de bienestar o de ajuste biopsicosocial. Esto se puede afirmar por la definición y la operativización de los propios conceptos en los artículos y libros encontrados; por lo tanto, dependiendo de los autores, en ocasiones se utilizará o un término u otro.

Es importante saber que el apoyo social percibido es una variable que forma parte de una de las dimensiones de la calidad de vida y por tanto es un indicador de la misma (Fernández-

Ballesteros, 1998). Dentro de calidad de vida, salud, bienestar o ajuste biopsicosocial, el componente apoyo social es imprescindible.

CALIDAD DE VIDA

Concepto de Calidad de Vida:

Según la OMS (1948) la salud es un componente multidimensional que se define como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de trastorno o enfermedad”. La salud se entiende “desde una perspectiva positiva, multidimensional e integral incluyendo bienestar físico y subjetivo, participación e integración social teniendo en cuenta el potencial de cada individuo y su capacidad de adaptación a contextos diferentes” (OMS, 2009, p.1)

La salud desde un punto de vista *objetivo* hace referencia a las enfermedades diagnosticadas y a la gravedad de las mismas, mientras que la salud desde un punto de *vista subjetivo*, o también denominado estado de salud percibido, se basa en la propia valoración que hace la persona sobre su salud; desde este último punto de vista se tienen en cuenta factores psicológicos y sociales (Warner y Willis, 2003). Además, también hablamos de *bienestar psicológico* “como indicador del funcionamiento positivo del individuo que posibilita el desarrollo de sus capacidades y por tanto de su crecimiento personal” (Ryff y Singer, 2008).

Basándonos en Giusti (1991), la calidad de vida se define como “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas” (Mora, Villalobos, Araya, y Ozols, 2004, p.3).

Según Fernández-Ballesteros (1998), la calidad de vida es un concepto que se puede analizar a partir de los siguientes indicadores: el *estado mental*, es decir, la presencia o no de deterioro cognitivo o de demencia; la *salud*, mediante la percepción subjetiva e indicadores objetivos; las *habilidades funcionales*, como la independencia o la capacidad de realizar actividades de la vida diaria; el *nivel de actividad y actividades de ocio*, conociendo el tipo de ocio, la frecuencia de la actividad, la presencia de otras personas en la actividad, y el grado de satisfacción que produce el realizarla; la *integración social*, teniendo en cuenta el tamaño de la red y la satisfacción en las redes interpersonales; la *satisfacción con la vida*, valorando tres dimensiones: la propia personalidad, la satisfacción en el momento presente, y la satisfacción comparativa asociada a la edad; la *calidad ambiental*, haciendo referencia a las características del lugar de residencia; las *condiciones económicas actuales*; y las *condiciones educativas y culturales* relacionadas con el nivel de estudios a lo largo de la vida. Es decir, la calidad de vida de las personas resulta de la interacción de múltiples factores.

En la misma línea, Apiazu et al. (2002), consideran que la calidad de vida es un concepto en el que interactúan múltiples factores físicos, psicológicos y sociales, y que estos factores no se pueden delimitar ya que unos se ven influenciados con los otros.

Según el artículo de Herrero y Gracia (2005), se entiende que el ajuste biopsicosocial depende de variables indicadoras como la autoestima, el ánimo depresivo, la percepción de la salud física y las redes sociales de apoyo disponibles.

Autores como Jonhson y Wolinsky (1993) consideran que la calidad de vida depende en mayor medida del estado de la salud física. La enfermedad y la discapacidad condicionarían y limitarían la autonomía de la persona, al mismo tiempo que afectarían negativamente en la propia percepción de la salud, es decir, en la salud subjetiva. Sin embargo, otros autores como Badia (1995), consideran que la calidad de vida depende de las diferentes dimensiones de la vida de las personas, y enfatizan la importancia del bienestar subjetivo percibido por el propio individuo.

Lo que parece claro es que la calidad de vida está determinada por las características del individuo y por el ambiente en el que vive, por ello es importante, especialmente con la población de la tercera edad, atender al entorno de la persona teniendo presente aquello que facilita y mejora la calidad de vida de la misma.

Como ya se ha mencionado, con la vejez, empeora la salud física y al aumentar la probabilidad de que aparezcan enfermedades, por lo que la autonomía de las propias personas puede quedar claramente perjudicada pudiendo llegar a ser dependientes de otras personas, por ello es importante atenderla, ya que se trata de un componente fundamental en la calidad de vida. Además de la autonomía, algunas investigaciones como la de Apiazu et al. (2002) han encontrado que las variables de la calidad de vida más importantes en las personas de tercera edad son las relaciones familiares y los contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica.

Por otro lado, es importante tener en cuenta variables que forman parte de la calidad de vida como la capacidad de control, el ser productivos y el tener metas; estas variables forman parte del crecimiento personal, y por tanto del propio bienestar. El sentirse necesitado y por tanto la sensación de poder aportar algo de uno mismo, es decir, el ser productivo, es un sentimiento que produce bienestar (Crohan y Antonucci, 1989). Esto último se relaciona con el envejecimiento activo, un proceso en el que la persona se siente necesaria a la hora de contribuir y participar en la sociedad.

APOYO SOCIAL

Diversas *variables psicosociales* influyen en la mejora de la salud y son claves a la hora de realizar intervenciones en la población. A continuación se explicarán brevemente cada una de

ellas para saber en qué consisten, sin embargo, de entre todas ellas nos centraremos de forma especial en la variable apoyo social.

Entre estas variables se encuentran: el *control percibido*, definido como “el grado en el que la persona advierte que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen tales acciones”; la *autoeficacia*, como “la evaluación que realiza la persona acerca de su capacidad para poner en práctica con éxito una conducta necesaria para lograr un resultado”; las *creencias acerca de la enfermedad* por parte de la persona; determinadas *actitudes* que influyen en la prevención e intervención en la salud como por ejemplo el autocuidado; el *afrentamiento* ante una determinada situación que suponga un problema, dicha variable permite a la persona adaptarse a la situación, tener un rol activo y compensar las pérdidas; y finalmente, la variable de interés de estudio, el *apoyo social*, que favorece la salud física y psicológica (Warner y Willis, 2003).

Existen evidencias empíricas que demuestran la importancia que supone el apoyo social en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. No solamente se aprecian mejorías en las condiciones objetivas, como puede ser en lo material e instrumental, sino que también tiene un impacto importante en la dimensión emocional (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (Heikkinen, 1989), afirman que una vida socialmente activa durante la vejez mejora la calidad de vida al incrementar la satisfacción personal y la capacidad funcional de la persona.

En la línea de la satisfacción personal y del sentirse productivo, la Teoría de la Actividad (Havisingurt, 1963) sostiene que mantenerse activo y comprometido con la sociedad durante la vejez es beneficioso para el bienestar psicológico y por tanto para la calidad de vida. Pertenecer y participar en actividades sociales hace que aparezcan sentimientos de gratificación, de reconocimiento, de afiliación y de realización personal que producen una sensación de bienestar psicológico (Ferrada y Zavala, 2014).

Concepto de Apoyo Social:

El apoyo social es una variable que ha sido muy estudiada por los investigadores.

Según Khan y Antonucci (1980), el apoyo social se entiende como “el conjunto de transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (como se citó en Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2003, p.48), y cuando habla de transacciones, se refiere al conjunto de redes donde se intercambian recursos, acciones e información.

Las redes sociales son los contactos personales a través de los cuales la persona recibe apoyo emocional y ayuda material, y además suponen una identidad social en el propio individuo.

En 1977, Walker definió las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información” (como se citó en Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2003, p.40).

Para Kaplan (1974) el apoyo social son “los lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona”(como se citó Vega y González, 2009, p.4).

Maguire (1980) destaca el carácter preventivo del apoyo social de cara al estrés y otros problemas que pueden aparecer en la vida (como se citó en Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2003, p.40). En la misma línea, Beigel, Naparsteck y Khan (1980) rescatan la importancia del apoyo social en situaciones de crisis en la vida (como se citó Vega y González, 2009, p.4).

Para entender bien el concepto de apoyo social, es importante conocer sus diferentes dimensiones; Veiga (1987) afirma que existen dos:

La *dimensión estructural*, que son las características cuantitativas y objetivas de la red de apoyo social, que hace referencia al número de personas de la red, su procedencia y el rol de relación; es decir, a su tamaño, a la densidad, a la dispersión geográfica, así como a las características de cada vínculo social. La *dimensión funcional*, que se basa en la apreciación subjetiva que hace la persona sobre la intensidad, la calidad y la disponibilidad del apoyo que recibe. En esta dimensión se hace una valoración de los efectos que produce un determinado vínculo social y se aprecia el grado de satisfacción.

Respecto a las dimensiones, investigaciones como la de Guzmán et al.(2003) señalan la importancia de lo que significan y aportan las relaciones, es decir, el énfasis se pone en la calidad, la utilidad y la funcionalidad más que la cantidad.

Además, diversos estudios revelan que el apoyo social ayuda a que las personas se adapten mejor a los cambios que le pueden suponer un riesgo en sus vidas como los acontecimientos vitales estresantes, y que carecer de dicho apoyo social puede suponer ser más vulnerable a padecer un trastorno físico, mental o social. Según Gottlieb (1993), el apoyo social tiene beneficios emocionales y efectos en la propia conducta de las personas (como se citó en Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2003, p.40).

Es importante tener en cuenta el concepto que forma parte de apoyo social, que es la reciprocidad. La reciprocidad es un mecanismo de intercambio social (afectivo, material, informativo...) que forma parte del funcionamiento de las relaciones sociales y que permiten

crear continuidad, permanencia y sentimiento de pertenecía en las propias relaciones (Sánchez, 2010).

Se ha demostrado que los vínculos sociales positivos favorecen el bienestar, mientras que los negativos lo amenazan, ya que el mismo apoyo social se relaciona negativamente con la enfermedad, con el estrés y con la muerte prematura. Por otro lado, el declive funcional se asocia a una baja participación en actividades sociales.

El apoyo social es un concepto multidimensional. Según Barrera(1980),cabe diferenciar dentro del concepto tres componentes: el *grado de integración social* del individuo en un grupo; el *apoyo social percibido*, que se basa en la confianza que se tiene en que la red social está disponible si ésta se necesita en algún momento, y *el apoyo social recibido*, que se basa en las acciones que otras personas realizan, para ayudar o asistir a un tercero (como se citó en Castro, Campero, y Hernández, 1997, p.427).

Existen diferentes *clasificaciones del apoyo social* dependiendo de la variable que se tenga en cuenta. Las variables de interés que se relacionan con el apoyo social son: el contexto, la procedencia, y la transacción.

Teniendo en cuenta la variable *contexto*, podemos diferenciar tres tipos de apoyo (Vega y González, 2009).

En el *macro-nivel*, el apoyo comunitario, que es el soporte social del individuo dentro de un sistema social. En el *meso-nivel*, que son las redes sociales o los sistemas que son vínculos que se caracterizan por brindar afecto y apego a los demás. En el *micro-nivel*, que son los vínculos íntimos informales en los que en la relación aparece la confianza y el compromiso; en este nivel, cuando una de las personas necesita ayuda, la otra se siente en parte responsable del cuidado y del bienestar de la misma.

Si nos centramos en la variable *procedencia* del apoyo, es decir, las fuentes del apoyo, podemos hablar de los siguientes apoyos:

El *apoyo formal*, que es un cuidado realizado por profesionales especializados que cobran por ello, y puede provenir de instituciones públicas o de servicios privados (por ejemplo, la seguridad social, o residencias privadas de tercera de edad). La organización de dicho apoyo es burocrática y se caracteriza por estar formada por profesionales que pretenden llevar a cabo unos determinados objetivos.

Cuando el anciano tiene un nivel elevado de dependencia o su discapacidad excede la capacidad de ayuda por parte de su entorno, finalmente el mismo entorno, normalmente la familia, suele recurrir a servicios de apoyo formal para poder atenderle.

El *apoyo semi-formal* está formado por organizaciones que prestan ayuda a los ancianos y cuyos servicios son menos burocráticos que los formales; como por ejemplo los organismos religiosos y comunitarios no gubernamentales.

El *apoyo informal* es un cuidado que lo dan de forma voluntaria las personas que forman parte de la red social del anciano. Se basa en redes personales y comunitarias no estructuradas. El apoyo que se da y se recibe por parte de la red social informal puede ser material, informativo, estratégico o emocional. El apoyo informal lo brindan las personas significativas para la persona y suele estar formado por personas presentes en la vida cotidiana, como los amigos, los familiares o los vecinos. Para el apoyo informal es independiente el que reciban o no dinero a cambio de ello.

Estudios como los de Sánchez (2000) afirman que la familia parece ser la red social que más apoyo, atención y protección otorga en las situaciones más difíciles por lo que constituye una institución primaria de apoyo. El cónyuge y los hijos son los que suelen asumir la responsabilidad en el cuidado del anciano (como se citó en Sánchez, 2010, p.19).

Las amistades durante toda la vida son una fuente de valor en el plano emocional y social, incluso a veces puede suponer ser la institución primaria de apoyo por el alto grado de apoyo que le puede suponer a la persona. Los vínculos de amistad producen satisfacción y bienestar, y se caracterizan por el intercambio de intereses comunes y de experiencias, así como el compartir de forma conjunta tiempos y espacios de ocio.

El apoyo formal y el informal no son excluyentes sino que pueden coexistir entre ellos. Todo depende del contexto social, económico y político del anciano

Y por último, teniendo en cuenta la variable *transacción* el apoyo, éste puede ser de diferentes tipos:

El *apoyo material*, que es la ayuda tangible y material como los recursos monetarios y no monetarios; el *apoyo instrumental*, como el transporte, la ayuda en el hogar, el cuidado o acompañamiento; el *apoyo emocional*, que provee sentimientos de afecto como el cariño, la empatía, la confianza, la seguridad, y que permite asumir una actitud positiva durante el padecimiento de una enfermedad; y el *apoyo cognitivo*, que tiene un carácter informacional, como el intercambio de experiencias, de consejos... (Guzmán et al. 2003).

CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL

Existen dos modelos que explican la relación apoyo social y calidad de vida (Barrón, 1996; Cohen y Wills, 1985; Cohen et al., 2000; Gracia, Herrero y Musitu, 1995, 2002; Rodríguez, 2001).

El primero es el modelo del *efecto principal o directo*, y afirma que el apoyo social favorece la salud física y mental independientemente de la presencia de estrés, favoreciendo al mismo tiempo el cambio de conductas en las personas. La relación entre apoyo social y salud es directamente proporcional.

El segundo modelo es el del *efecto amortiguador*, que tiene un efecto protector en las personas defendiéndolas de los estresores que puedan aparecer. Desde este modelo el apoyo social tiene un efecto rehabilitador en el bienestar.

A pesar de la diferencia entre las hipótesis, ambos modelos no son excluyentes sino compatibles. El apoyo social tendría un efecto favoreciendo el bienestar de la persona al mismo tiempo que actuaría como protector ante el estrés. Es decir, el apoyo social es una variable que favorece la calidad de vida.

Varios son los autores que sostienen la positiva influencia del apoyo social en la calidad de vida; según Cassel y Cobb (2005) el apoyo social facilita las conductas adaptativas y tiene un efecto favorable para la salud. Una alta satisfacción en cuanto al apoyo social percibido durante la enfermedad, permite una mejor adaptación a la misma y por tanto una mejor estrategia de afrontamiento. Crohan y Antonucci (1989) consideran que existe una relación entre apoyo recibido, relaciones de amistad, y bienestar”, y Chen y Snyder (2001), Craney (1985), Krause (1987), en sus diferentes estudios señalan la influencia de la disponibilidad y satisfacción de la red de apoyo social en la percepción de la propia salud.

El apoyo social se relaciona positivamente con las estrategias de afrontamiento, el control del estrés ante la presencia de enfermedad, la disminución de la ansiedad y de la depresión así como la motivación a establecer y cuidar los vínculos sociales (Vega y González, 2009).

ENVEJECIMIENTO Y LUGAR DE RESIDENCIA

Las personas de tercera edad viven, o bien en residencias (privadas, concertadas o públicas), o bien en un domicilio solas, o bien en un domicilio pero acompañadas. Normalmente, este último grupo de personas o vive con su pareja, o con familiares, o con alguna persona cuya relación sea afectiva, si no, algunas viven con algún cuidador que les brinda el apoyo que necesitan.

La calidad de vida y el lugar de residencia donde la persona anciana vive, son variables que están relacionadas. Según Fernández-Ballesteros (1998), el lugar de residencia es una de las variables predictivas de la calidad de vida, es decir, influye sobre ella.

Las personas que viven en instituciones/residencias, en ocasiones suelen tener escasas relaciones sociales por lo que su apoyo social percibido es bajo. Según los datos del INE, en el año 2012 en España, 270.000 personas viven en residencias para personas mayores.

Muchas veces la opción de internar a la persona mayor en una residencia es la última, y en ocasiones dicha opción no es voluntaria por parte de la persona. Todo ello genera negativismo y escasos sentimientos de control sobre su propio bienestar, lo que crea a su vez un ambiente en el que las personas que viven en la residencia no se sienten responsables de crear un clima prosocial, y por tanto, las conductas prosociales quedan enterradas primando la pasividad dentro de los propios residentes (Berman-Rossi, 1994; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

Estudios comparativos como el de Herreo y Gracia (2005) entre población que vive en residencias y población que vive en el domicilio, concluyen que los ancianos que viven en las residencias tienen un pobre y bajo ajuste biopsicosocial y que esto se debe a un escaso apoyo social.

En un estudio realizado por Fernández-Ballesteros (1998) se concluye que los ancianos que viven en su propio domicilio tienen mayor integración social y mayor satisfacción con sus relaciones personales que los ancianos que viven en instituciones públicas y privadas.

Estudios como el de Domínguez (2014) realizados con personas mayores, relacionan la desvinculación de la red de apoyo y por tanto la disminución del bienestar, con el mayor uso de servicios de apoyo formal y el aumento de la institucionalización.

La ausencia del apoyo social en el anciano que está institucionalizado es mayor que los que viven acompañados en su propio hogar o en el hogar de algún ser cercano ya sea familia o amigo.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con la investigación se realiza un estudio transversal que pretende alcanzar dos objetivos:

El primer objetivo consiste en conocer y comparar cómo es el apoyo social percibido en adultos entre 75 y 90 años en tres condiciones: viviendo en residencias de tercera edad, viviendo en un domicilio acompañados (cuya relación se basa en un apoyo instrumental, emocional y cognitivo) y viviendo solos en un domicilio.

Como segundo objetivo del trabajo, se pretende relacionar y analizar el apoyo social percibido y la calidad de vida en adultos mayores entre 75 y 90 años.

HIPÓTESIS

Respecto al primer objetivo, nos planteamos las siguientes hipótesis:

- 1.1. El apoyo social percibido es mayor en ancianos que viven en su propio domicilio acompañados que el apoyo social percibido de aquellos ancianos que viven en sus propios domicilios solos o en residencias.
- 1.2. Se encuentran diferencias de apoyo social percibido entre personas que viven en su propio domicilio solos y personas que viven en residencias

Respecto al segundo objetivo, nos planteamos la siguiente hipótesis:

2. La calidad de vida será mayor en la población que tiene un alto apoyo social percibido que en la población que tiene un bajo apoyo social percibido.

Además, de todo lo encontrado en la literatura nos planteamos la siguiente hipótesis que se relaciona el apoyo social percibido.

3. Las personas que realizan alguna actividad de ocio tendrán mayor apoyo social percibido que las personas que no realizan ninguna actividad.

Método

Participantes

La muestra está formada por tres grupos de personas mayores entre 75 y 90 años de edad que viven en la Comunidad de Madrid. El tamaño de la muestra total fue de N=60.

El primero grupo está formado por 20 participantes que pertenecían a la condición de vivir en residencias, el segundo grupo está formado por otros 20 participantes que pertenecían a la segunda condición de vivir en un domicilio acompañados (cuya relación se base en un apoyo instrumental, emocional y cognitivo), y el tercer grupo estaba formado por 20 participantes que pertenecían a la condición de vivir en un domicilio solos.

Finalmente el estudio evaluó 60 ancianos, de los cuales un 78,3% fueron mujeres y un 21,7 % fueron hombres. La edad media de la muestra fue de 80,73 años.

Para poder participar en la investigación era necesario tener entre 75 y 90 años de edad, y tener una puntuación mayor de 24 en el test de Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein (1945) para poder descartar deterioro cognitivo o demencia.

Instrumentos de medida

Además de evaluar las variables objeto de estudio, Calidad de vida y Apoyo social percibido, también se registraron las siguientes variables socio-demográficas: sexo; edad; estado civil; número de hijos; formación académica; nivel socioeconómico; hábitos de vida, en los que se obtiene información sobre la alimentación, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, y la presencia y el tipo de actividad física; acontecimientos vitales estresantes (como fallecimiento de un cónyuge, fallecimiento de un ser querido, divorcio, presencia de alguna enfermedad etc.).

A su vez se registraron otras variables sociodemográficas relacionadas con la variable Apoyo social percibido: el número de personas de la familia en las que puede confiar; el número de amigos en los que puede confiar; la frecuencia semanal de hacer visitas a amigos o familiares; la frecuencia semanal de recibir visitas de amigos o familiares; el número de veces a la semana que hablan por teléfono con amigos o familiares; el tiempo diario que la persona pasa acompañada; la participación en actividades de ocio y el tipo de las mismas.

A su vez, a los participantes de la investigación se les pidió que dijeran el motivo por el cual vivían solas en su propio domicilio o en una residencia; y a las personas que vivían acompañadas se les pidió que nos dieran información acerca de cómo era la relación con las personas que vivían teniendo la posibilidad de categorizarla como muy mala, mala, normal, buena o muy buena.

Se recogieron los datos de las variables sociodemográficas y las relacionadas con el apoyo social de todos los participantes para conocer información que no aparecía en los cuestionarios de calidad de vida y de apoyo social percibido. Además, la información que se obtuvo se pudo relacionar con las variables objeto de estudio. No obstante, no toda ella pudo ser utilizada por cuestiones de espacio y de tiempo de la investigación, pero se sugiere que puede ser relevante para futuras investigaciones relacionadas con la temática.

Para evitar sesgar la investigación, los participantes tenían que tener un buen funcionamiento cognitivo, es decir, era importante controlar la ausencia de demencia o de deterioro cognitivo. Para ello se utilizó el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein (1945) que evalúa cinco áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje.

En el estudio de Ramírez, Moncada y Baptista (2011) se concluyó que la validez de contenido del MMSE era muy buena ya que fue de 0.8903. A su vez, la confiabilidad de consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach que fue de 0.8007, es decir, muy bueno.

Para evaluar el Apoyo social percibido se pasó el Cuestionario Duke-UNC que consta de 11 ítems y cuyas respuestas son cuantitativas.

En el estudio de Ayala et al. (2012), se analizan las propiedades psicométricas del Cuestionario Duke-UNC según la teoría clásica de los tests (aceptabilidad, consistencia interna, validez interna, validez convergente, validez discriminativa y precisión) y análisis Rasch.

Los resultados fueron los siguientes: las puntuaciones medias \pm desviación estándar fueron de $44,95 \pm 8,9$. El α de Cronbach fue 0,94. El análisis Rasch identificó con un buen ajuste al modelo. A lo que se concluye que el cuestionario, con algunas modificaciones, cumple las asunciones del modelo. Según la teoría clásica de los tests, tiene buena consistencia interna para comparación de personas. También presenta validez de constructo satisfactoria.

En el estudio de Rivas-Diez (2013), también se analizan las propiedades psicométricas del cuestionario. La puntuación media fue de 42,50 (DT = 9,60; rango = 13-55). Se llevó a cabo el análisis de la fiabilidad utilizando el α de Cronbach y se encontró un valor α de 0,90.

Los resultados confirman la bidimensionalidad del instrumento y una consistencia interna, por lo que el cuestionario es fiable y válido.

Para evaluar la Calidad de vida se pasó a los participantes el Cuestionario Calidad de Vida de la OMS WHOQOL-BREF que consta de 26 ítems y sus respuestas con cuantitativas. El WHOQOL-BREF es una versión de 26 ítems de la evaluación del WHOQOL-100.

En el estudio de Espinoza (2011), se analizan las propiedades psicométricas del cuestionario llegando a la conclusión de que el mismo tiene una buena consistencia interna con un α de Cronbach de 0,88.

En el estudio de Skevington (2004), también se analizan las propiedades del cuestionario llegando a la conclusión de que la consistencia interna que fue de 0,7, las correlaciones ítem-total, la validez discriminante y validez de constructo mediante análisis factorial, indican que el WHOQOL-BREF tiene buena fiabilidad y buena validez. Los resultados indican que el WHOQOL-BREF es un buen instrumento para la evaluación de la calidad de vida, centrándose en sus cuatro dominios: físico, psicológico, social y medio ambiente.

Procedimiento

Para la recogida de los datos, primero se acordó una cita con los participantes y después se pasaron los cuestionarios. En el caso de los ancianos que vivían en residencias, se acudió a la residencia San Luis de los Franceses en Madrid. En el caso de los ancianos que vivían en sus domicilios, la recogida de datos se realizó, o bien en sus casas, o bien en algún punto de encuentro como en la parroquia.

A la hora de pasar los cuestionarios, se les informó a los participantes sobre la confidencialidad de los datos y su anonimato, sobre el carácter voluntario de la participación y la posibilidad de abandono si así lo quisieran, se les pidió sinceridad a la hora de contestar a las preguntas, se les agradeció su participación, y les recordamos nuestra disponibilidad para resolver cualquier duda acerca del estudio o de los cuestionarios. Además, si algún participante tenía algún tipo de problema visual y no podía leer bien el contenido de los cuestionarios, se le leyó en voz alta las preguntas.

La primera recogida de datos fue la de las variables sociodemográficas, el segundo cuestionario que se pasó fue el Mini Mental State Examination (MMSE), el tercero fue Cuestionario Calidad de Vida de la OMS WHQOL-BREF, y el cuarto fue el Cuestionario Duke-UNC.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas y los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 20.

Análisis de datos

Primero se realizó el estadístico Alpha de Cornbach para obtener el valor de la fiabilidad de los instrumentos utilizados en la investigación.

Posteriormente, analizamos los datos descriptivos de la muestra en relación a las variables sociodemográficas y a las variables objeto de estudio.

Durante todo el estudio, el valor crítico de significación fue de 0,05. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% considerándose significativos valores inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se contrastó la hipótesis de normalidad de toda la muestra en cuanto al Apoyo social percibido total y la Calidad de vida total.

Para contrastar la primera hipótesis, se realizó el supuesto de normalidad de las escalas de la variable Lugar de residencia mediante el estadístico de Shapiro-Wilk. Además, utilizamos los estadísticos de asimetría y curtosis para comprobar si realmente se cumplía o no normalidad en dichos subgrupos.

A continuación, se realizó el contraste de homogeneidad de varianzas en cuanto al Apoyo social percibido mediante el estadístico de Levene.

Finalmente, se contrastó la primera hipótesis, mediante el estadístico de contraste ANOVA de 1 factor para comparar medias. Para ello, se relacionó la variable dependiente Apoyo social percibido con la variable independiente Lugar de residencia formada por tres niveles: vivir en residencia, vivir solo en su propio domicilio y vivir acompañados en su domicilio. El estadístico

nos permitió encontrar las diferencias o similitudes existentes entre los tres niveles de la variable.

Para contrastar la segunda hipótesis, se utilizó el estadístico de contraste Correlación de Pearson para relacionar la variable dependiente Calidad de vida con la variable independiente Apoyo social percibido con todos los participantes de la muestra. El estadístico nos permitió saber si existía asociación lineal o no entre las dos variables.

Para contrastar la tercera hipótesis, se realizó el supuesto de normalidad de las escalas de la variable Actividades de ocio mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov y el de Shapiro-Wilk. Además, utilizamos los estadísticos de asimetría y curtosis para comprobar si realmente se cumplía o no normalidad en dichos subgrupos.

A continuación, se realizó el contraste de homogeneidad de varianzas en cuanto a la variable Actividad de ocio mediante el estadístico de Levene.

Finalmente, se contrastó la tercera hipótesis, mediante el estadístico de contraste t-de student para muestras independientes relacionando la variable dependiente Apoyo social percibido con la variable independiente Actividad de ocio. El estadístico nos permitió saber si existía relación entre ambas variables.

Resultados

Fiabilidad

El estadístico Alpha de Cornbach nos informa de la fiabilidad del instrumento. Esto quiere decir, en qué medida nuestro instrumento mide lo que pretendemos medir. Consideraremos un índice Alpha de Cronbach como aceptable a partir de 0.6 y bueno a partir de 0.8

En el caso del cuestionario OMS WHQOL-BREF que mide Calidad de vida, la fiabilidad ha resultado ser 0.853. En el caso del cuestionario Cuestionario Duke-UNC que mide Apoyo social percibido, la fiabilidad fue de 0.853.

Descriptivos

El estudio consideró las respuestas de 60 adultos entre 75 y 90 años, de los cuales el 78,3% eran mujeres y el 21,7 % hombres. La formación académica que predominó fue la de estudio de

estudios primarios con un 41,7% seguida de la de estudios secundarios con un 28,3%. El mayor nivel socio-económico fue el nivel medio con un 38,3% seguido del nivel medio-alto con un 33,3%. El estado civil que predominó fue el de viudez con un 58,3% seguido del de casado 23,3%. El tipo de actividad física más frecuente fue caminar con un 50%, seguida de varios tipos de actividad (como taichí o baile) con un 15%. Por otro lado, el 80% afirma tener algún tipo de actividad de ocio. Además, el 73,3% de los participantes afirmaron haber vivido algún acontecimiento vital estresante en los últimos cinco años.

Respecto a las variables cuantitativas, se obtuvieron las medias y desviaciones típicas de otros datos como el número de hijos ($3,11 \pm 2,51$); el número de familiares de confianza ($5,1 \pm 2,2$); el número de amigos de confianza ($3,18 \pm 2,36$); el número de visitas que hacen a la semana ($1,96 \pm 1,73$); el número de visitas que reciben a la semana ($2,56 \pm 1,87$); el número de veces que hablan por teléfono a la semana ($5,71 \pm 1,95$); las horas que pasan acompañados al día ($4,69 \pm 2,07$); y los hábitos de vida saludables ($19,15 \pm 3,2$).

Respecto a las variables objeto de estudio se obtuvieron las siguientes medias y desviaciones típicas: el Apoyo percibido total ($43,46 \pm 8,65$) y la Calidad de vida total ($95,39 \pm 12,01$).

Prueba de normalidad

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se contrastó la hipótesis de normalidad para el Apoyo social percibido total obteniendo un p-valor (0,073), y para la Calidad de vida total obteniendo un p-valor (0,317); por lo que la muestra cumple el supuesto de normalidad para las dos variables.

Contraste de la primera hipótesis

Primero se realizó la prueba de normalidad mediante el estadístico de Shapiro-Wilk. Respecto al Lugar de residencia, se obtuvo que el único grupo “solo en domicilio” cumplía el supuesto de normalidad con un p-valor (0,325) en la variable Apoyo social percibido. Sin embargo, se contrastaron los estadísticos de asimetría y curtosis con los grupos “residencia” y “acompañado en domicilio” para comprobar si realmente en estos grupos no se cumplía normalidad como nos indicaba este estadístico.

Finalmente, en el grupo “residencia” el estadístico de asimetría fue de -1,31 y el de curtosis 2,16, mientras que en el grupo “acompañado en domicilio” el estadístico de asimetría fue de -1,56 y el de curtosis 2,39. Aunque ambas curvas tienen un poco de asimetría negativa y curtosis positiva, estos estadísticos se encuentran dentro del criterio para considerar que la curva es

normal. Por lo tanto, todos los grupos de Lugar de residencia cumplen normalidad en la variable Apoyo social percibido.

Posteriormente se utilizó el estadístico de contraste de Levene para saber si existía o no homogeneidad de varianzas respecto al Lugar de residencia en la variable Apoyo social percibido, y se obtuvo un p-valor (0,132) por lo que decimos que existe igualdad de varianzas.

Finalmente, se evaluó el Apoyo social percibido dependiendo del Lugar de residencia mediante el contraste estadístico ANOVA de un factor.

La significación ($p = 0,404$) asociada al estadístico de contraste (F) es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis nula de igualdad de medias. No se encontraron diferencias de medias significativas entre los tres grupos de Lugar de residencia; ANOVA, $F(2, 57) = 0,922$; $p > 0,05$).

No obstante, podemos observar que existen diferencias en la medias entre los tres niveles de Tipo de residencia: en “residencia” ($41,5 \pm 8,15$), “solo en domicilio” ($45,2 \pm 6,05$) y “acompañado en domicilio” ($43,7 \pm 11,05$). El tamaño de la muestra nos va a limitar los análisis.

Tabla 1: Resultados de la primera hipótesis

	Residencia		Solo en domicilio		Acompañado en domicilio		ANOVA		
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	F	P	gl
Apoyo social percibido	41,5	8,15	45,2	6,05	43,7	11,05	0,922	0,404	57

Contraste de la segunda hipótesis

Respecto a la segunda hipótesis, se relacionó la Calidad de vida y el Apoyo social percibido mediante la correlación de Pearson.

La significación ($p = 0,001$) asociada al estadístico de contraste (Correlación de Pearson) es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la relación es igual a cero. Hemos encontrado una relación positiva entre Apoyo social percibido y Calidad de vida. Al aumentar el Apoyo social percibido, se incrementa a su vez la Calidad de vida. Por lo que diremos que la relación ($r = 0,417$) entre las variables es significativa (Pearson, $n=60$; $r= .417$; $p<0,05$).

Tabla 2: Resultados de la segunda hipótesis

	Apoyo social percibido total
Calidad de vida total	N=60; r=0,417; p<0,05 (p = 0,001)

Contraste de la tercera hipótesis

Primero se realizó la prueba de normalidad. Teniendo en cuenta el número de sujetos, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para el grupo que “sí realizaba actividades de ocio” obteniendo un p-valor (0,02) y se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para el grupo que “no realizaba actividades de ocio” obteniendo un p-valor (0,01). En ambos casos la significación asociada al estadístico de contraste es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de normalidad para ambos grupos en la variable Apoyo social percibido total. Sin embargo, vamos a comprobar este supuesto a través de la asimetría y la curtosis para asegurarnos de que realmente no existe normalidad.

Finalmente, en el grupo “sí realizan actividades de ocio” el estadístico de asimetría fue de -1,38 y el de curtosis 3,28, mientras que en el grupo que “no realizan actividades de ocio” el estadístico de asimetría fue de -1,54 y el de curtosis 2,02. Aunque ambas curvas tienen un poco de asimetría negativa y curtosis positiva, estos estadísticos se encuentran dentro del criterio para considerar que la curva es normal. Por lo tanto, todos los grupos de Realizar actividades de ocio cumplen normalidad en la variable Apoyo social percibido.

Posteriormente se utilizó el estadístico de contraste de Levene para saber si existía o no homogeneidad de varianzas respecto a Realizar actividades de ocio en la variable Apoyo social percibido, y se obtuvo un p-valor (0,755) por lo que decimos que existe igualdad de varianzas.

Finalmente, se evaluó el Apoyo social percibido dependiendo de sí o no Realizar actividades de ocio mediante la Prueba t de Student.

La significación (p = 0,425) asociada al estadístico de contraste (t) es mayor a 0,05 por lo que mantenemos la hipótesis nula de igualdad de medias para los dos grupos de Realizar actividades de ocio en la variable Apoyo social percibido total.

No se encontraron diferencias de medias significativas entre los dos grupos de Realizar actividades de ocio. t-Student, $t(58) = 0,80$; $p > 0,05$.

No obstante, podemos observar que existen diferencias en la medias de Apoyo social percibido entre los que “sí realizan actividades de ocio” ($43,91 \pm 8,41$) y los que “no realizan actividades de ocio” ($41,66 \pm 9,74$). El tamaño de la muestra nos va a limitar los análisis.

Tabla 3: Resultados de la tercera hipótesis

	Sí realizan actividades de ocio		No realizan actividades de ocio		t-Student		
	Media	DT	Media	DT	t	P	gl
Apoyo social percibido	43,91	8,41	41,66	9,74	0,80	0,425	58

Discusión

No hemos encontrado resultados que nos puedan permitir confirmar la primera hipótesis. Con la *primera hipótesis* esperábamos encontrar por un lado, que el apoyo social percibido en los ancianos que viven acompañados en sus domicilios fuera significativamente mayor que en aquellos que vivían o solos o en residencias; y por otro lado, también esperábamos encontrar que hubiera diferencias significativas en cuanto al apoyo social percibido entre las personas que viven en su propio domicilio solos y las personas que viven en residencias.

En las investigaciones encontradas que han analizado el apoyo social durante la vejez, se han realizado estudios comparativos entre ancianos que viven en domicilios y ancianos que viven en residencias de tercera edad. En ellas se sostiene que los ancianos que viven en sus domicilios tiene mayor apoyo social (Herreo y Gracia, 2005), mayor integración social y satisfacción con las relaciones personales (Fernández-Ballesteros, 1998), mayor vinculación y contacto con la red de apoyo social (Domínguez, 2014), y mayor sensación de responsabilidad a la hora de crear un clima prosocial (Berman-Rossi, 1994; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996), que aquellos ancianos que viven en las residencias.

En la misma línea, otros investigadores como Rioseco, Quezada, Ducci y Torres (2008) sostienen que durante la vejez, los ancianos experimentan grandes cambios en sus vidas como por ejemplo el cambio de residencia, que influyen en el sentimiento de soledad y en el aislamiento social.

En los resultados de la investigación, nos hemos encontrado que el grupo de ancianos con mayor apoyo social percibido es el que vive solo en su domicilio seguido del grupo que vive acompañado en domicilio y terminando con el grupo que vive en residencias. Sin embargo, nos hemos encontrado que las diferencias en cuanto al apoyo social percibido en los tres grupos poblacionales de las personas mayores no son significativas, por lo que decimos que, independientemente de las medias y en contra de lo esperado con la hipótesis inicial, no existe relación entre el apoyo social percibido y el lugar de residencia en la muestra que ha participado en el estudio.

Es importante tener en cuenta que, aunque las diferencias no sean significativas, el grupo con la media de apoyo social percibido más bajo es el de los ancianos que viven en residencias. Recordemos que la literatura sostiene que el apoyo social formal, el apoyo realizado por profesionales remunerados, está muy presente en las instituciones (Vega y González, 2009), y que a su vez, aparece una desvinculación de la red de apoyo social informal, el apoyo con carácter voluntario y no remunerado (Domínguez, 2014). Es decir, encontramos cierta asociación en cuanto que el grupo de ancianos que vive en residencias tendría mayor apoyo social formal pero menor apoyo social informal que los grupos de ancianos que viven en domicilio, sin embargo, los cuestionarios que se han utilizado no discriminan la procedencia formal o informal del apoyo social percibido.

Como veremos a continuación, consideramos que existen ciertas limitaciones en el estudio como el tamaño de la muestra o la participación en centros de ocio de gran parte de los ancianos que viven solos, que han podido influir en los resultados de la primera hipótesis.

Los resultados de la primera hipótesis también se relacionan con los de la tercera hipótesis, que tampoco hemos podido confirmarla. Con la *tercera hipótesis* esperábamos encontrar que el apoyo social percibido fuera significativamente mayor en los ancianos que sí realizan actividades de ocio que en los ancianos que no las realizan.

Realizar actividades de ocio es beneficioso a la hora de sentirse acompañado y para el propio bienestar de la persona. En los espacios de ocio aparecen vínculos sociales entre los que pueden llegar a surgir vínculos de amistad, que son relaciones en las que se brinda y se recibe apoyo emocional y social (Sánchez, 2010).

Con las actividades de ocio se produce un intercambio social de apoyo y de intereses comunes entre las personas que participan en ellas. Dicho intercambio está basado en un apoyo informal en el que prima el apoyo emocional o afectivo y el apoyo cognitivo con carácter más informativo (Guzmán, 2003). En el intercambio está presente la reciprocidad, un mecanismo que produce sentimientos de continuidad, de permanencia y de pertenencia en los miembros de

un mismo grupo social (Sánchez, 2010). Ferrada y Zavala (2014), también afirmaron que participar en actividades sociales produce sentimientos de afiliación que son beneficiosos para la persona.

Por otro lado, y acorde a la Teoría de la Actividad de Havisburg (1963), los ancianos que realizan actividades de ocio y que se mantienen activos y comprometidos con su grupo social, se sienten mejor consigo mismos. Tal y como afirma Fernández-Ballesteros (1998) en sus investigaciones, realizar actividades de ocio con relativa frecuencia, mantener un nivel de actividad alto, e integrarse en la sociedad, produce sentimientos gratificantes y de satisfacción personal.

En nuestra investigación, aunque el grupo de ancianos que sí que realiza actividades de ocio tiene una media de apoyo social percibido mayor que los que el grupo de ancianos que no las realizan, analizando los resultados nos hemos encontrado que las diferencias entre ambas medias no son significativas, por lo que no existiría relación entre el apoyo social percibido y realizar actividades de ocio.

Al igual que con la primera hipótesis y como veremos más adelante, tenemos en cuenta que el estudio parte de ciertas limitaciones que han podido influir en los resultados de la tercera hipótesis.

Respecto a nuestra segunda hipótesis, sí que hemos encontrado resultados que nos han permitido confirmarla. Con la *segunda hipótesis*, esperábamos encontrar que la calidad de vida sería mayor en los ancianos que tienen un alto apoyo social percibido que en aquellos que tienen un bajo apoyo social percibido.

La calidad de vida y el apoyo social percibido son dos conceptos fusionados e integrados el uno con el otro. Recordemos que en las meras definiciones de calidad de vida o de bienestar psicológico y físico, la participación y la integración social forman parte de las mismas (OMS, 2009).

Algunos autores conceptualizan el apoyo social como un indicador de la calidad de vida; este es el caso de Fernández-Ballesteros (1998), que considera que la integración social y la satisfacción con las redes sociales son indicadores de una buena salud física y psicológica, o Warner y Willis (2003) que afirman que el factor psicosocial es un factor fundamental para la salud subjetiva.

En diversas investigaciones se sostiene que el apoyo social percibido y la calidad de vida son dos variables que mantienen una relación significativa: Cassel y Cobb (2005) consideran que el apoyo social facilita la aparición de conductas adaptativas y de buenas estrategias de

afrontamiento durante enfermedad, y que a su vez, tiene una influencia positiva en la calidad de vida de la misma; Crohan y Antonucci (1989) consideran que existe una importante relación entre el apoyo recibido, las relaciones de amistad, y el bienestar; y Chen y Snyder (2001), Craney (1985), Krause (1987), señalan que una buena percepción de la propia salud se asocia con la buena disponibilidad y la satisfacción de la red de apoyo social del individuo.

En los resultados de la investigación, nos hemos encontrado que existe una relación positiva entre las dos variables objeto de estudio, obteniendo finalmente que, a mayor apoyo social percibido en los participantes, mayor y por tanto, mejor, es su calidad de vida. Es decir, podemos confirmar la segunda hipótesis.

Por otro lado, es importante recordar los modelos de Barrón (1996), Cohen y Wills (1985), Cohen et al. (2000), Gracia, Herrero y Musitu, (1995, 2002) y Rodríguez (2001), que explican cómo es la relación que existe entre las dos variables.

Sí el foco lo ponemos en el modelo de *efecto principal o directo*, consideraríamos que el apoyo social que es percibido por los participantes, favorecería su calidad de vida independientemente de la presencia o no de estrés.

Si el foco lo ponemos en el modelo del *efecto amortiguador*, entenderíamos que el apoyo social percibido les ayudaría a defenderse de los efectos dañinos de los estresores que aparecen en sus vidas.

Como ya se ha mencionado en la justificación teórica, ambos modelos no son excluyentes sino más bien compatibles, y el apoyo social puede tener un efecto beneficioso para la salud, y protector de cara al estrés.

Con los resultados encontrados en la primera y en la tercera hipótesis que no relacionan ni lugar de residencia ni realizar actividades de ocio con el apoyo social percibido, creemos que es importante tener en cuenta variables que han supuesto *limitaciones* en el estudio y que consideramos que han influido en los resultados de ambas:

Dadas las condiciones del estudio, el tamaño de la muestra era reducido ya que cada uno de los tres grupos de participantes estaba formado por 20 personas, por lo que la representatividad poblacional era baja.

Por otro lado, respecto a la primera hipótesis, durante el procedimiento nos encontramos dificultades a la hora de encontrar participantes que formaran parte de la condición vivir solos, por lo que acudimos a lugares donde pudiéramos encontrar participantes que cumplieran dicha condición. Estos lugares eran los centros culturales de personas mayores y las parroquias, y en los mismos, se realizan actividades de ocio de diversa índoles para personas mayores. Entre dichas actividades se encuentran: merendar, asistir a conferencias sobre algún tema que les

pueda interesar como por ejemplo el envejecimiento activo, realizar dinámicas y talleres para trabajar la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento, hacer excursiones o visitas culturales, o hacer actividades físicas como gimnasia o taichí.

Como sostiene Saavedra (2011), durante la vejez, las redes y las relaciones sociales van cambiando y se experimentan pérdidas de seres queridos que suponen un malestar y cambios en el estado emocional. Todo ello supone una nueva adaptación o nuevos ajustes en las relaciones sociales de apoyo. En lugares como los centros para personas mayores o las parroquias, se reúnen varias personas que comparten espacios de tiempo y de ocio y que acaban estableciendo relaciones de compañía o de amistad.

Por todo ello, contemplamos la posibilidad de que en el grupo de los participantes que vivían solos en sus domicilios que acuden a centros donde hay otras personas con las que comparten tiempo y espacios de ocio, reciben un buen apoyo social informal, lo que podría explicarnos los resultados del estudio. Recordemos que el apoyo informal brinda muchos tipos de apoyos, entre ellos, el emocional (Vega y González, 2009).

Sin embargo, como hemos mencionado con anterioridad, es importante tener en cuenta que en nuestro estudio no hemos distinguido cuál es la procedencia del apoyo social percibido en todos los participantes. Creemos que podría ser interesante para *futuras líneas de investigación*, distinguir si el apoyo social percibido en los ancianos se basa en un apoyo formal o informal, ya que aunque ambos son importantes para los ancianos, ambos otorgan apoyos diferentes, como el emocional o el instrumental, y por lo tanto podrían tener una repercusión distinta en cuanto al apoyo social percibido.

Con todo ello, queremos favorecer y señalar el envejecimiento activo que promueve la OMS, destacando la posibilidad y la capacidad que tienen las personas mayores en aprovechar las oportunidades que se les presenta durante su vida manteniéndose activos físicamente, socialmente y mentalmente (Vicente, 2011).

La participación en diferentes actividades comunitarias de ocio promueve el establecimiento y el cuidado de relaciones sociales, y a su vez, son positivas para la estimulación física y mental del anciano. Dicho de otra forma, realizar actividades de ocio incrementa el apoyo social y la calidad y de vida, y promueve por lo tanto, el envejecimiento positivo, activo, y saludable.

Con el presente estudio atendemos de manera especial el apoyo social en la población anciana que tiene una influencia importante en el bienestar de la persona que no se puede minimizar. Creemos que es fundamental concienciar a la sociedad de lo que supone la presencia del apoyo social en la salud física y psicológica en las personas, y más concretamente, en el anciano.

Se pretende que la sociedad sea partícipe y activa a la hora de dar y de recibir apoyo social, incentivando y promoviendo al mismo tiempo un mayor acercamiento entre las personas, especialmente entre la población joven y la anciana.

Referencias

- Ayala, A., Rodríguez, C., Frades, B., Forjaz, M., Martínez, P., Fernández, G. y Rojo, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4)317-324.
- Apiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, C., García, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6)683-699.
- Borglin, G., Jalobsson, U., Edberg, A., y Rahm, I. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health Social Care community*, 17(2)1-23.
- Caley, M. y Lee, M. (2009). Social support, Networks, and happiness. *Today's Research on Aging*, 17(1)1-6.
- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B. y Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(1)9-14.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre al apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4)425-435.
- Dols, J., Carrera, P., Oceja, y Berenguer, J. (2004). *Tratado de Psicología Social*. Madrid: Síntesis Psicología
- Domínguez, C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index de Enfermería* (edición digital). 1998, 23. Disponible en n <http://www.index-f.com/index-enfermeria/23revista/23_articulo_15-21.php> Consultado el 19 de Octubre de 2014
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M., Carrasco, R. y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista de médica de Chile* 139(5)579-586.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A.M., Ordóñez, J., Osorio, J.J. y Chavarriaga, L.M. (2010). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1)81-94.

Fernández-Ballesteros, R. (1998) Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *La psicología en España*, 2(1)57-65.

Fernández, J. y García, A. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6(1)39-47.

Ferrada, L. y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y Enfermería*, 20 (1)123-130.

Gutiérrez, T. (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza

Guzmán, J., Huenchuan., S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. En CELADE-División, Participación, ciudadanía e inclusión social; 51 Congreso Internacional de Americanistas

Hernández, S., Pozo, C. y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes. *Boletín de Psicología*, 80 (1)79-96.

Herrero, J. y Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14(1)41-50.

Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública y Educación para la Salud*, 3(1)28-33.

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1(1)1-12.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Documentos Básicos. Disponible en <http://www.who.int/es>. Consultado el 14 de Octubre del 2014.

Ramírez, C., Moncada, C. y Baptista, T. (2011). Validez y confiabilidad de Minimal State Examination (MMSE) y del MMSE Modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en Mérida, Venezuela. *MedULA*, 20, 128-135.

Rivas, R. (2013). Apoyo Social Funcional en mujeres de la población general y en mujeres maltratadas chilenas. Propiedades psicométricas del Duke-UNC-11. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación/e Avaliação Psicológica*, 36(2)9-27.

Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 años y más en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3)393-405.

Rubio, E., Blasco, G., Comín, M., Martínez, T., Magallón, R. y García, J. (2012). Salud mental y relaciones sociales en población mayor rural. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(5)239-247.

Saavedra, C. (2011). Riesgos psicológicos asociados al envejecimiento y factores de protección. *CES Colegio Universitario Cardenal Cisneros*, 29,1-4.

Sánchez, C. (2010). Participación social de las personas adultas mayores y redes. *III Congreso Internacional de Gerontología (1-29)* San José, Costa Rica: Universidad de Puerto Rico

Santesteban, I., Pérez, F., Hechevarría, N. y García, N. (2009). Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. *Correo Científico Médico de Holguín*, 13(2).

Skevington, S., Lotfy, M. y O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

Triadó, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza

Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8 (2) 1-11.

Vicente, J.M. (2011). *El envejecimiento activo*. Madrid: Imerso

Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2)1-38.

Warner, K., y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Pensilvania: Posadas

Zavala, M., Posada, S. y Cantú, R. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 4(12)116-126.