

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Como se cree, acercarse al tema de la tercera edad en nuestra sociedad no es fácil ya que, en forma inmediata, se ponen en juego una gama de conceptualizaciones, mitos y prejuicios, donde el ser adulto mayor es pertenecer a una franja de población desvalorizada, a veces negada en una cultura que no prepara a las personas para asumir la tercera edad como una etapa más del ciclo vital.

Las nuevas tecnologías y avances científicos en los campos de las diversas ciencias y disciplinas, especialmente dentro de la biología y la medicina, *“han resultado en aumentar considerablemente la expectativa de vida”*, por lo que *“la población en determinados rango de edades, se ha duplicado o cuadruplicado”*, en comparación a períodos anteriores.

Sin embargo, este aumento en la expectativa de vida, en la mayoría de los casos, no se equipara con una mejora en la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo si nos referimos a países como el nuestro. Es por ello que, tomar conciencia de la realidad que viven día a día el sector de la tercera edad implica poder visualizar a un grupo en riesgo creciente, por los altos índices de longevidad actuales y a los que se proyecta llegar, en condiciones sociales y culturales desfavorables.

Esta toma de conciencia, involucra a la vez reconocer el amplio espectro de cuestiones socioculturales que recaen sobre el adulto mayor en el orden de lo concreto, palpable y desde lo simbólico o invisibilizado, de las que muchas de ellas pueden estar penalizadas y castigadas, o pueden pasar a ser parte de la amplia naturalización de las conductas abusivas que existen en lo cotidiano.

Paralelamente, supone la construcción de un sujeto que se va objetivizando, a partir de los mandatos sociales y de la cultura, en un alguien prejuiciosamente enmarcado

en adjetivaciones negativas de quejoso, manipulador o demandante. Lo que lleva a pensar en cuáles son los lugares que va conjugando el adulto mayor, para mantener su identidad y dignidad como persona, y transitar esta última etapa del ciclo vital.

Añadido a esto, se observa que para el grupo familiar las posibilidades que tienen de cumplir con la histórica función de contención, apoyo y cuidado de sus miembros adultos mayores pasa a ser cada vez de mayor peso, cuando no imposible, ante lo cual como una posible respuesta se observa la aparición, cada vez más creciente de los hogares o residencias geriátricas.

Y aunque nuestro país, y más aún nuestro departamento se definen como no internistas, también es real que no se poseen datos fehacientes actuales que determinen cuál condición de nuestros adultos mayores, a pesar de las múltiples instituciones oficiales que trabajan específicamente con este grupo poblacional en creciente riesgo de institucionalización.

Ante este panorama, queda claro el importante papel que juega el apoyo social en la calidad de vida durante la tercera edad, quedando ahora por determinar cómo se produce este efecto y bajo qué condiciones diferenciales, es por ello que con el fin de esclarecer los aspectos señalados formulamos el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida de los Adultos Mayores institucionalizados en el hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija?

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta situación progresiva de desvinculación entre la familia y el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, ha sido objeto de diversos y variados estudios, que de manera unánime indican que existe una asociación entre la

proximidad de la familia y un menor deterioro a nivel psicosocial, junto a una mayor percepción de bienestar en los adultos mayores.

Sin embargo, también se realza que esta situación se experimenta de una manera mucho más compleja en la población de *adultos mayores institucionalizados*, por una serie de situaciones:

- Primero, el adulto mayor debe enfrentarse al hecho de que al ser institucionalizado en un hogar debe dejar el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días, produciéndose así el llamado **“estrés por reubicación”**, ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación.¹
- Segundo, además de ello tienen que enfrentarse a la postura equivocada de la familia de que **“el cuidado familiar cesa con la institucionalización”**, lo que frecuentemente se ve reflejado en el abandono del adulto mayor, entendiéndose ello como la “situación en que los familiares no presentan una conducta positiva de acercamiento y/o acompañamiento habitual, sino que su presencia se da sólo ante requerimientos formales de la institución (suministros de necesidad, pago de cuotas, consultas médicas, etc.)”.²

En este sentido, la presente investigación se justifica plenamente, debido a que la ejecución de este estudio diagnóstico permitirá contar a la institución geriátrica con los datos necesarios para poder aplicar medidas preventivas necesarias para preservar un ambiente adecuado y seguro que permita a los adultos mayores mantener/mejorar niveles saludables de calidad de vida.

Asimismo, este trabajo formará parte del acervo científico de la U.A.J.M.S., particularmente de la Facultad de Humanidades - Carrera de Psicología, donde servirá

¹ De Las Heras (1990) citado por Rodríguez F. Nélica, “Factores que influyen sobre la calidad de vida de los adultos mayores que viven en geriátricos”, 2007:4.

² Bellini Graciela, “La conducta familiar después de la internación de un adulto mayor en un hogar o residencia geriátrica: Relevamiento de las variables: abandono, negligencia y abuso económico”, 2009:5.

de soporte técnico y teórico a futuros investigadores, orientados al estudio de las problemáticas del adulto mayor.

De igual manera, cabe destacar, que este trabajo de investigación enriquecerá los conocimientos técnicos y teóricos de la autora, lo que en sí mismo implica un crecimiento profesional.

CAPÍTULO II: DISEÑO TEÓRICO

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida de los Adultos Mayores institucionalizados en el hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

2.2.1 Objetivo General

- Determinar cuál es la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida de los Adultos Mayores institucionalizados en el hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija?

2.2.2 Objetivos Específicos

- Describir la autopercepción de apoyo social que tienen los adultos mayores institucionalizados.
- Describir la valoración de calidad de vida que hacen los adultos mayores institucionalizados.
- Relacionar el grado de apoyo social y el nivel de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

2.3 HIPÓTESIS

“A mayor apoyo social percibido, mayor nivel de calidad de vida”.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

**CUADRO N° 1
OPERACIONALIZACION DE APOYO SOCIAL**

VARIABLE: APOYO SOCIAL:		
<i>“Percepción de ayuda que tiene el adulto mayor, ya sea material, informacional, afectiva o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social”.</i>		
Dimensiones	Indicadores	Escala
Apoyo Material/Instrumental:	Ayuda que implica la provisión de <i>recursos monetarios</i> , (recibir dinero de forma regular), y <i>no monetarios</i> (como vivienda, alimentación, vestimenta, pago de servicios) que brindan asistencia a una persona.	-Nunca -Pocas veces -Algunas veces. -Mayoría veces. -Siempre.
Apoyo Informacional/Cognitivo:	Ayuda que se refiere al intercambio de información, experiencias, consejos, etc. que permitan el sobrecogimiento de una persona.	-Nunca -Pocas veces -Algunas veces. -Mayoría veces. -Siempre.
Apoyo Afectivo/Emocional:	Ayuda que se expresa por la vía de la empatía, cariño, preocupación por el otro, ya sea, a través de la transmisión física de afectos o una actitud de reconocimiento y atención de la persona.	-Nunca -Pocas veces -Algunas veces. -Mayoría veces. -Siempre.
Apoyo Relaciones Sociales:	Ayuda que proviene de la disposición de contar con alguien con quien distraerse, compartir, etc.	-Nunca -Pocas veces -Algunas veces. -Mayoría veces. -Siempre.

*Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 2
OPERACIONALIZACION DE CALIDAD DE VIDA

VARIABLE: CALIDAD DE VIDA:		
<i>“Percepción del adulto mayor de su posición en la vida, dentro de su contexto cultural y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, e inquietudes”.</i>		
Dimensiones	Indicadores	Escala
Dominio Físico:	Incluye facetas como: actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias médicas, energía y fatiga, movilidad, dolor y molestia, sueño y descanso y capacidad de trabajo.	-Nada -Poco -Moderado -Mucho -Extremadamente
Dominio Psicológico:	Incluye facetas como: apariencia e imagen corporal, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad/religión/ creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.	-Nada -Poco -Moderado -Mayor parte -En mayor parte
Dominio Relaciones Sociales:	Incluye facetas como: relaciones personales, apoyo social, actividad sexual.	-Muy Insatisfecho -Insatisfecho -Neutro -Satisfecho -Muy Satisfecho
Dominio Ambiente:	Incluye facetas como: recursos financieros, seguridad física, cuidado social, oportunidades para adquirir nuevas habilidades e información, participación en actividades de recreación, ambiente físico y transporte.	-Nada -Poco -Moderado -Mucho -Sumamente

*Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

Dentro de este tercer capítulo se desarrollarán diferentes conceptos, postulados e investigaciones que permitirán obtener una visión completa sobre de las diferentes variables de estudio, marco referencial sobre el cual se fundamentará la problemática planteada.

3.1 EL ADULTO MAYOR

Retomando las palabras de Schmiedl (2009), diremos que por la falta de consenso entre los diversos autores por definir la edad adulta, consideraremos para el presente estudio aquella concepción que más se aproxima a los parámetros de estudio:

“Adulto Mayor es el nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende a personas de más de 60 años de edad”.¹

A pesar de las divergencias en cuanto a la definición de la tercera edad, sí hay acuerdo en que este es un proceso *dinámico*, no es estático, de manera que el ritmo al que envejece cada persona es diferente, siendo la característica que mejor define a este grupo de edad la heterogeneidad, mostrando una gran variabilidad tanto interindividual como intraindividual.²

Al respecto, estudios gerontológicos han identificado tres maneras en que puede sobrevenir la tercera edad:

1. **Normal o primario:** que implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínseco e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento de los pelos).

¹ Schmiedl Susana, et. al., “Calidad de vida del adulto mayor del departamento de Tarija-Bolivia”, 2009: 22.

² Red de Gerontología, “Aspectos básicos sobre el envejecimiento”, 2011: 1.

2. **Patológico o secundario:** que se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc. y que no forman parte del degeneración normal (por ejemplo, cataratas) y que en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.
3. **Óptimo:** que es el que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas y sociales), teniendo en cuenta, los múltiples factores que intervienen en dicho proceso. Sería el más deseable, teniendo en cuenta que implica pocas pérdidas o ninguna, o incluye baja probabilidad de presencia de enfermedades.³

Como puede verse, la tercera edad es una etapa que implica un proceso complejo que involucra cambios a nivel biológico, psicológico y social, que no ocurren al azar sino que dependen en gran parte, de las condiciones personales y socio-ambientales que le asistan al adulto mayor.

En relación a estas tres formas de envejecer han surgido dos teorías importantes que plantean cómo debería enfrentar este proceso el adulto mayor:

1. La **Teoría del Desapego** de Cumings y Henry (1963): Teoría que propone que a lo adultos mayores tienden a una reducción de su interés vital por las actividades y personas que le rodean, generando una disminución de sus interacciones sociales. Los autores señalan que esta tendencia se daría debido a la progresiva disminución de sus capacidades físicas y mentales, por lo que consideran aconsejable favorecer en ellos un alejamiento progresivo como un paso de preparación para la muerte (Salvarezza, 1988).
2. La **Teoría de la Actividad o del Apego** de Maddox (1973): Como contrapartida a la Teoría del Desapego se desarrolla esta teoría, la cual sostiene que los adultos mayores deben permanecer activos tanto tiempo

³ Red de Gerontología, “Aspectos básicos sobre el envejecimiento”, 2011: 2.

como les sea posible, sustituyendo aquellas actividades que, por algún deterioro físico o mental de la edad, ya no les es posible realizarlas. Esta teoría argumenta que los adultos mayores son más sociables y menos solitarios, cuando satisfacen sus necesidades en la relación con quienes los rodean (Salvarezza, 1988).⁴

Al respecto, la literatura gerontológica ha planteado que lo esencial en el trabajo con adultos mayores es plantear que ellos lleguen a la tercera edad, viviendo esta última etapa con calidad de vida, es decir, rodeados de condiciones que les brinden bienestar, tanto físico, psicológico como social.

3.1.1 El Adulto Mayor Institucionalizado

De lo anterior, podemos deducir que la creciente tendencia a elegir a la tercera edad como objeto de estudio en diversas disciplinas no ha sido arbitraria, sino que obedece a una serie de razones:

- Los adultos mayores presentan una serie de peculiaridades como un apartamiento de ciertos contextos naturales de interacción, como el que proporciona el trabajo;
- Además, sufren y como consecuencia del curso natural de la vida una serie de pérdidas de personas significativas que representan referentes importantes;
- A la vez que son sometidos, casi siempre de forma no voluntaria, a un realojo o reubicación que supone un cambio, pérdida y/o sustitución de vínculos sociales importantes.

Circunstancias que hacen que este grupo etéreo sea más proclive al desarraigo social, y como consecuencia de ello, a una pérdida significativa en su percepción de bienestar.

⁴ Clemente M. Alejandra, "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica", 2003: 43.

Sin embargo, dentro del sector de la tercera edad ha cobrado todavía mayor relevancia el estudio del “*adulto mayor institucionalizado*”, debido a que este sector va aumentando paulatinamente como consecuencia directa de las crisis económicas, sociales y culturales que repercuten sobre todo en la posibilidad de dar continuidad a la función de “contención” de las familias a sus miembros mayores, planteándose ante ello la necesidad de buscar otras personas que cumplan las funciones para su cuidado.

En el caso del Departamento de Tarija, se cuenta con el **Hogar de Ancianos “Santa Teresa de Jornet”**, establecimiento geriátrico destinado fundamentalmente a brindar alojamiento a Adultos Mayores a partir de los 60 años de edad, ello con la finalidad de salvaguardar el bienestar bio-psico-social de este grupo etéreo en creciente riesgo.

Hasta hace aproximadamente dieciocho años, el Hogar Santa Teresa de Jornet fue administrado por el Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES), pasando en julio de 1993 a dirección de las hermanas de la congregación de Jornet, quienes a partir de ese momento iniciaron un arduo trabajo en pro del progreso de la institución.

Bajo la misión de “*cuidar los cuerpos para salvar las almas*”, actualmente, este establecimiento geriátrico alberga a casi un total de 187 adultos mayores, quienes en gran mayoría registran periodos muy prolongados de permanencia, ampliándose con ello considerablemente la probabilidad de su estadía en la institución hasta la muerte.

Al respecto, Schmiedl et. al. en su estudio sobre “*Calidad de vida del adulto mayor del dpto. de Tarija-Bolivia*” (2009), señalan que lamentablemente en algunos centros de acogida como este no existen políticas de reinserción familiar, circunstancias que dan lugar a que los ancianos permanezcan internados a pesar de contar con familiares.

En el estudio citado, los autores aluden al factor económico y de salud como las principales causales de la internación: El análisis de los diagnósticos de ingreso revelan que la mayoría de estos ancianos han sido *institucionalizados*, ya sea por la precariedad económica de la familia, o bien, por alteraciones degenerativas y/o disfuncionales que los conducen con frecuencia a la dependencia de terceras

personas.

Ante ello, los investigadores proponen que las políticas de salud para este grupo etáreo deberían orientarse hacia la gerontología preventiva, con lo cual podría detectarse precozmente las alteraciones funcionales en los ancianos, de índole física, mental o social, ya que detrás de ellas suelen existir una serie de procesos patológicos no diagnosticados ni tratados que pueden mejorar o curar en un elevado porcentaje de casos.

Así mismo, Schmiedl en su trabajo sobre “*Historias de vida-relatos de adultos mayores*” (2006), analiza la problemática de la institucionalización desde la perspectiva del adulto mayor, haciendo hincapié en el grado de aceptación que experimentan al permanecer alejados de su entorno familiar. Sobre el asunto, las historias de vida relatadas por ellos mismos, revelan que, aunque se sabe que la familia muchas veces no es la mejor opción a las necesidades de los ancianos, pese a ello, persiste un reclamo permanente ante la ausencia y olvido de sus seres queridos o amigos cercanos.

Finalmente, los autores del estudio puesto a consideración, plantean que en este contexto la institucionalización es un paliativo imprescindible, por lo que las políticas gubernamentales -en lo que respecta a estos centros geriátricos- deberían estar orientadas primordialmente a prestar mayor atención a la estructura y funcionalidad de estos establecimientos en pro de contribuir a una asistencia integral de excelencia.⁵

Es por ello que planteamos el presente trabajo de investigación, como una propuesta de estudio de uno de los muchos factores que se deben tomar en cuenta a la hora de analizar la calidad de vida de nuestros adultos mayores que se encuentran institucionalizados.

⁵ Schmiedl Susana, et. al, “Calidad de vida del adulto mayor del departamento de Tarija-Bolivia”, 2009: 46-48.

3.2 RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL.

El particular interés en el tema de apoyo social, tanto en la investigación como en la intervención con adultos mayores, se justifica por los numerosos hallazgos que han demostrado su impacto beneficioso en la tercera edad, planteándose cada vez más como posibilidad de dar respuesta a una variedad de nuevas demandas que surgen con el aumento demográfico de la población mayor.⁶

3.2.1 Diferenciación entre Red Social y Apoyo Social

Es muy común que la estrecha relación entre red y apoyo social genere cierta confusión que induzca a que ambos términos se conciban como sinónimos de una misma razón, lo que muchas veces dificulta conocer con precisión sus efectos sobre los adultos mayores.

Con la finalidad de responder a esta imprecisión es que han surgido dos tipos de abordaje que representan el enfoque que propone tanto la red social como el apoyo social (Riquelme, 1997: 2)⁷.

- 1. Perspectiva estructural**, la cual hace referencia a las características estructurales de la red social donde la persona está inmersa: tamaño, densidad, distribución, dispersión, homogeneidad, etc.
- 2. Perspectiva funcional**, desde la que se analizan el tipo de apoyo social que los miembros de la red prestan a la persona: emocional, instrumental, informativo, etc.

De lo que deducimos: Que si se tuviese en cuenta el abordaje estructural, se hiciera necesario enfocarse a las *características de la red* que proporcionen apoyo social,

⁶ Arias J. Claudia, et al., “La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos”, 2010: 2.

⁷ Riquelme (1997) citado por García M. Miguel, “Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: Efectos protectores de la actividad y el deporte”, 2002: 2.

pero si se considerara una perspectiva funcional, se debiera hacer mayor énfasis en el *contenido que brinda* dicha red social.

Por lo tanto: El concepto de *red social* pone el acento en el tipo de relaciones sociales de los cuales pueden o no resultar apoyos sociales para los adultos mayores. En cambio, la noción de *apoyo social* enfatiza los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores.

3.2.2 Enfoque Estructural: Red Social

El Enfoque Estructural, está basado en la función de la RED, la cual se define como: “**Entramado de relaciones sociales en la que una persona está inmersa y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental, afectivo, etc.**”.⁸

El principal fundamento de este enfoque sugiere que los beneficios de la red social de una persona son directamente proporcionales a su estructura, ya que presumen que el ser parte de una red es equivalente a obtener apoyo social de esa relación.⁹ Sin embargo, la investigación gerontológica desmintió este supuesto y planteó que la pertenencia a una red no necesariamente garantizaba que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de las personas.¹⁰

La estructura de la red social presenta las siguientes características:

- **Tamaño** (número de personas que conforman la red: Existen datos que informan que las redes de tamaño mediano son más efectivas que las pequeñas o las muy numerosas.
- **Densidad** (grado de conexión entre los miembros que conforman la red):

⁸ Guzmán M. José, et al., “Redes de apoyo social de personas mayores: Marco Conceptual”, 2003: 43.

⁹ Vidal A. Miguel et al., “Familia y tercera edad: Variables predictoras del abandono del anciano”, 1999: 55.

¹⁰ Guzmán M. José, et al., “Redes de apoyo social de personas mayores: Marco Conceptual”, 2003: 48.

Un nivel de densidad medio favorece la máxima efectividad del grupo al permitir la confrontación de ideas o juicios. Una red con nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros y un nivel de densidad muy bajo reduce la efectividad del grupo por la falta de efecto potenciador de la confrontación.

- **Distribución** (proporción del total de los miembros de la red que pertenecen a una u otra fuente): Las redes muy concentradas son menos flexibles y efectivas y generan menos opciones que las redes de distribución más amplia.
- **Dispersión** (distancia geográfica entre los miembros que conforman la red): Un alto grado de dispersión afecta la facilidad de acceso a la red.
- **Homogeneidad o heterogeneidad**: referido tanto a lo demográfico como a lo sociocultural: edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico, etc.).
- **Atributos de vínculos específicos**: considera atributos como la intensidad o tropismo, es decir, compromiso y fuerza de la relación, durabilidad e historia en común.¹¹

El tipo de relaciones que prevalece entre los miembros de la red, determina las funciones que se consignan a través de ella: *compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejo, regulación o control social, ayuda material y de servicios, y acceso a nuevos contactos*.¹²

Cada vínculo que compone la red puede ser analizado a través de los siguientes atributos: *las funciones prevalecientes, la multidimensionalidad del vínculo, la reciprocidad, la intensidad de la relación, la frecuencia de los contactos y la*

¹¹ Clemente M. Alejandra, "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica", 2003: 35-36.

¹² Ibídem: 2003: 36-37.

historia de la relación.

Es importante destacar que las características estructurales de la red, las funciones que cumple y los atributos del vínculo son interdependientes unos de otros y se determinan mutuamente. Es por ello, que para realizar un análisis claro y exhaustivo de la red resulta necesario estudiar a cada una de estas variables por separado y también en relación con todas las demás.¹³

3.2.3 Enfoque Funcional: Apoyo Social

3.2.3.1 Conceptualización del Enfoque Funcional

El Enfoque Funcional, está fundamentado en la función de APOYO, el cual definimos como: **“Ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social”**.¹⁴

Si bien actualmente persiste una gran diversidad de definiciones, parece existir acuerdo en que los elementos fundamentales que conforman el *constructo apoyo social* según Sluzki (1998) son los siguientes:

- **Fuentes de apoyo social:** se pueden distinguir entre fuentes de apoyo de: *un sistema formal* que posee una organización burocrática, que contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas, y las de *un sistema informal* (familia, amigos, vecinos, comunidad, etc.) constituido por redes personales y redes comunitarias que no están estructuradas como programas de apoyo.

Sobre el punto, los datos existentes indican en términos generales que para las personas mayores, la familia y los amigos constituyen los dos focos más

¹³ Clemente M. Alejandra, “Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica”, 2003: 37-38.

¹⁴ Vidal A. Miguel et al., “Familia y tercera edad: Variables predictorias del abandono del anciano”, 1999: 55.

importantes de recursos de apoyo.¹⁵ Por esta razón, el presente trabajo de investigación se centrará primordialmente en valorar el grado de apoyo social proveniente de estas dos principales fuentes de apoyo social en la tercera edad.

- **Apoyo social recibido y percibido:** por un lado, el *apoyo recibido* se refiere a la dimensión objetiva es decir, la cantidad de ayuda que la persona ha recibido en un período de tiempo determinado, por otro lado, el *apoyo percibido* se refiere a la dimensión subjetiva, en la cual se distinguen dos vertientes: la cognición y la evaluación del apoyo: En el primer caso, se consideran las creencias que posee el sujeto con relación a las diversas fuentes de apoyo. El segundo se refiere a la valoración que hace el individuo de las fuentes de apoyo y del apoyo percibido en cuanto a la satisfacción y adecuación a sus necesidades.

Al respecto, Barrón (1997) hace hincapié en que ambos tipos de apoyo deben ser evaluados separadamente, pues ocurre con cierta frecuencia que algunos se sienten apoyados aunque no reciban apoyo o no perciben el apoyo aunque lo reciban. Por este motivo, el presente trabajo de investigación se abocará fundamentalmente a valorar únicamente el grado de apoyo social percibido desde los propios adultos mayores institucionalizados.

- **Multiplicidad de funciones del apoyo social:** referida a las consecuencias positivas que tienen las relaciones sociales para el sujeto, entre las cuales se pueden distinguir cuatro funciones:

Apoyo Material/Instrumental: ayuda que implica la provisión de *recursos monetarios*, (recibir dinero de forma regular), y *no monetarios* (como vivienda, alimentación, vestimenta, pago de

¹⁵ Clemente M. Alejandra, “Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica”, 2003: 46.

servicios) que brindan asistencia a una persona.

Apoyo Informativo/Cognitivo: ayuda que se refiere al intercambio de información, experiencias, consejos, etc. que permitan el sobrecogimiento de una persona.

Apoyo Afectivo/Emocional: ayuda que se expresa por la vía de la empatía, cariño, preocupación por el otro, ya sea, a través de la transmisión física de afectos o una actitud de reconocimiento y atención de la persona.

Apoyo de Relaciones Sociales/Interacción Social Positiva: ayuda que proviene de la disposición de contar con alguien con quien distraerse, compartir, etc.¹⁶

- **Contexto en el que se proporciona el apoyo:** que alude al hecho de que determinadas conductas cumplan efectivamente una función de apoyo, parece depender en gran medida de una serie de variables que definen al contexto en el que se presenta dicho apoyo, es decir, que debe existir una concordancia entre las características del problema al que se enfrenta el sujeto y el tipo o la cantidad de apoyo que recibe.¹⁷
- **Funciones del Apoyo Social:** De acuerdo a los distintos tipos de apoyo, Sluzki (1998) hace dos distinciones básicas entre *apoyo diario* y *de crisis* y entre *apoyo psicológico e instrumental*, y además entre sus respectivas combinaciones:

Apoyo psicológico diario: alude al grado y diversidad de las interacciones sociales placenteras.

¹⁶ Clemente M. Alejandra, "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica", 2003: 39-40.

¹⁷ *Ibídem*: 2003: 40.

Apoyo instrumental diario: referido a las situaciones de todos los días, en las que podría ser conveniente la ayuda de alguien, pero si faltara no acarrearía mayores consecuencias.

Apoyo instrumental en crisis: apunta a situaciones prototípicas de crisis que requieren esencialmente asistencia instrumental (material).

Apoyo psicológico de crisis: referido a aquellas situaciones conflictivas por las que puede pasar la persona, y en las que poco se puede hacer para cambiar el evento en sí mismo, pero en las que se necesita una adaptación a la situación crítica.

Por todo lo expuesto, se considera que el apoyo social es un concepto complejo que incluye tanto aspectos estructurales y funcionales en los que habrá que tener en cuenta una serie de factores que podrían afectar eficacia del apoyo en los adultos mayores.¹⁸

3.2.4 Redes Sociales de Apoyo en la Tercera Edad

Sobre el tema de redes de apoyo social en los adultos mayores, la Gerontología Social (Tibbitts, 1967) ha identificado algunos factores socio-culturales (jubilación, fallecimiento de los seres queridos, empeoramiento paulatino de la salud, cambio de domicilio) que inciden en la ocurrencia de algunas situaciones particulares en la tercera edad: la modificación de los contactos sociales, su disminución y como consecuencia de ello el aislamiento social.¹⁹

Al respecto, el estudio sobre la evolución de la red social que plantea Sluzki (1998) muestra algunas evidencias: Al analizar la red social, durante el último

¹⁸ Clemente M. Alejandra, "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica", 2003: 40-41.

¹⁹ Ibídem: 2003: 43-44.

tercio o cuarto del ciclo vital del de la persona, este autor observa la coexistencia de tres factores, cuyos efectos acumulativos contraen la red social adulto mayor:

- La muerte, migración o debilitamiento de los miembros reduce los vínculos existentes.
- El decrecimiento de la energía necesaria para mantener activos los vínculos disminuye la posibilidad de conservar la red social.
- La disminución progresiva de las oportunidades así como de la motivación para establecer nuevos vínculos, dificulta la renovación de la red social.

Es decir, que es muy común que con el transcurso del tiempo el adulto mayor sufra pérdidas en su red social y que las oportunidades de reemplazarlas se reduzcan marcadamente, ya sea porque tienen menos posibilidades o porque están menos accesibles o dispuestos a iniciar nuevas relaciones. Además de ello, los esfuerzos requeridos para mantener activas dichas relaciones son mayores en tanto la dificultad para movilizarse aumenta, por consiguiente, disminuyen las habilidades y a la larga, el interés por expandir la red también.²⁰

3.2.5 Medición e Instrumentos: Apoyo Social

La multidimensionalidad del apoyo social ha determinado la construcción de distintas herramientas para la medición de este constructo. Es por ello, que a la hora de elegir un determinado instrumento se deben tener en cuenta los aspectos que nos interesa evaluar: fuente de apoyo, tipo o contenido de apoyo, el apoyo disponible o el apoyo realmente recibido.

A continuación se describen brevemente las seis pruebas más citadas en la literatura sobre el tema, según Pérez- García (1999):

²⁰ Clemente M. Alejandra, "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica", 2003: 44.

1. Entrevista de Apoyo Social de Arizona (*Arizona Social Support Interview Schedule-ASSIS*) (Barrera, 1980,181).
2. Inventario de Conductas Sociales de Apoyo (*Inventory of Socially Supportive Behaviours-ISSB*) (Barrera, 1981).
3. Apoyo Social Percibido de la Familia y Amigos (*Perceived Social Support from Family and Friends-PSSFA-FR*) (Procidano y Heller, 1983).
4. Cuestionario de Apoyo Social (*Social Support Questionnaire-SSQ*) (I. Sarason, Levine, Basham y R. Sarason. 1983).
5. Entrevista de Interacción Social (*Interview Schedule for Social Interaction-ISSI*) (Henderson, Byrne, Duncan- Jones, Scott y Adcock, 1980).
6. Cuestionario MOS de Apoyo Social (*The Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS-SSS*)(Sherbourne y cols 1991).²¹

3.3 CALIDAD DE VIDA

La creciente atención en el tema de calidad de vida, principalmente en investigaciones desarrolladas en diferentes ámbitos del quehacer profesional dirigidos a la tercera edad, se explica a partir del supuesto de que el adulto mayor experimentaría cambios en sus capacidades bio-psico-sociales, que de alguna manera podrían llegar a alterar su calidad de vida y por ende su percepción sobre ella.²²

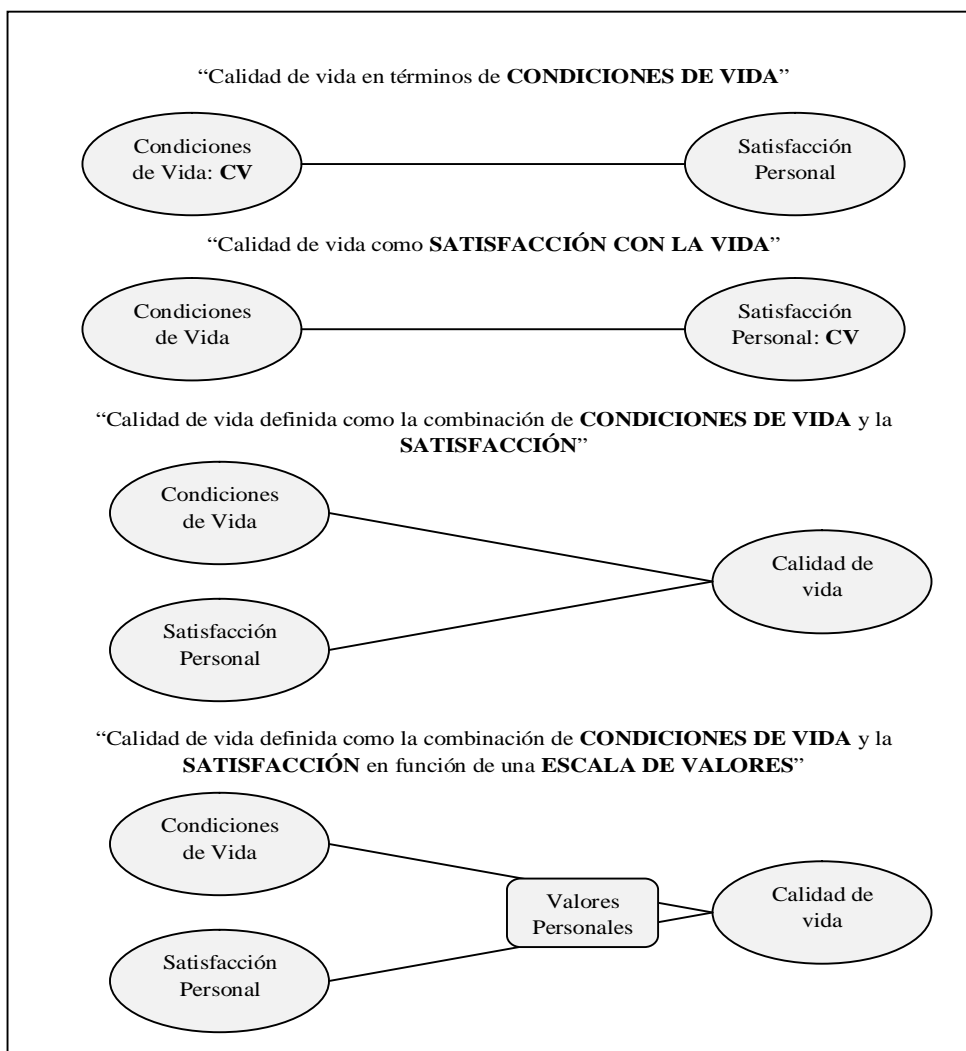
²¹ Herrera G. Ángel, “Apoyo social”, 2003: 4-6.

²² Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 326.

3.3.1 Definición de Calidad de Vida

La falta de consenso sobre la definición de calidad de vida, ha originado la multiplicidad de concepciones sobre este constructo, mismos que pueden resumirse en el esquema de evolución del concepto de Felce y Perry (1995), que tiene cuatro concepciones:²³

CUADRO N° 3
CONCEPCIONES DE CALIDAD DE VIDA



²³ Gómez V. María, et al., "Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica", 1995: 2.

Como vemos, la calidad de vida concebida como un constructo complejo que integra aspectos físicos, psicológicos y sociales resulta de una combinación de factores tanto objetivos como subjetivos, donde el *aspecto objetivo* se refiere a la provisión y disponibilidad de servicios para la persona; y el *aspecto subjetivo* viene dado por la percepción de la persona sobre la provisión y disponibilidad de los servicios que les son dados.²⁴

Sin embargo, tanto los aspectos objetivos como subjetivos están orientados a la valoración de cuatro dominios, las cuales incluyen las siguientes facetas:

Dominio Físico:	Actividades de la vida diaria. Dependencia de sustancias médicas. Energía y fatiga. Movilidad. Dolor y molestia. Sueño y descanso. Capacidad de trabajo.
Dominio Psicológico:	Apariencia e imagen corporal. Sentimientos negativos. Sentimientos positivos. Autoestima. Espiritualidad/religión/creencias personales. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
Dominio Rel. Sociales:	Relaciones personales. Apoyo social. Actividad sexual.

²⁴ Mora Mónica, “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad física y recreativa”, 2004: 3.

Dominio Ambiente:	Recursos financieros.
	Libertad, seguridad, seguridad física.
	Cuidado social y salud, acceso y calidad.
	Ambiente hogareño.
	Oportunidades para adquirir nuevas habilidades e información.
	Participación y/o oportunidades de recreación/actividades de descanso.
	Ambiente físico (contaminación, ruido, tráfico/clima).
	Transporte.

Al respecto, aunque las definiciones han ido cambiando a lo largo de los años, tres aspectos fundamentales se han mantenido en la mayoría de las mismas (Fernández et al. 2002):

1. La referencia a la relación del individuo con su vida.
2. El enfoque multidimensional que incluye todos aquellos factores que dan carácter integral al ser humano.
3. Una atención especial a la valoración subjetiva que la persona hace de su propia vida.²⁵

En acuerdo con los criterios señalados, se consideró pertinente adoptar en el presente estudio, la definición de calidad de vida propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1994), que representa una concepción de valoraciones de satisfacción personal y socio-ambiental:²⁶

“Percepción de un individuo de su posición en la vida, dentro de un contexto de la cultura y del sistema de valores en donde vive y, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes...”

²⁵ Freire O. Manoel, “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, 2007: 60.

²⁶ Ramírez M. Norma, “Calidad de vida en la tercera edad”, 2008: 64.

3.3.2 Calidad de Vida en la Tercera Edad

Aunque la calidad de vida es un constructo que se puede valorar a lo largo de todo el ciclo vital, su estudio en los adultos mayores tiene un cierto grado de particularidad dado por las características diferenciales de esta etapa y por el contexto histórico-socio-cultural prejuicioso en el cual se define la etapa de la tercera edad.

Es por ello que la calidad de vida en este periodo cobra una relevancia especial ya que se comprende que entrar en la tercera edad implica la manifestación de una compleja secuencia de deterioros a nivel biológico, psicológico y social, variables que de alguna manera podrían influir en la calidad vida percibida por los adultos mayores.²⁷

3.3.3 Determinantes de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Diversos autores han investigado sobre los factores que son considerados importantes para la calidad de vida en los adultos mayores, encontrándose, como variables más significativas:

- Las relaciones y apoyos sociales,
- La salud general y,
- El estado funcional y la disponibilidad económica.

Es así que a pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el **apoyo social**, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Así mismo, aspectos relacionados con la **salud**; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos. De igual manera, se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la **edad, el sexo, la condición de salud y la residencia**; aunque los factores **socioeconómicos** y

²⁷ Gonzales L. Ana, et al., “Estrategia de afrontamiento ante la muerte y la calidad de vida en adultos mayores mexicanos”, 2010: 168.

la **escolaridad** son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los adultos mayores.²⁸

3.3.5 Medición e Instrumentos: Calidad De Vida

La concepción de calidad de vida como un constructo multidimensional ha generado la existencia de diversas herramientas para su medición. Es por ello que al momento de elegir un determinado instrumento se deben considerar los criterios que nos interesa evaluar: objetivo, las dimensiones y la función.

A continuación, se señalan los instrumentos más frecuentemente utilizados para medir calidad de vida en estudios relacionados con la tercera edad:

1. Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100/WHOQOL-BREF): WHOQOL Group, 1998.
2. Agenda para la Evaluación de la Calidad de Vida Individual (The Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life, SEIQol): O'Boyle et al, 1995.
3. MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study, 36-Item Short Form): Ware, 1992.
4. Cuestionario de Calidad de Vida: Ruiz y Baca, 1991.
5. Inventario de Calidad de Vida, ICV: García Riaño e Ibáñez, 1992.
6. Perfil del Impacto de la Enfermedad (The Sickness Impact Profile, SIP): M. Bergner et al, 1976.
7. Índice de Bienestar Psicológico General (The Psychological General Well-Beingindex, PGWB Index) H. Dupuy, 1978.

²⁸ Mejía B. Beatriz, et al., "Calidad de vida relacionada con la salud pública en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica", 2007: 16.

8. Perfil de Salud de Nottingham (The Nottingham Health Profile, NPH):
Hunt et al, 1981.
9. Cuestionario de Calidad de Vida (Quality of Life Questionnaire, QLQ):
Evans, D. y Cope, W., 1989.²⁹

3.4 LA RED APOYO SOCIAL COMO PREDICTOR DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES³⁰

A lo largo del desarrollo del marco teórico, pudimos percibir como las redes de apoyo social tienen una fundamental importancia en la configuración de la calidad de vida en la tercera edad, no sólo por el mejoramiento de las condiciones objetivas, mediante la provisión de apoyos materiales/instrumentales, sino también, por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito afectivo/emocional.

Al respecto, investigaciones llevadas a cabo en diversas disciplinas han proporcionado evidencia de los efectos positivos que los apoyos sociales ejercen en la calidad de vida de los adultos mayores (Pillemer y otros, 2000):

- En el modelo propuesto por Antonucci y Jackson (1987) no es un apoyo específico el que incide en la calidad de vida, sino la acumulación de distintos tipos de apoyo que le transmiten a la persona en cuestión la idea de que es (o sigue siendo) capaz, valiosa e importante.
- Varios hallazgos epidemiológicos han documentado “la relación positiva entre apoyo social y la morbilidad/mortalidad utilizando medidas relativamente grandes de apoyo social” (Berkman, 1984): Blazer (1982) observó que “la mortalidad estaba inversamente relacionada con el apoyo social en un estudio longitudinal de individuos de más de setenta años”. También se ha documentado la relación positiva entre apoyo social y la morbilidad,

²⁹ Monita A. Paula, “Calidad de vida y vejez”, 1996: 17-20.

³⁰ Guzmán M. José, et al., “Redes de apoyo social de personas mayores”, 2003: 56-57.

incluyendo la “salud física” (Antonucci y Jackson, 1987) y la “salud mental” (Heavy, 1983).

- Esta información es consistente con algunos hallazgos según los cuales existe una relación negativa entre apoyo social y mortalidad (Berkman y Syme, 1979, citado en Chappell, 1992), o entre hospitalización y apoyo social (Lubben y otros, 1989, citado en Chappell, 1992).

Sin embargo, Krassoievitch subraya que la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva de este apoyo que haga cada persona, ya que un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aun cuando sea bienintencionado, puede tener efectos dañinos, al producir dependencias y afectar negativamente a la autopercepción.

Es por ello, que lo importante en la consideración de las redes de apoyo social, es que el adulto mayor desarrolle una interacción de mejor calidad, en esta etapa de la vida donde se encuentra más vulnerable, considerando la reinserción en redes o creando otras nuevas que le favorezcan a desarrollar mejores niveles de calidad de vida, y con ello lograr una realización a nivel integral: biopsicosocial.

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación está abordada dentro de los parámetros de la Psicología Social, que procura el estudio “*del comportamiento humano teniendo en cuenta el contexto y circunstancias que le asisten, orientando la conducta hacia la máxima realización del ser humano que es la realización*”, objetivo al cual está orientado la presente investigación, bajo la premisa de determinar cuál es la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en el hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija.

- *Según el tipo de enfoque la investigación es: Cuantitativa*, ya que se empleará fundamentalmente la medición numérica y el análisis estadístico en la recolección de datos, cuyas deducciones permitirán corroborar o refutar la teoría existente sobre el tema, y a la vez, planteará la posibilidad de aceptar o rechazar la hipótesis planteada en el estudio.¹

- *Según el tipo de alcance que pueda tener la investigación es: Exploratorio-Descriptivo-Correlacional: Exploratoria*, ya que tiene como objetivo profundizar en un tema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas; *descriptivo*, pues busca explicar las propiedades, las características de la variable de estudio; y, *correlacional*, debido a que tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más variables en un contexto particular.²

Es así, que lo que se planteó fue explorar en una temática escasamente estudiada en nuestro contexto, con la finalidad de poder caracterizar y analizar el apoyo social percibido y la calidad de vida de los adultos mayores del hogar “Santa Teresa de

¹ Hernández Sampieri R. y Col., “Metodología de la Investigación”, 2006:5-6.

² *Ibídem*: 2006:100-110.

Jornet”, lo que permitirá de alguna manera valorar el grado de relación entre estas dos variables.

4.2 POBLACIÓN

La población objeto de estudio la constituyen los 187 hombres y mujeres mayores de más de 60 años que residen en el Hogar “Santa Teresa de Jornet” de la ciudad de Tarija,³ cuyas condiciones psicofísicas permitan responder a los instrumentos que se emplearán para evaluar las variables de estudio.

4.3 MUESTRA

El tipo de muestreo que se aplicó a la población de estudio es el muestreo **Razonado o Intencionado**, técnica que consiste en que el investigador escoge intencionadamente y no al azar sólo algunos casos que él considera representativas del fenómeno a estudiar.

En este sentido, los casos que conformarán parte de la muestra de estudio cubrieron los siguientes criterios muestrales:

- a) Permanencia en el hogar igual o mayor a un año,
- b) Registros que corroboren la presencia de familia o apoderados y,
- c) Registros que confirmen su buen estado de salud física y mental.

En base a una evaluación de las fichas personales de los adultos mayores internados en el hogar “Santa Teresa de Jornet”, se pudo identificar que sólo 134 de ellos (as) cubren los anteriores criterios. De esta cantidad, se hizo una selección proporcional de acuerdo al sexo: 50 hombres y 50 mujeres, haciendo un total de 100 adultos mayores, mismos que conformaron parte de la muestra de estudio.

³ Registros del Hogar “Santa Teresa de Jornet”, gestión 2011.

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1 MÉTODOS

Los métodos de investigación que se emplearon durante el desarrollo de la presente investigación fueron:

- **Método Empírico.-** Los métodos empíricos permiten la obtención y elaboración de los datos empíricos a través de la caracterización de los fenómenos de estudio. Entre los principales están: La observación, la entrevista, la encuesta, los tests, etc.⁴

El presente estudio recurrió fundamentalmente al método de encuesta para obtener información sobre el apoyo social y calidad de vida en los adultos mayores, para tal fin se adaptaron y validaron dos cuestionarios: el de apoyo social percibido MOS y el de Calidad de Vida: WHOQOL-BREF.

- **Método Estadístico.-** Los métodos estadísticos cumplen una función relevante, ya que contribuyen a tabular los datos empíricos obtenidos y establecer las generalizaciones apropiadas a partir de ellos. Entre los más importantes tenemos: los descriptivos e inferenciales.⁵

El presente estudio empleó tanto los métodos descriptivos como inferenciales para organizar, clasificar e interpretar los indicadores cuantitativos del apoyo social y la calidad de vida, logrando a través de ello determinar las propiedades, relaciones y tendencias de las variables de estudio.

- **Método Teórico.-** Los métodos teórico cumplen una función gnoseológica importante, ya que posibilitan la interpretación conceptual de los datos

⁴ Hernández Sampieri R. y Col., "Metodología de la Investigación", 2006:31.

⁵ *Ibidem*: 2006:32.

empíricos encontrados. Entre los más destacados están: análisis y síntesis, inducción y deducción, hipotético-deductivo, etc.⁶

El presente estudio se basó esencialmente en el método de análisis y síntesis para explicar la relación entre *apoyo social* y *calidad de vida*, partiendo del análisis de los indicadores de cada una de ellas, para luego sintetizar la información y obtener una visión global de las variables de estudio en los adultos mayores institucionalizados.

4.4.2 TÉCNICAS

Como principal técnica de investigación se empleó el **cuestionario**, que según Hernández Sampieri (2006), “*consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir*”.⁷ En el caso de nuestro estudio, los cuestionarios que valieron como instrumentos para recabar información sobre las variables de estudio: apoyo social y calidad de vida, fueron: el MOS y WHOQOL-BREF respectivamente.

4.4.3 INSTRUMENTOS

A continuación se explican las características y utilidad de cada uno de los instrumentos que se emplearon en la presente investigación:

- Cuestionario de Apoyo Social Percibido **MOS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey)**: desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 del grupo MOS-SSS.

El cuestionario de apoyo social MOS-SSS consta de 20 ítems. Excepto el primero, todos los demás se miden en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que se puntúan de 1 (nunca) a 5 (siempre). El primer ítem evalúa el apoyo estructural (p. ej., número de amigos íntimos y familiares cercanos), mientras que los 19 restantes miden 4 dimensiones de apoyo social funcional:

⁶ Ibídem: 2006:32.

⁷ Hernández Sampieri R. y Col., “Metodología de la Investigación”, 2006:310.

- a) material/instrumental,
- b) informacional/cognitivo,
- c) afectivo/emocional y,
- d) relaciones sociales/interacción social positiva.

Se puede obtener un índice global de apoyo social formado por la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional, el cual se interpreta en base a la siguiente escala:

CUADRO N° 4
ESCALA PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL

Apoyo Social	Eficiente	Puntos: (58-95)
	Admisible	Puntos: (20-57)
	Deficiente	Puntos: (0-19)
<i>Apoyo Material/Instrumental</i>	Mucho	Puntos: (13-20)
	Regular	Puntos: (5-12)
	Poco	Puntos: (0-4)
<i>Apoyo Informacional/Cognitivo</i>	Mucho	Puntos: (25-40)
	Regular	Puntos: (9-24)
	Poco	Puntos: (0-8)
<i>Apoyo Efectivo/Emocional</i>	Mucho	Puntos: (10-15)
	Regular	Puntos: (4-9)
	Poco	Puntos: (0-3)
<i>Apoyo Relaciones Sociales</i>	Mucho	Puntos: (13-20)
	Regular	Puntos: (5-12)
	Poco	Puntos: (0-4)

De acuerdo a la escala: a mayor puntuación, más alto es el nivel de apoyo social percibido.⁸

- *Cuestionario de Calidad de Vida: WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life):* Versión abreviada del original WHOQOL-100, creado por la OMS en 1996,

⁸ Instrumento validado por: Msc. Lic. Susana Schmiedl. Ver anexo N° 2.

El cuestionario de calidad de vida: *whoqol-bref* consta de 26 preguntas o facetas cada una de las cuales tiene 5 posibilidades de respuesta (1 a 5 puntos). Los 2 primeros ítems son *generales* ya que están orientadas a la valoración global de la calidad de vida y la satisfacción con la salud y, los otros 24, corresponden a la valoración multidimensional de la calidad de vida, dimensiones que se agrupan en 4 áreas de salud:

- a) física,
- b) psicológica,
- c) relaciones sociales y
- d) ambiente.

Se puede obtener un índice global de calidad de vida formado por la suma de las puntuaciones de los 24 ítems que forman la calidad de vida, el cual se interpreta en base a la siguiente escala:

CUADRO N° 5
ESCALA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA

Calidad de Vida	Óptima	Puntos: (73-120)
	Aceptable	Puntos: (25-72)
	Pésima	Puntos: (0-24)
<i>Dominio 1:</i> <i>Físico</i>	Buena	Puntos: (22-35)
	Regular	Puntos: (8-21)
	Mala	Puntos: (0-7)
<i>Dominio 2:</i> <i>Psicológico</i>	Buena	Puntos: (19-30)
	Regular	Puntos: (7-18)
	Mala	Puntos: (0-6)
<i>Dominio 3:</i> <i>Relaciones Sociales</i>	Buena	Puntos: (10-15)
	Regular	Puntos: (4-9)
	Mala	Puntos: (0-3)
<i>Dominio 4:</i> <i>Ambiente</i>	Buena	Puntos: (25-40)
	Regular	Puntos: (9-24)
	Mala	Puntos: (0-8)

De acuerdo a la escala: a mayor puntuación, más alto es el grado de calidad de vida percibido.⁹

4.5 PROCEDIMIENTO

El presente trabajo de investigación se realizó en la siguiente secuencia:

- **1ª Fase: Revisión bibliográfica.-** Para la configuración del marco referencial y conceptual, sustento teórico de la investigación, se realizó una revisión bibliográfica detallada sobre la temática de estudio.
- **2ª Fase: Coordinación con la institución.-** Para emprender la investigación, como tal, se solicitó la autorización del Hogar “Santa Teresa de Jomet” para poder acceder a la población objeto de estudio: los adultos mayores.
- **3ª Fase: Afinamiento y validación de los instrumentos.-** Los instrumentos a aplicar fueron preparados y sometidos a una prueba piloto para su afinamiento, y posterior validación por una experta en el tema (Msc. Lic. Susana Schmiedl) antes de su aplicación a la muestra de estudio.
- **4ª Fase: Recolección de información.-** Esta fase consistió básicamente en la aplicación de cada uno de los instrumentos de estudio.
- **5ª Fase: Análisis e interpretación de los datos.-** En esta etapa se procedió a la corrección, análisis e interpretación de la información obtenida en los instrumentos aplicados.
- **6ª Fase: Conclusiones y recomendaciones.-** Por último, se presentan las conclusiones generadas a partir del análisis de los resultados obtenidos en el estudio, a partir de las cuales se plantean recomendaciones que se consideran pertinentes, como un intento de dar respuesta a la problemática abordada.

⁹ Instrumento validado por: Msc. Lic. Susana Schmiedl. Ver anexo N° 3.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan todos los resultados a los que se arribaron mediante el análisis e interpretación de los datos recolectados a través de los instrumentos aplicados a los adultos mayores del hogar “Santa Teresa de Jomet” para valorar en este contexto la relación entre las variables de estudio: **Apoyo social y Calidad de vida.**

Los resultados fueron organizados en una serie de gráficos y cuadros en los que se reflejan los valores numéricos y porcentuales de cada una de las dimensiones de las variables investigadas, derivando de ello un análisis cuantitativo y cualitativo que pondrán a consideración del lector los datos más significativos hallados en el estudio.

5.1. PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

En esta primera sección se analiza la variable “Apoyo social” que como se dijo anteriormente, es un tema de gran interés tanto en la investigación como en la intervención con adultos mayores, ya que numerosos hallazgos han demostrado su impacto saludable en el bienestar de la tercera edad.

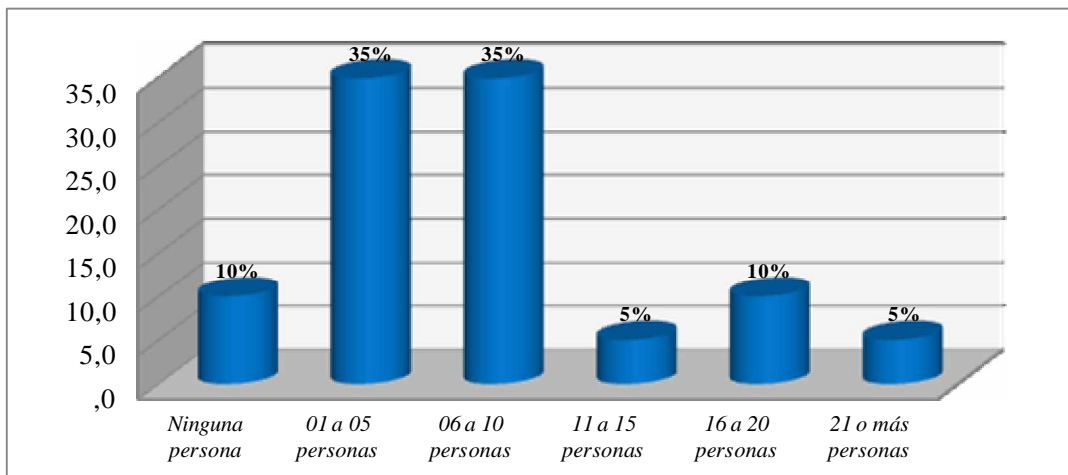
Para este fin, se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario de Apoyo Social MOS-SSS que responden al primer objetivo específico de estudio: “*Describir la autopercepción de apoyo social que tienen los adultos mayores institucionalizados*”, a partir de ello desarrollamos el siguiente análisis:

5.1.1 Percepción de Apoyo Estructural en los Adultos Mayores.

Al hablar de apoyo estructural, implícitamente se hace referencia a las características constitutivas de la red social donde el adulto mayor está inmerso, ya sea: el tamaño, la densidad, la distribución, la dispersión, la homogeneidad, etc. Al respecto, el

cuestionario de Apoyo Social MOS-SSS, únicamente considera un indicador: *el tamaño*, ello debido a que el objetivo del instrumento no es evaluar la dimensión estructural del apoyo social, sino más bien su aspecto funcional.

GRÁFICO N° 1
PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL



*Fuente: Elaboración Propia

Respecto al **Tamaño de la Red de Apoyo Social** (número de personas que conforman la red), se puede apreciar que el 70% de los adultos mayores perciben un tamaño de red que oscila en un rango de 1 a 10 personas, distribuyéndose casi proporcionalmente el restante 30% en ambos extremos de la escala, ninguna persona, de 11 a 15 personas, de 16 a 20 personas y de 21 a más personas.

Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios realizados con adultos mayores, por ej.: Arias (2002), en un estudio realizado en Argentina, encontró que el “*tamaño promedio de las redes de apoyo en las personas mayores es 2 a 12 personas*”. En Chile, Huenchuan y Sosa (2002), hallaron que el “*tamaño más frecuente de la red de apoyo en las personas mayores es de 1 a 9 personas*”, misma cifra encontrada en la Ciudad de México por Ham (2002).

Sobre este punto, es muy importante señalar que la gran mayoría de autores que han

tratado este tema, no han llegado a un consenso respecto al tamaño óptimo de la red en el caso de los adultos mayores, pero en lo que sí concuerdan todos ellos es que el punto clave es cómo lograr que las personas mayores desarrollen una interacción de mejor calidad en esta etapa de la vida, para reinsertarse en redes o tejer otras nuevas.¹

El análisis de estos resultados en función de las variables edad y sexo, pone de manifiesto algunas diferencias significativas:

Atendiendo al criterio de **edad**, se puede apreciar una tendencia constante a la disminución y aumento paulatino en el tamaño red de apoyo percibido: siendo de 1 a 5 personas la medida encontrada para el grupo de 60-75 y de 76-80 años, y de 6 a 10 personas para el grupo de 66-70 y de 71-75 años, encontrándose a partir de los ochenta años cierta ampliación y distribución equilibrada en las medidas del tamaño de red.

CUADRO N° 6
TAMAÑO DE LA RED DE APOYO SOCIAL SEGÚN EDAD

Edad	Tamaño de la Red de Apoyo Social												Total	
	Ninguno		1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		21 a más		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
60 a 65 años	0	,0	10	10,0	5	5,0	0	,0	0	,0	0	,0	15	15
66 a 70 años	5	5,0	5	5,0	10	10,0	0	,0	0	,0	5	5,0	25	25
71 a 75 años	5	5,0	10	10,0	0	,0	5	5,0	0	,0	0	,0	20	20
76 a 80 años	0	,0	5	5,0	15	15,0	0	,0	5	5,0	0	,0	25	25
81 a 85 años	0	,0	5	5,0	5	5,0	0	,0	5	5,0	0	,0	15	15
86 a más	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	0
Total	10	10,0	35	35,0	35	35,0	5	5,0	10	10,0	5	5,0	100	100

*Fuente: Elaboración Propia

Al Analizar los resultados, es evidente que las diferencias encontradas por grupos de edad no son tan significativas, lo que permitiría afirmar que la edad no marca diferencias decisivas en el tamaño de la red de apoyo, pero lo que sí se debe reconocer es que hay un aumento en el tamaño de la red conforme el rango de edad es más alto.

¹ Guzmán M. José, et al., "Redes de apoyo social de personas mayores ", 2003: 59.

Estos resultados no coinciden con los hallazgos de Vaux y Harrison (1993) quienes encontraron pequeñas correlaciones negativas entre el tamaño de la red de apoyo y la edad: a mayor edad menor tamaño de la red.² Pero sí coinciden con la tesis de Arias (2010), que plantea que la red de las personas mayores sufre cambios significativos a partir de los setenta años, llegando a estabilizarse notoriamente hacia los ochenta.³

De acuerdo al **género**, se evidencia que el tamaño de red en los hombres es menos amplia que el de las mujeres: mientras que el tamaño de la red de apoyo percibido en los hombres oscila entre 0 - 10 personas, en las mujeres oscila entre 0 - 21 personas.

CUADRO N° 7
TAMAÑO DE LA RED DE APOYO SOCIAL SEGÚN SEXO

Sexo	Tamaño de la Red de Apoyo Social												Total	
	Ninguno		1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		21 a más			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Masculino	5	5,0	15	15,0	30	30,0	0	,0	0	,0	0	,0	50	50
Femenino	5	5,0	20	20,0	5	5,0	5	5,0	10	10,0	5	5,0	50	50
Total	10	10,0	35	35,0	35	35,0	5	5,0	10	10,0	5	5,0	100	100

*Fuente: Elaboración Propia

Al analizar los datos, es muy evidente que esta diferencia por grupos en función del sexo es significativa, lo que permitiría afirmar que el sexo -que reproduce el modelo de interacción socio-cultural definido para hombres y mujeres- sí marca diferencias importantes en la configuración del tamaño de la red de apoyo ya sea uno u otro sexo.

Si bien convenimos con los hallazgos de Kaye & Monk (1991), que sugieren que las mujeres poseen redes de apoyo mucho más amplias y diversificadas que los hombres, diferimos con la tesis de Arias (2010), quien plantea que son los varones quienes cuentan con redes más amplias y efectivas en comparación con sus pares femeninos.⁴

² Mendoza Isabel, "Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad", 2007: 170.

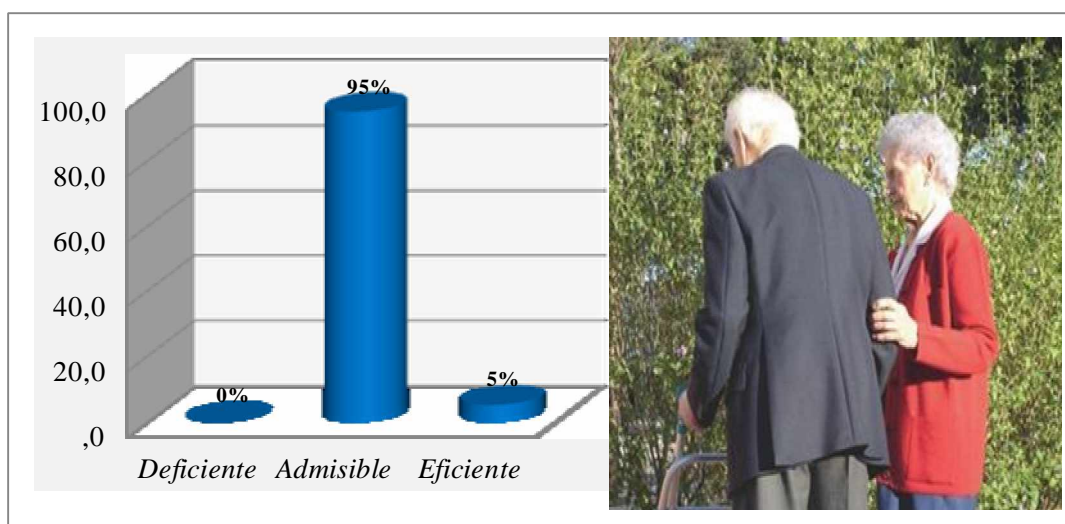
³ Ibidem: 2007: 170.

⁴ Mendoza Isabel, "Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad", 2007: 183.

5.1.2 Percepción de Apoyo Funcional en los Adultos Mayores

A diferencia del de apoyo estructural, al hablar sobre apoyo funcional se analiza el tipo de apoyo social que los miembros de la red prestan a los adultos mayores, ya sea: instrumental, informativo, afectivo o de relaciones sociales. En relación a esta dimensión, el cuestionario de Apoyo Social MOS-SSS, considera cuatro tipos de apoyo social que son valoradas a través de 19 ítems de apoyo funcional.

GRÁFICO N° 2
PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL



*Fuente: Elaboración Propia

En lo que respecta al **apoyo social** (ayuda ya sea instrumental, informativa, afectiva o de relaciones sociales que derivan de un determinado entramado social), se aprecia que la mayoría (95%) de los adultos mayores perciben un nivel “*admisible*” de apoyo, que sugiere que si bien la persona mayor no recibe permanentemente o diariamente estos diferentes tipos de ayuda, sí puede disponer de cualquiera de ellos en determinadas situaciones eventuales o críticas.⁵

Al analizar los datos se puede inferir que este resultado en particular constituye un aporte del estudio, ya que no se apega y/o ratifica ninguna de las líneas planteadas

⁵ Arias J. Claudia, “El modelo teórico del apoyo social”, 2006: 3.

respecto al tema, por ejemplo, como la de Calvete (1994), que sugiere que “*hay una tendencia generalizada a encontrar niveles bajos de apoyo social entre las personas mayores*”⁶ o Mendoza (2007), que plantea que “*los adultos mayores debido a la pérdida paulatina de sus capacidades funcionales son propensos a recibir mucho más apoyo social*”⁷; es más sólo diríamos que estos datos instituyen una línea intermedia entre ambas posturas, lo que le da cierta relatividad al asunto.

El análisis de estos resultados en función de las variables edad y sexo, no pone de manifiesto ninguna diferencia significativa:

Atendiendo tanto los criterios de **edad** y de **sexo** podemos apreciar que no hay disimilitud entre ambos grupos, más aún, hay una tendencia generalizada hacia una percepción de apoyo social admisible: 9 de cada 10 adultos mayores manifiestan haber recibido en algún momento apoyo ya sea: material, informacional, afectivo o de relaciones sociales que les ha ayudado a sobrellevar situaciones tanto habituales como conflictivas.

CUADRO N° 8
APOYO SOCIAL PERCIBIDO SEGÚN EDAD

Edad	Apoyo Social Percibido						Total	
	Deficiente		Admisible		Eficiente		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
60 a 65 años	0	,0	15	15,0	0	,0	15	15
66 a 70 años	0	,0	25	25,0	0	,0	25	25
71 a 75 años	0	,0	20	20,0	0	,0	20	20
76 a 80 años	0	,0	20	20,0	5	5,0	25	25
81 a 85 años	0	,0	15	15,0	0	,0	15	15
86 a más	0	,0	0	,0	0	,0	0	0
Total	0	,0	95	95,0	5	5,0	100	100

*Fuente: Elaboración Propia

La ausencia de diferencias por grupos de edad y de sexo nos permitiría afirmar que estas variables no son determinantes y/o decisivas en la recepción de apoyo social en

⁶ Calvete Z. Esther, “Apoyo social y adultos mayores en residencias”, 1994: 72.

⁷ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 160.

la 3^{ra} edad, ya que como lo muestran los resultados hay una marcada neutralidad en las diferentes categorías, ya sea por grupo etáreo o por grupo de acuerdo a género.

CUADRO N° 9
APOYO SOCIAL PERCIBIDO SEGÚN SEXO

Sexo	Apoyo Social Percibido						Total	
	Deficiente		Admisible		Eficiente		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
Masculino	0	,0	50	50,0	0	,0	50	50
Femenino	0	,0	45	45,0	5	5,0	50	50
Total	0	,0	95	95,0	5	5,0	100	100

*Fuente: Elaboración Propia

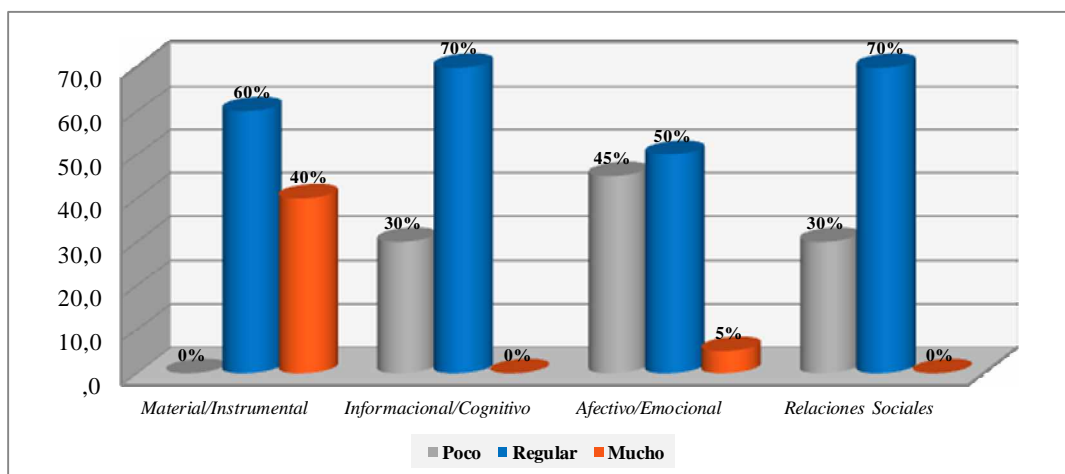
Estos datos concuerdan plenamente con los hallazgos de Sánchez (2010), quien plantea que “no hay diferencias significativas en cuanto a la disponibilidad de apoyo social según el grupo etáreo o sexo de las personas mayores, más aún los datos parecen relativizarse en este punto”.⁸ Sin embargo, para estudios como el de Clemente (2003), estos criterios sí son considerados como factores diferenciales, ya que sus hallazgos indican que “cuanto mayor es el rango de edad menor es la disposición de apoyo, siendo en este grupo los hombres menos beneficiados que las mujeres, quienes por su rol más social tienden a establecer más vínculos de apoyo”.⁹

Para lograr que el lector adquiera una comprensión a mayor cabalidad de los resultados globales sobre la variable apoyo social, se analizara detalladamente cada una de sus categorías: *Apoyo Material/Instrumental, Informativa/Cognitiva, Afectivo/Emocional y de Relaciones sociales/Interacción Social Positiva.*

GRÁFICO N° 3
TIPOS DE APOYO SOCIAL

⁸ Salinas Aarón, “Redes de apoyo social en la vejez: Adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades”, 2008: 173.

⁹ Clemente M. Alejandra, “Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica”, 2003: 48.



*Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la categoría de "**Apoyo Material/Instrumental**" (ayuda que implica la provisión de *recursos económicos*: recibir dinero de forma regular, y *no económicos* como vivienda, alimentación, vestimenta, pago de servicios, etc.) orientados a brindar principalmente asistencia utilitaria al adulto mayor, se pueden apreciar los siguientes datos:

CUADRO N° 10
APOYO MATERIAL/INSTRUMENTAL

Cuenta con alguien...	Apoyo Material/Instrumental					Total %
	Nunca	P/V	A/V	M/V	Siempre	
	%	%	%	%	%	
Que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	45,0	25,0	25,0	5,0	,0	100
Que le lleve al médico cuando lo necesite.	30,0	15,0	50,0	5,0	,0	100
Que le prepare la comida si no puede hacerlo.	5,0	5,0	,0	,0	90,0	100
Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	30,0	15,0	45,0	10,0	,0	100

Fuente: Elaboración Propia

En general se observa que el grado de apoyo material/instrumental percibido por los adultos mayores fluctúa entre admisible (60%) y eficiente (40%), pero si analizamos en detalle los ítems que incluyen esta dimensión, se verá que los resultados son un tanto reveladores:

- Si bien los adultos mayores reciben una adecuada **ayuda material**, que se evidencia en la suministración de recursos monetarios como también no monetarios (pago de la mensualidad del hogar, consultas médicas, medicinas, etc.).
- En lo que concierne a la **ayuda instrumental**, no se aprecia es mismo grado de provisión, el porqué de esta situación escapa a nuestras manos, pero en un intento de comprender esta situación nos planteamos la siguiente posibilidad: *dada la condición de internos de los adultos mayores, generalmente quienes cumplen esta función es el personal del hogar, por lo que el rol de los familiares es relegada a otras funciones, quedando limitada su participación en este tipo de apoyo.*

Atendiendo estos datos confirmamos que nuestros hallazgos corroboran los resultados obtenidos por otras investigaciones desarrolladas sobre el tema: Guzmán (2002), plantea que “*la población adulta recibe principalmente del entorno familiar algún tipo de ayuda económica*”.¹⁰ Clemente (2006), descubrió que el tipo de ayuda que más reciben las personas mayores es esencialmente de carácter monetario, muy pocas veces complementado con apoyo asistencial.¹¹ Domínguez (2008), en su estudio concluye que “*las principales fuentes de apoyo informal brindan fundamentalmente apoyo material a los adultos mayores*”.¹²

Respecto a la categoría “**Apoyo Informativo/Cognitivo**” (ayuda que se refiere al intercambio de información, experiencias, consejos, etc. que permiten el sobrecogimiento del adulto mayor), podemos apreciar los siguientes resultados:

CUADRO N° 11

APOYO INFORMATIVO/COGNITIVO

¹⁰ Guzmán M. José, et al., “Redes de apoyo social de personas mayores: Marco Conceptual”, 2003: 49.

¹¹ Clemente M. Alejandra, “Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica”, 2003: 45.

¹² Guzmán M. José, et al., “Redes de apoyo social de personas mayores: Marco Conceptual”, 2003: 61.

Cuenta con alguien con/que...	Informacional/Cognitivo					Total
	Nunca	P/V	A/V	M/V	Siempre	
	%	%	%	%	%	%
Quien pueda contar cuando necesita hablar.	30,0	35,0	30,0	5,0	,0	100
Le aconseje cuando tenga problemas.	50,0	10,0	35,0	5,0	,0	100
Le ayude a entender una situación.	55,0	30,0	15,0	,0	,0	100
Quien confiar y hablar de sus preocupaciones.	60,0	25,0	15,0	,0	,0	100
Cuyo consejo realmente desee.	75,0	20,0	5,0	,0	,0	100
Quien compartir sus temores más íntimos.	70,0	15,0	15,0	,0	,0	100
Que le aconseje como resolver sus problemas.	65,0	30,0	5,0	,0	,0	100
Que comprenda sus problemas.	75,0	20,0	5,0	,0	,0	100

*Fuente: Elaboración Propia

En general se aprecia que el grado de apoyo Informacional/Cognitivo percibido por los adultos mayores oscila entre admisible (70%) y poco (30%): pero analizando minuciosamente los datos porcentuales en cada una de las categorías de percepción de apoyo, se considera que:

- A pesar de que en conjunto predomina marcadamente un grado de apoyo admisible y sólo un tercio de ello registra un grado de apoyo deficiente. Si se examina a detalle se notara que porcentajes muy importantes figuran en la alternativa de “nunca” haber recibido ese tipo de apoyo.

A la luz de los datos analizados, se diría que los resultados coinciden plenamente con los hallazgos de Sánchez en su estudio sobre “Redes de apoyo social en la vejez”, donde sugiere que “la provisión de este tipo de apoyo desde las principales fuentes informales a los adultos mayores es muy poco frecuente, y en los casos en que sí lo brindaran generalmente es en muy escasa medida”.¹³

En la categoría de “**Apoyo Afectivo/Emocional**” (ayuda que se expresa por la vía de la empatía, cariño, preocupación por el otro, ya sea, a través de la transmisión

¹³ Salinas Aarón, “Redes de apoyo social en la vejez: Adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades”, 2008: 173.

física de afecto o una actitud de reconocimiento y atención de la persona), se puede apreciar los siguientes datos:

CUADRO N° 12
APOYO AFECTIVO/EMOCIONAL

Cuenta con alguien...	Afectivo/Emocional					Total
	Nunca	P/V	A/V	M/V	Siempre	
	%	%	%	%	%	%
Le muestre amor y afecto.	50,0	25,0	20,0	5,0	,0	100
Le abrace.	60,0	20,0	20,0	,0	,0	100
A quien amar y demostrárselo.	65,0	20,0	15,0	,0	,0	100

*Fuente: Elaboración Propia

De manera general, se puede apreciar que el grado de apoyo Afectivo/Emocional percibido por los adultos mayores, fluctúa entre admisible (50%) y poco (45%): la tendencia en esta dimensión es que las personas mayores no reciben habitualmente este tipo de apoyo de familiares y/o amigos, y en los casos en que sí se les brinda ayuda de esta naturaleza, es de carácter meramente eventual y en muy poca medida.

Es muy claro, que la situación planteada, de alguna manera, sí se vive en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, decimos ello bajo el siguiente fundamento: Fue muy común escuchar en las personas mayores, expresiones como: *“cuando a uno lo dejan aquí, es como si ya no existiéramos...”*, *“desde que me dejaron en el asilo, se olvidaron de mi...”*, *“ya nadie se acuerda de mi...”*, comentarios que reflejaban evidentemente su gran insatisfacción respecto al abandono que perciben de sus familiares o amigos más cercanos.

Es por ello, que en este punto disentimos con los datos encontrados en estudios similares: Guzmán et al. (2010), que en su estudio sugiere que *“los adultos mayores tienden a establecer con sus familiares lazos más íntimos que les brindan*

esencialmente apoyo emocional".¹⁴ Clemente (2008), plantea que *"las personas mayores reciben de su entorno familiar primordialmente un apoyo de tipo afectivo"*.¹⁵ Domínguez (2007), concluye en su investigación que *"las familias son más propensas a brindar apoyo de emocional a sus miembros mayores, debido a la mayor demanda afectiva que se genera en la tercera edad..."*.¹⁶

Respecto a la categoría de **"Apoyo de Relaciones Sociales o Interacción Social Positiva"** (ayuda que proviene de la disposición de contar con alguien con quien distraerse, compartir, etc.), se pueden apreciar los siguientes datos:

CUADRO N° 13
APOYO RELACIONES SOCIALES O INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA

Cuenta con alguien...	Relaciones Sociales					Total
	Nunca	P/Veces	A/Veces	M/Veces	Siempre	
	%	%	%	%	%	%
Con quien pasar un buen rato.	35,0	30,0	30,0	5,0	,0	100
Con quien pueda relajarse.	40,0	35,0	25,0	,0	,0	100
Con quien olvidar sus problemas.	70,0	25,0	5,0	,0	,0	100
Con quien divertirse.	45,0	45,0	10,0	,0	,0	100

*Fuente: Elaboración Propia

En general, se deduce que el grado de apoyo de Relaciones Sociales /Interacción Social Positiva percibido por los adultos mayores, oscila entre admisible (70%) y poco (30%): pero estudiando a detalle los datos porcentuales en cada una de las categorías de percepción de apoyo, debemos considera lo siguiente:

- Si bien en conjunto predomina marcadamente un grado de apoyo admisible y sólo un tercio de ello registra un grado de apoyo deficiente. Ya a detalle se

¹⁴ Clemente M. Alejandra, "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica", 2003: 53.

¹⁵ Fernández M. Karen, "Redes de apoyo social", 2008: 90-93.

¹⁶ Guzmán M. José, et al., "Redes de apoyo social de personas mayores: Marco Conceptual", 2003: 62.

advierte que porcentajes muy importantes figuran en la alternativa de “*nunca*” haber recibido ese tipo de apoyo.

Es evidente, que la condición planteada, aunque sólo en alguna medida, sí es vivenciada en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, indicamos ello en base a la siguiente deducción: Se hizo muy notorio que las personas mayores no consideran muy significativo entablar relaciones cercanas con los propios internos, ya que manifiestan que ellos: “*son gente extraña, les tengo desconfianza...*”, “*no me acerco mucho a ellos porque no sé cómo serán...*”, “*no me gusta otra gente, quiero a mi familia...*”, expresiones que ponen de manifiesto el poco interés entre los internos de interactuar socialmente entre ellos, otorgándole única importancia a las relaciones que pudieran establecer con sus familiares o con amigos más cercanos fuera del centro, a sabiendas que este tipo de interacciones son poco habituales.

Considerando los datos analizados, diríamos que nuestros resultados coinciden plenamente con los hallazgos de Sánchez (2010) en su estudio sobre “Redes de apoyo social en la vejez”, donde sugiere que la “*provisión por parte de la familia y/o amigos de este tipo de ayuda es muy poco frecuente*”. Si bien las razones de ello pueden ser muy variadas, se pone a consideración una posible causa en el caso de la población de estudio: “*dada la condición de internos de los adultos mayores, se dificulta un poco la visita de familiares y/o amigos al hogar, y con ello la posibilidad de tener espacios de esparcimiento y recreación con sus seres más allegados va disminuyendo*”.

Los resultados analizados e interpretados sobre el grado de apoyo social percibido por adultos mayores institucionalizados en el hogar “Santa Teresa de Jornet” confirman la tendencia manifestada por algunos autores: “*en la tercera edad la disponibilidad de apoyo en lo que se denomina ayuda directa (material/instrumental), es superior a la disponibilidad de ayuda indirecta (informacional, afectiva, relaciones sociales)*”.¹⁷

¹⁷ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 172.

En síntesis: A partir de todo lo expuesto, se considera que el principal hallazgo de la valoración de estos resultados, fue descubrir la amplia variabilidad de redes de apoyo social que se presenta en la tercera edad, imposibilitando el identificar un tipo característico de red en esta etapa. Lo que lleva a pensar que el aumento de la edad en el adulto mayor no determina necesariamente la reducción e insuficiencia de sus redes de apoyo, más aún, es muy posible que en esta etapa de la vida puedan configurar y mantener redes de apoyo social favorables y efectivas.¹⁸

5.2 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

En esta segunda sección se estudia la variable “calidad de vida” que como ya se dijo, es un tema de creciente atención en diferentes ámbitos profesionales dirigidos a la tercera edad, el interés particular en este grupo etáreo, se debe a que el adulto mayor vive un proceso continuo de pérdidas en sus capacidades funcionales, cambios que podrían llegar a afectar calidad de vida y su percepción sobre ella.¹⁹

Para tal fin, se presentan los datos obtenidos, que responden al segundo objetivo específico de estudio: “*Describir la valoración de calidad de vida que hacen los adultos mayores institucionalizados*”, a partir de ello desarrollamos el siguiente análisis:

5.2.1. Valoración Global de Calidad de Vida en los Adultos Mayores

Al tratar el tema de **calidad de vida**, nos estamos refiriendo a la percepción que tiene el adulto mayor de su posición en la vida, dentro de su contexto socio-cultural y, en relación con sus metas, expectativas, etc. Sobre este constructo el cuestionario de Calidad de Vida: WHOQOL-BREF hace referencia a dos tipos de evaluación sobre la autopercepción de calidad de vida: valoración general y valoración multidimensional.

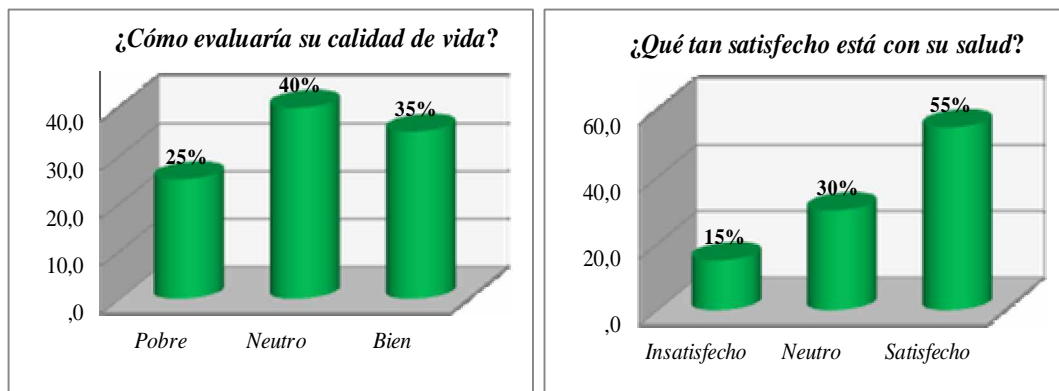
¹⁸ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 170.

¹⁹ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008:326.

El análisis inicia mostrando los resultados obtenidos en la valoración general de calidad de vida, información que se obtuvo a través de los dos primeros ítems del cuestionario Whoqol-Bref, los cuales estaban orientados a evaluar la percepción del adulto mayor sobre su calidad de vida global y salud en general:

Respecto a la **valoración global de calidad de vida**, se puede apreciar que cuarta parte de los adultos mayores evalúan su calidad de vida como “*neutra*”, distribuyéndose el restante 60% en ambos extremos de la escala: pobre (25%) y bien (35%).

GRÁFICO N° 4
VALORACIÓN GLOBAL DE CALIDAD DE VIDA



*Fuente: Elaboración Propia

- El análisis en conjunto de las puntuaciones reflejadas en las tres categorías, sugiere que la mayoría de adultos mayores sí dispone de condiciones tanto personales como ambientales que les procuren niveles de bienestar y satisfacción -tanto consigo mismo como con su entorno- aceptables.

Condiciones, que desde las palabras de los propios adultos mayores del Hogar “Santa Teresa de Jornet”, podrían entenderse como que: “*siempre me dan mi comida a hora...*”, “*cuando me duele algo me llevan al doctor...*”, “*cuando necesito ayuda siempre están las hermanitas...*”, lo que da lugar a la conjetura de que la institución,

ya sea en mayor o menor medida, sí les proveen los recursos básicos y necesarios que les permiten disfrutar de niveles de calidad de vida aceptables.

Resultados que son muy similares a los obtenidos en otros estudios realizados con adultos mayores, por ej.: Mendoza (2007) que en su trabajo plantea que *“el nivel de calidad de vida percibido por los adultos mayores corresponde primordialmente a un nivel medio”*.²⁰ Torres (2008) que en base a una escala de 5 puntos como máximo, señaló que *“las personas mayores en su conjunto alcanzaban 2,8 puntos en general”*.²¹ Freire (2007) quien en su investigación sugiere que *“los adultos mayores tienden a percibir generalmente en sí mismos niveles de calidad de vida medios o neutros”*.²²

Ahora, en lo que concierne a la **valoración de la satisfacción con la salud**, se observa que un poco más de la mitad de los adultos mayores (55%) señalan estar *“satisfechos”* con su salud, disponiéndose el restante 45% en las categorías de: neutro (30%) e insatisfecho (15%). Datos, que si son evaluados integralmente, sugieren que la mayoría de adultos mayores sí están mediana o totalmente satisfechos con la percepción que tienen de su salud actual, considerando en este constructo, no sólo la ausencia de enfermedades, sino esencialmente su bienestar integral: bio-psico-social.

Estas circunstancias favorables, podrían atribuirse en gran medida a que el Hogar “Santa Teresa de Jomet”, como parte de su estructura y funcionalidad, cuenta con la labor multidisciplinaria que desarrollan los profesionales derivados del Hospital “San Juan de Dios” al Centro, quienes permanentemente hacen un seguimiento de la salud integral (físico, psicológico y social) de los adultos mayores institucionalizados.

Las conclusiones son consistentes con los hallazgos logrados en estudios con temáticas semejantes, como el de: Freire (2007), cuyos resultados sugieren que *“las*

²⁰ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 153.

²¹ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 328.

²² Freire O. Manoel, “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, 2007: 198.

personas mayores tienden a sentirse medianamente satisfechas con su calidad de salud”.²³ Torres (2008), en base a una escala de 5 puntos como máximo, encontró que “los adultos mayores alcanzaban 2,6 puntos con respecto a la satisfacción con su salud”.²⁴ Mendoza (2007), quien concluye en su investigación que “el grado de satisfacción que experimentan los adultos mayores es generalmente regular”.²⁵

El análisis de los resultados en función de las variables de edad y sexo, pone de manifiesto algunas diferencias significativas:

Atendiendo al criterio de **edad**, se aprecia que las puntuaciones más altas en relación a la percepción de satisfacción con la salud, se distinguen en los grupos etáreos de 66-70 y de 71-75 años; encontrándose que a partir de los 76 años conforme avanza la edad los niveles de satisfacción -aunque mínimamente- van disminuyendo.

CUADRO N° 14
SATISFACCIÓN CON LA SALUD SEGÚN EDAD

Edad	¿Qué tan satisfecho está con su salud?										Total	
	M/I		Insatisfecho		Neutro		Satisfecho		M/S			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
60 a 65 años	0	,0	0	,0	10	10,0	5	5,0	0	,0	15	15
66 a 70 años	0	,0	0	,0	10	10,0	15	15,0	0	,0	25	25
71 a 75 años	0	,0	5	5,0	0	,0	15	15,0	0	,0	20	20
76 a 80 años	0	,0	5	5,0	10	10,0	10	10,0	0	,0	25	25
81 a 85 años	0	,0	5	5,0	0	,0	10	10,0	0	,0	15	15
86 a más	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	0
Total	0	,0	15	15,0	30	30,0	55	55,0	0	,0	100	100

*Fuente: Elaboración Propia

Al analizar los resultados, es evidente que las diferencias encontradas por grupos de edad sí son significativas, lo que permitiría afirmar que el rango de edad podría ser una variable diferencial en el grado de satisfacción que experimentan los adultos mayores sobre su salud: A mayor edad menor es el grado de satisfacción percibido.

²³ Ibídem: 2007: 197.

²⁴ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 328.

²⁵ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 153.

Estos datos corroboran la hipótesis planteada por Torres (2008) en su obra “Calidad de vida de los adultos mayores”, donde plantea que “a una edad cada vez más avanzada, por la pérdida progresiva de capacidades funcionales, menor es el índice de satisfacción con la salud”.²⁶ Postura que contrasta la tesis de Freire, que en su trabajo sobre “Calidad de vida y sus aspectos biopsicosociales”, señala que “no existen diferencias de acuerdo a grupos etéreos en lo que respecta a la satisfacción con la salud, al contrario parece haber una cierta homogeneidad perceptiva en esta etapa”.²⁷

CUADRO N° 15
SATISFACCIÓN CON LA SALUD SEGÚN SEXO

Sexo	¿Qué tan satisfecho está con su salud?										Total	
	M/I		Insatisfecho		Neutro		Satisfecho		M/S			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Masculino	0	,0	5	5,0	10	10,0	35	35,0	0	,0	50	50
Femenino	0	,0	10	10,0	20	20,0	20	20,0	0	,0	50	50
Total	0	,0	15	15,0	30	30,0	55	55,0	0	,0	100	100

*Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al **género**, encontramos que las puntuaciones más altas en relación a la percepción de satisfacción con la salud, son registradas en los hombres (35%), quienes manifiestan una percepción mucho más satisfactoria en relación con sus pares femeninos (20%), quienes tienen mayor tendencia a una neutralidad o insatisfacción.

Al analizar los datos, es muy evidente que esta diferencia por grupos en función del sexo no es tan significativa, por lo que no se podría afirmar con certeza, que el sexo es una variable que marque diferencias notables en el grado de satisfacción percibido.

Al respecto, si bien convenimos con los hallazgos de Freire en su investigación sobre “Calidad de vida de mayores y sus aspectos biopsicosociales”, donde plantea que “los

²⁶ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 328.

²⁷ Freire O. Manoel, “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, 2007: 198.

varones a diferencia de las mujeres, tienden a percibirse mucho más satisfechos con su salud”,²⁸ discrepamos con la tesis de Torres, quien en su estudio sobre “Calidad de vida de los adultos mayores”, sugiere que *“son las mujeres quienes debido a su mayor afán tienden a manifestar mayores niveles de satisfacción de con su salud”*.²⁹

Continuando con el análisis, seguidamente se aborda la valoración multidimensional de calidad de vida de los adultos mayores:

5.1.2 Percepción Multidimensional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores

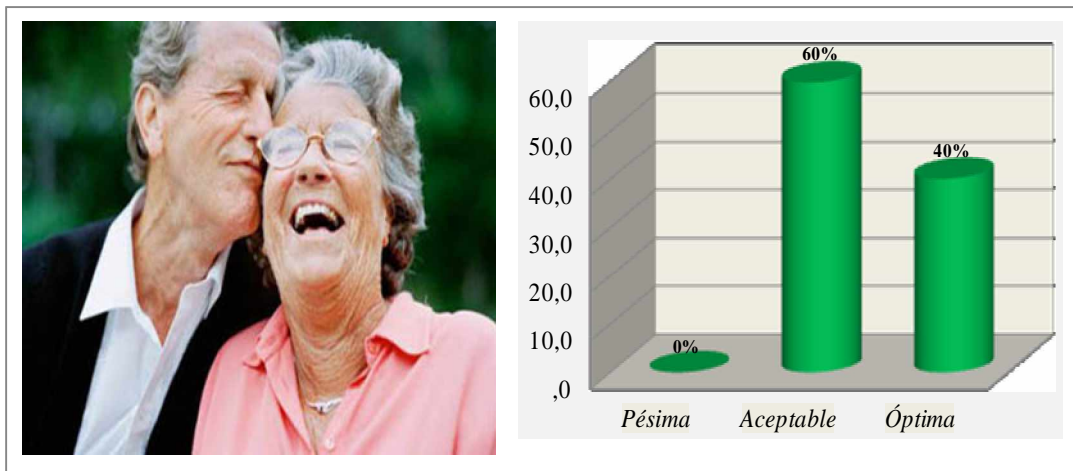
Respecto a la percepción de **calidad de vida multidimensional** que evalúa los diferentes dominios o dimensiones que integran el constructo de calidad vida, se puede apreciar que el (60%) de los adultos mayores perciben un nivel *“admisible”* de calidad de vida, lo que sugiere que si bien el adulto mayor dispone parcialmente de condiciones que le brindan bienestar y satisfacción consigo mismo y su entorno, la disponibilidad de estas condiciones no se pueden garantizar siempre.

²⁸ Freire O. Manoel, “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, 2007: 198.

²⁹ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 328.

GRÁFICO N° 5

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA MULTIDIMENSIONAL



*Fuente: Elaboración Propia

Como ya se señaló anteriormente, la provisión de estos recursos que favorecen niveles aceptables de satisfacción tanto intrínseca como extrínseca, en el Hogar “Santa Teresa de Jomet”, sí son asequibles para los adultos mayores del centro, por ej.: en las *condiciones personales*: Los internos tienen la posibilidad de acceder sin ningún tipo de restricción a cualquiera de los servicios de los que dispone el hogar, ya sea en el área de atención alimentaria, de cuidados, de recreación, etc. Y, en las *condiciones ambientales*: Los residentes, también pueden disponer en el momento que así lo deseen de cualquiera de los espacios dispuestos en las instalaciones del establecimiento, por ej.: los dormitorios, los baños, las salas de esparcimiento, etc.

En general, se aprecia que en la *valoración multidimensional* como la *valoración global* de calidad de vida, las medidas obtenidas se corresponden mutuamente en significado, ya que en ambas prevalece una percepción neutral sobre el constructo de calidad de vida. Corroborándose en ambos resultados, la correspondencia existente entre los hallazgos de nuestro estudio y el de trabajos similares a esta temática, como el presentado por Mendoza (2007), por Torres (2008) y, por Freire (2007).³⁰

³⁰ Muñoz B. Aleyda, et al., “Calidad de vida de los adultos mayores vinculados a la fundación Santiago Apóstol”, 2009: 153.

*El análisis de estos resultados en función de las variables edad y sexo, **no** pone de manifiesto ninguna diferencia significativa:*

CUADRO N° 16
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA SEGÚN EDAD

Edad	Calidad de Vida Percibida						Total	
	Pésima		Aceptable		Óptima		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
60 a 65 años	0	,0	5	5,0	10	10,0	15	15
66 a 70 años	0	,0	20	20,0	5	5,0	25	25
71 a 75 años	0	,0	10	10,0	10	10,0	20	20
76 a 80 años	0	,0	20	20,0	5	5,0	25	25
81 a 85 años	0	,0	5	5,0	10	10,0	15	15
86 a más	0	,0	0	,0	0	,0	0	0
Total	0	,0	60	60,0	40	40,0	100	100

Considerando tanto los criterios de **edad** y **sexo** se puede apreciar que no hay una disimilitud significativa entre ambos grupos, más aún, se puede evidenciar una tendencia generalizada hacia una percepción admisible (60%) de calidad de vida: la mayoría de los adultos mayores manifiestan disponer, ya sea total o parcialmente, “condiciones personales y ambientales”, que le procuran bienestar y satisfacción integral.

La ausencia de diferencias por grupos de edad y de sexo permite afirmar que estas variables no son determinantes y/o decisivas en la percepción de calidad de vida en la tercera edad, ya que como lo muestran los resultados hay una marcada neutralidad en las diferentes categorías, ya sea por grupo etáreo o por grupo de acuerdo a género.

CUADRO N° 17
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA SEGÚN SEXO

Sexo	Calidad de Vida Percibida						Total	
	Pésima		Aceptable		Óptima			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Masculino	0	,0	25	25,0	25	25,0	50	50
Femenino	0	,0	35	35,0	15	15,0	50	50
Total	0	,0	60	60,0	40	40,0	100	100

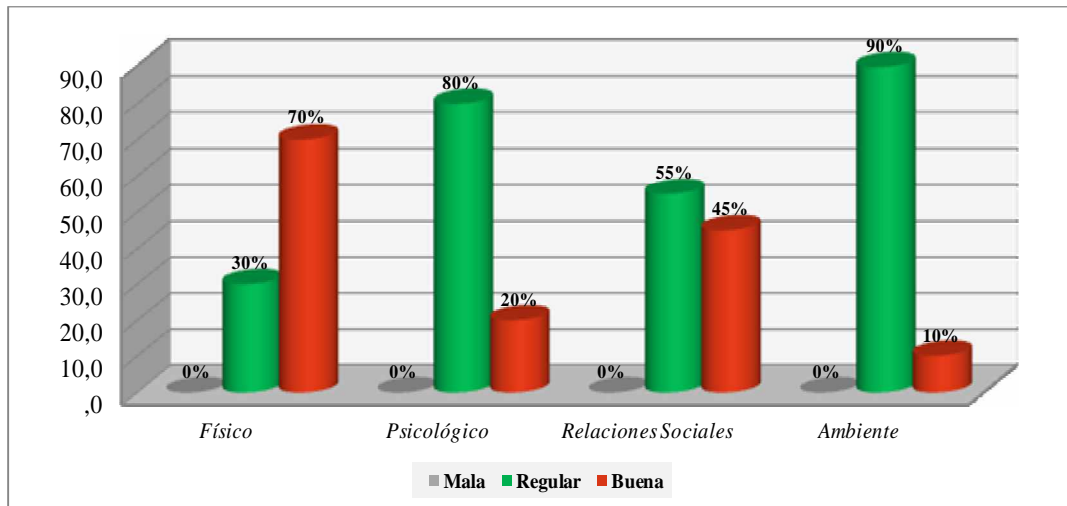
*Fuente: Elaboración Propia

Estos datos coinciden a cabalidad con los hallazgos de Mendoza (2007), quien plantea que *“no hay diferencias relevantes en cuanto a la percepción de calidad de vida según el grupo etáreo o sexo de las personas mayores”*.³¹ Sin embargo, discrepamos con estudios como el de Torres (2008) que sugieren que *“la edad y el sexo sí son variables diferenciales en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores”*.³²

³¹ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 158.

³² Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 46-48.

GRÁFICO N° 6
DOMINIOS DE CALIDAD DE VIDA



*Fuente: Elaboración Propia

Para lograr que el lector adquiriera una comprensión a mayor cabalidad de los resultados globales sobre la variable calidad de vida, se analizaran detalladamente cada una de sus dimensiones: *Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Ambiente*:

En cuanto a la categoría de "**Dominio Físico**" (que valora facetas como actividades de la vida diaria, dependencia a sustancias médicas, energía y fatiga, dolor y molestia, sueño y descanso, capacidad de trabajo, etc.) se pueden apreciar los siguientes datos:

CUADRO N° 18
DOMINIO FÍSICO

Dominio Físico	Calidad de Vida					Total
	Nad.	Poc.	Neu.	Muc	Ext.	
	%	%	%	%	%	
¿El dolor (físico) le impide hacer lo que necesita hacer?	15,0	30,0	40,0	15,0	,0	100
¿Necesita de un tratamiento para poder funcionar en la VD?	15,0	20,0	45,0	20,0	,0	100
¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	5,0	20,0	70,0	5,0	,0	100
¿Se siente capaz de desplazarse bien de un lugar a otro?	5,0	5,0	15,0	70,0	5,0	100
¿Está satisfecho con su sueño?	,0	15,0	50,0	35,0	,0	100
¿Está satisfecho con sus posibilidades de realizar las AVD?	,0	5,0	65,0	30,0	,0	100
¿Está satisfecho con su capacidad para el trabajo?	5,0	20,0	50,0	25,0	,0	100

*Fuente: Elaboración Propia

En general se ve que el grado de satisfacción con el dominio físico percibido por los adultos mayores es predominantemente “*neutro*” en todas las facetas, excepto en la capacidad de desplazarse de un lugar a otro donde el grado de satisfacción es superior: Estos resultados validan los hallazgos obtenidos en otros estudios similares:

- Torres (2008), quien plantea que “*en la población adulta los niveles de satisfacción física se concentran particularmente en un rango medio*”.³³
- Freire (2007), que encontró que el componente físico es el dominio donde las personas mayores tienden generalmente a obtener puntuaciones más neutras.³⁴
- Schmiedl (2009), quien sugiere que “*la percepción que tienen las personas mayores acerca de su salud es considerarla regular*”.³⁵

Sobre esta dimensión, Mendoza en su estudio sobre “calidad de vida y sus aspectos biopsicosociales”, ha planteado el siguiente supuesto: el grado de bienestar y

³³ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 328.

³⁴ Freire O. Manoel, “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, 2007: 127.

³⁵ Schmiedl Susana, et. al, “Calidad de vida del adulto mayor del departamento de Tarija-Bolivia”, 2009: 82.

satisfacción en el dominio físico guarda una estrecha relación con el grado de apoyo material/instrumental: “A mayor provisión de apoyo social mayor calidad de vida”.³⁶

Al respecto los resultados de la presente investigación confirman una correspondencia recíproca entre ambas dimensiones: ya que tanto en el grado de apoyo material/instrumental como en el grado de satisfacción en el dominio físico, las medidas sugieren una tendencia generalizada a la neutralidad con cierta propensión a alcanzar categorías superiores.

En relación a la categoría de “**Dominio Psicológico**” (que valora facetas como apariencia/imagen corporal, sentimientos negativos/positivos, espiritualidad/religión autoestima, aprendizaje, memoria y concentración) se puede apreciar los siguientes resultados:

CUADRO N° 19
DOMINIO PSICOLÓGICO

Dominio Psicológico	Calidad de Vida					Total
	Nad. %	Poc. %	Neu. %	Muc. %	Ext. %	%
¿Cuánto disfruta de la vida?	30,0	20,0	50,0	,0	,0	100
¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	20,0	25,0	35,0	20,0	,0	100
¿Cuál es su capacidad de concentración?	20,0	35,0	40,0	5,0	,0	100
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	20,0	20,0	45,0	15,0	,0	100
¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?	,0	20,0	55,0	25,0	,0	100
¿Cada cuanto tiene sentimientos negativos?	10,0	10,0	35,0	40,0	5,0	100

*Fuente: Elaboración Propia

En general se aprecia que el grado de satisfacción con el dominio psicológico percibido por los adultos mayores es predominantemente “*neutro*” en todas las facetas, excepto en la presencia de sentimientos negativos donde el grado de satisfacción es inferior: Estos datos coinciden parcialmente con los resultados logrados en otras investigaciones desarrolladas sobre el tema: Mendoza (2007), quien plantea que “*el*

³⁶ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 203.

grado de satisfacción de las personas mayores en el dominio psicológico tiende a ser medio y bajo".³⁷ Torres (2008), que sugiere que *"la satisfacción que experimentan los mayores sobre este dominio se concentra en un rango medio y alto"*.³⁸

Al igual que en la dimensión física, Mendoza también plantea un supuesto para esta segunda dimensión: el grado de bienestar y satisfacción en el dominio psicológico guarda una estrecha relación con el grado de apoyo Informativo/cognitivo y Afectivo /Emocional: *"A mayor provisión de apoyo social mayor calidad de vida"*.³⁹

Los resultados de la investigación, confirman sólo una relativa correspondencia recíproca entre ambas dimensiones: si bien por un lado el grado de apoyo Informativo/cognitivo y Afectivo /Emocional varía entre *"regular"* y *"poco"*, y el grado de satisfacción en el dominio psicológico oscila entre las categorías de *"regular"* a *"buena"*, estas medidas indican claramente que hay ciertas tendencias opuestas:

Es muy claro, que la situación planteada, de alguna manera, sí se vive en el Hogar "Santa Teresa de Jornet", decimos ello bajo el siguiente fundamento: Si bien, fue muy común escuchar en las personas mayores, expresiones como: *"cuando a uno lo dejan aquí, es como si ya no existiéramos..."*, *"desde que me dejaron en el asilo, se olvidaron de mi..."*, también se oyeron comentarios como: *"aunque ya a nadie le importe, tengo que seguir adelante por mi mismo (a)..."*, *"a pesar de todas las contrariedades, la vida continúa..."*, *"yo soy mi principal motivo para ser feliz..."*, frases que reflejaban evidentemente su gran optimismo hacia la vida, muy a pesar del abandono que pudieran sentir de sus familiares o amigos más cercanos.

³⁷ Mendoza Isabel, "Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad", 2007: 167.

³⁸ Torres Marisa, et al., "Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF", 2008: 329.

³⁹ Mendoza Isabel, "Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad", 2007: 203.

De lo anterior, se podría deducir que, a pesar que los adultos mayores sólo disponen relativamente de un grado de apoyo afectivo/emocional: ellos tienden a mantener o desarrollar niveles muy aceptables en relación a las facetas del dominio psicológico.

En la categoría de “**Dominio de Relaciones Sociales**” (que valora facetas como relaciones personales, apoyo social y actividad sexual, etc.), se observan los siguientes datos:

De manera general, el grado de satisfacción con el dominio de relaciones sociales percibido por los adultos mayores es predominantemente “*neutro*” en todas las facetas, excepto en lo que respecta a su vida sexual y el apoyo de sus amigos, donde el grado de satisfacción es notablemente inferior.

CUADRO N° 20
DOMINIO DE RELACIONES SOCIALES

Dominio de Relaciones Sociales	Calidad de Vida					Total
	M/I	Ins.	Neu.	Sat.	M/S	
	%	%	%	%	%	%
¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	,0	15,0	35,0	50,0	,0	100
¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	,0	40,0	50,0	10,0	,0	100
¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de sus amigos?	,0	35,0	35,0	30,0	,0	100

*Fuente: Elaboración Propia

Estos resultados coinciden relativamente con los hallazgos obtenidos en estudios similares: Torres que en su estudio sobre “Calidad de vida de adultos mayores”, sugiere que “*la satisfacción que experimentan los adultos mayores sobre este dominio se concentran principalmente en el nivel medio y alto*”⁴⁰ y, por otro lado, Mendoza en su trabajo titulado “Redes de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, concluye que “*el grado de satisfacción de los mayores sobre este dominio de relaciones es primordialmente medio y bajo*”.⁴¹

⁴⁰ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 329.

⁴¹ Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 167.

El último supuesto que plantea Mendoza sobre los dominios de calidad de vida está orientado a esta tercera dimensión: el grado de bienestar y satisfacción en el dominio de Relaciones Sociales guarda una estrecha relación con el grado de apoyo de Interacción Social Positiva: “*A mayor provisión de apoyo social mayor calidad de vida*”.⁴²

En relación a ello, nuestros resultados confirman sólo parcialmente una correspondencia recíproca entre ambas dimensiones: si bien por un lado el grado de apoyo de Interacción Social Positivo oscila entre “*regular*” y “*poco*”, el grado de satisfacción en el dominio de relaciones sociales, varía entre las categorías de “*regular*” y “*buen*”, medidas que se indica que hay ciertas tendencias que son contrapuestas.

Es evidente, que la condición planteada, aunque sólo en alguna medida, sí es vivenciada en el Hogar “Santa Teresa de Jornet”, indicamos ello en base a la siguiente deducción: Aunque se hizo muy notorio que las personas mayores no consideran muy significativo entablar relaciones cercanas con los propios internos, ya que manifiestan que ellos: “*son gente extraña, les tengo desconfianza...*”, “*no me acerco mucho a ellos porque no sé cómo serán...*”, “*no me gusta otra gente, quiero a mi familia...*”, a la vez, se hicieron evidentes actitudes como: “*cuando vienen mis hijos me siento tan, tan contenta...*”, “*si mi familia vendría más seguido, como ahora, no tendría por qué quejarme, sería feliz...*”, “*no hay nada como estar con las personas que queremos...*”, expresiones, que si bien ponen de manifiesto el poco interés entre los internos de interactuar socialmente entre ellos, su afán por otorgándole gran importancia a las relaciones que pudieran establecer con sus familiares, hace que ellos tiendan eventualmente a desarrollar niveles de satisfacción muy aceptables cuando el tipo de relaciones que ellos anhelan es posible.

⁴² Mendoza Isabel, “Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad”, 2007: 203.

En relación a la categoría de “**Dominio de Ambiente**” (que valora facetas como recursos financieros, seguridad física, cuidado social, participación y oportunidades de recreación/actividades de descanso, ambiente físico y transporte, etc.), se puede apreciar los siguientes datos:

CUADRO N° 21
DOMINIO DE AMBIENTE

Dominio de Ambiente	Calidad de Vida					Total %
	Nad. %	Poc. %	Neu. %	Muc. %	Ext. %	
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	5,0	25,0	45,0	25,0	,0	100
¿Qué tan saludable es su ambiente físico?	,0	15,0	75,0	10,0	,0	100
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	5,0	65,0	20,0	5,0	5,0	100
¿Está disponible la información que necesita en su VD?	10,0	70,0	20,0	,0	,0	100
¿Tiene posibilidades de realizar actividades de recreación?	35,0	25,0	35,0	5,0	,0	100
¿Está satisfecho con la condiciones del lugar donde vive?	,0	,0	25,0	70,0	5,0	100
¿Está satisfecho con el acceso a los servicios de salud?	,0	5,0	50,0	45,0	,0	100
¿Está satisfecho está con el servicios de transporte?	,0	25,0	70,0	5,0	,0	100

*Fuente: Elaboración Propia

En general se observa que en lo que respecta al dominio de ambiente, los adultos mayores tienen un grado de satisfacción inconstante en todas las facetas: ya que las apreciaciones varían desde insatisfechos (25%), neutros (70%) y satisfechos (5%): Estos datos corroboran parcialmente los distintos hallazgos presentados por investigaciones desarrolladas sobre el tema:

- Freire (2007), quien encontró en sus investigaciones que el componente ambiental es el dominio donde los mayores obtienen más altas puntuaciones.⁴³
- Schmiedl (2009), basada en su estudio sobre “Calidad de vida del adulto mayor en el departamento de Tarija-Bolivia”, concluye que la percepción que tienen las personas mayores acerca del ambiente en el cual viven es regular⁴⁴.

⁴³ Freire O. Manoel, “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, 2007: 197.

- Torres (2008), que en su trabajo en relación a la tercera edad, plantea que en general las personas mayores tienden a no estar satisfechas con su entorno.⁴⁵

Estas condiciones de desigualdad, se hacen bastante notorias desde las propias palabras de los adultos mayores del Hogar “Santa Teresa de Jornet”, cuando emiten comentarios como este: *“siempre ha sido así, los que tienen más plata, tienen más privilegios...”*, es en base a ello, que podría explicarse el porqué de la fluctuación en el nivel de satisfacción en el dominio de ambiente: Aquellos quienes debido a una mayor posesión económica disponen relativamente de mejores condiciones que el resto, es posible que desarrollen niveles de satisfacción mucho más favorables que aquellos quienes no cuentan con la misma ventaja económica, ya que éstos sólo dispondrán de condiciones que les son comunes al resto de los internos del centro.

Los resultados analizados e interpretados sobre el grado de calidad de vida percibido por los adultos mayores institucionalizados en el hogar “Santa Teresa de Jornet” no confirman la tendencia manifestada por algunos autores: *“en la tercera edad el dominio físico es la dimensión donde se obtienen las puntuaciones más bajas...y las medidas más altas corresponden principalmente al dominio de Ambiente”*.⁴⁶

Síntesis: A partir de todo lo expresado, se cree que el principal hallazgo de la evaluación de estos resultados, fue revelar que los adultos mayores aunque son conscientes de los cambios negativos que se producen en esta etapa, afrontan razonablemente bien el paso del tiempo. Destacando que la mayoría de ellos son capaces de desarrollar acciones de diversa índole que les permiten adaptarse y acomodarse satisfactoriamente a las nuevas situaciones que conlleva la tercera edad, lo que influye positivamente en su salud, y por lo tanto en su percepción de calidad de vida.⁴⁷

⁴⁴ Schmiedl Susana, et. al, “Calidad de vida del adulto mayor del departamento de Tarija-Bolivia”, 2009: 82.

⁴⁵ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008: 328.

⁴⁶ Freire O. Manoel, “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, 2007: 197.

⁴⁷ Ibídem: 2007: 69.

5.3 RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Esta última sección estará orientada a analizar la posible relación entre las variables de estudio “Apoyo social” y “Calidad de vida”, ya que como se indico anteriormente, existe amplia evidencia empírica que ha demostrado que el apoyo social es de fundamental importancia en la configuración de la calidad de vida en la tercera edad.

Para tal fin, se presentaran los resultados obtenidos tanto en el cuestionario de Apoyo Social MOS-SSS como en el cuestionario de Calidad de vida WHOQOL-BREF, ya que ambos responden al tercer objetivo específico de estudio: “Relacionar el grado de apoyo social y el nivel de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados”, a partir de ello desarrollamos el siguiente análisis:

5.3.1 Relación entre Apoyo Social y Calidad de Vida en los Adultos Mayores

CUADRO N° 22
RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA

Apoyo Social Percibido	Calidad de Vida Percibida						Total	
	Pésima		Aceptable		Óptima			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Deficiente	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
Admisible	0	,0	60	60,0	35	35,0	95	95,0
Eficiente	0	,0	0	,0	5	5,0	5	5,0
Total	0	,0	60	60,0	40	40,0	100	100,0

*Fuente: Elaboración Propia

Sobre la relación entre las variables *apoyo social* y *calidad de vida* en los adultos mayores, se puede apreciar tres niveles de correlación de acuerdo a las distribuciones porcentuales en cada categoría: se partirá de considerar cada uno de los grados de apoyo social percibido, para luego relacionar cada uno de ellos con los distintos niveles de calidad de vida, y así identificar el grado de conexión.

En la categoría **deficiente** de apoyo social percibido no se puede realizar análisis alguno, ya que como es evidente, no hay datos que evaluar al respecto.

De la categoría **admisible** de apoyo social percibido, pueden desprenderse dos deducciones:

- *Apoyo social admisible y Calidad de vida aceptable (60%)*: los resultados permiten inferir que si bien el adulto mayor recibe eventualmente diferentes tipos de ayuda, la disposición de estos apoyos no son permanentes ni mucho menos constantes, *tal vez sea justamente esta falta de estabilidad*, que induce a que los adultos mayores a pesar de percibir una disposición adecuada de condiciones tanto personales como ambientales que les procuren bienestar, manifiestan solamente un grado de satisfacción “regular”.
- *Apoyo social admisible y Calidad de vida óptima (35%)*: en contraste con las inferencias realizadas sobre la relación apoyo social admisible y calidad de vida aceptable, donde se sugería que el nivel medio de satisfacción de calidad de vida se debía fundamentalmente a la falta de constancia de apoyo social, ahora se puede apreciar que en una proporción muy significativa que hay quienes a pesar de esta de escasa permanencia y consistencia de ayuda, si desarrollan niveles óptimos de calidad de vida.

En la categoría **eficiente** queda analizar la relación entre el máximo grado de apoyo social y calidad de vida:

- *Apoyo social eficiente y Calidad de vida óptima (5%)*: sobre esta relación no hay mucho que decir, ya que las explicaciones pueden saltar a la vista: a mayor recepción de apoyo social, se desarrollan mejores niveles de calidad de vida, y por ende la percepción sobre ella es mucho más saludable.

El análisis en conjunto de todos estos resultados, permiten inferir que en la muestra de estudio, se aprecia una significativa correlación positiva entre el grado de apoyo percibido y el nivel de calidad de vida manifestado.

Hallazgos que confirman los obtenidos en estudios similares al presente, como el de Mendoza (2007), Freire (2007) y Torres (2008), quienes concuerdan en sus trabajos de investigación que *“la disponibilidad de recursos de apoyo social es uno de factores primordiales que determinan niveles favorables de bienestar en la tercera edad”*: las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida no sólo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional y de interacción con el entorno.⁴⁸

⁴⁸ Torres Marisa, et al., “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, 2008.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo, se ha presentado una revisión de distintos estudios, tanto teóricos como empíricos, que permitieran lograr un mayor conocimiento y comprensión sobre las redes de apoyo social y su impacto en la calidad de vida en la tercera edad. A partir de ello, se han planteado algunas conclusiones importantes, alcanzadas primordialmente sobre la base del análisis e interpretación de los resultados, mismos que estaban orientados a responder los objetivos e hipótesis de investigación:

1^{er} Objetivo Específico: *Describir la autopercepción de apoyo social que tienen los adultos mayores institucionalizados.*

- *La Percepción de Apoyo Estructural en los Adultos mayores:* El tamaño de red de apoyo, es decir, el número de personas que conforman la red de apoyo social, que presentan gran parte (70%) de los adultos mayores es similar a la medida encontrada en muchas otras investigaciones realizadas sobre el tema con este grupo etáreo: las redes están conformadas entre 1 y 10-12 miembros.

Se encontraron diferencias en función de la **edad**, comprobándose un aumento considerable en el tamaño de la red de los mayores conforme el rango de edad es más alto; y en función del **sexo**, en el sentido en que las mujeres presentan unas redes de apoyo significativamente más amplias que la de los hombres.

- *La Percepción de Apoyo Funcional en los Adultos mayores que hace referencia al tipo de apoyo social que los miembros de la red les proporcionan:* El grado de apoyo social percibido por la mayoría (95%) es “**admisible**”, dato particular que se constituye como un aporte del estudio, ya

que estos resultados, no asienten ni disienten, con ninguna de las líneas o tesis planteadas en otras investigaciones que se ha desarrollado sobre el tema.

No se hallaron diferencias por grupos de edad o sexo de lo que se deduce que estas variables no son determinantes en la recepción de apoyo social en la tercera edad, ya que como lo muestran los datos hay una marcada neutralidad en las diferentes categorías, ya sea por grupo etáreo o grupo según el género.

Atendiendo al *grado de percepción de apoyo en cada uno de los tipos de ayuda* provistos a los adultos mayores, se reafirma la tendencia generalizada de que en la tercera edad el grado de disponibilidad de apoyo en lo que se denomina ayuda directa o relativa a *necesidades extrínsecas* (material/instrumental 40%), es superior a la disponibilidad de ayuda indirecta o vinculada a *necesidades intrínsecas* (informativa 0%, afectiva 0%, de interacción 5%).

Como síntesis de esta primera conclusión diríamos que, con respecto a ciertos supuestos que sostienen tanto la disrupción de la red en la tercera edad como la dificultad de incorporar nuevos vínculos durante esta etapa de la vida, en la presente investigación se destaca lo siguiente:

La mayoría de los adultos mayores entrevistados poseen redes de tamaño medio y, disponen de recursos de apoyo social en grados de suficiencia y funcionalidad primordialmente admisibles.

Por lo tanto, si bien algunos hechos como la muerte de familiares y amigos, la migración en la vejez, la jubilación y el ingreso a una residencia pueden impactar negativamente sobre la red de apoyo social, la tercera edad no implica ni determina la insuficiencia de los apoyos sociales de un modo ineludible.

2^{do} Objetivo Específico: *Describir la valoración de calidad de vida que hacen los adultos mayores institucionalizados.*

- *Percepción Global de Calidad de Vida y Salud en General:* El nivel de calidad de vida global percibido en cuatro de cada diez (40%) adultos mayores es fundamentalmente “neutra”. Similar a ello, percibimos que el grado de bienestar con respecto a su salud en general en casi seis de cada diez (55%) adultos mayores es de “satisfacción”. Ambas medidas son semejantes a los resultados obtenidos en otras investigaciones realizadas con la tercera edad.

Se hallaron diferencias en función de la **edad**, evidenciándose que a mayor edad menor es el grado de satisfacción percibido; y en función del **sexo**, en el sentido que los hombres tienden a manifestar una percepción mucho más satisfactoria que las mujeres, quienes son más propensas a la insatisfacción.

- *Percepción Multidimensional de Calidad de Vida:* El nivel de calidad de vida multidimensional, que implica la valoración de los diferentes dominios que integran este constructo, percibido en seis de cada diez (60%) adultos mayores es “admisible”: Esta medida es equivalente a la obtenida en el nivel de valoración global, ya que en una y otra, prevalece una percepción neutral sobre el constructo de calidad de vida. En ambas se evidencia la correspondencia existente entre los hallazgos de nuestro estudio y el de trabajos afines.

No se encontraron diferencias por grupos de edad o sexo de lo que se deduce que estas variables no son concluyentes en la provisión de calidad de vida en la tercera edad, ya que como lo muestran los datos hay una marcada neutralidad en las diferentes categorías, ya sea por grupo etáreo o según el género.

Considerando el *nivel de percepción de calidad de vida en cada uno de los dominios* provistos a los adultos mayores, no se confirma la tendencia manifestada de que en la tercera edad el dominio físico (70%) sea la

dimensión donde generalmente se obtienen las puntuaciones más bajas, centralizándose casi siempre las medidas más altas en el dominio de Ambiente (10%).

A manera de síntesis de la segunda conclusión se diría que, con respecto a las tesis que afirman que la calidad de vida como constructo de estudio cobra particular relevancia en la tercera edad dado por las características diferenciales que definen esta etapa, a partir del estudio se puede subrayar lo siguiente:

Gran parte de los adultos mayores entrevistados poseen calidad de vida niveles de suficiencia y funcionalidad esencialmente admisibles.

Por consiguiente, si bien el estudio de calidad de vida cobra mayor importancia en la tercera edad debido a que en esta etapa surgen ineludiblemente ciertos deterioros a nivel bio-psico-social que de alguna manera podrían llegar a afectar este constructo, estos factores no necesariamente son determinantes ni mucho menos concluyentes para la insuficiencia de los niveles de calidad percibidos por los adultos mayores.

3^{er} Objetivo Específico: *Relacionar el grado de apoyo social y el nivel de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.*

El análisis integral de todos los resultados permiten inferir que sí existe una significativa correlación positiva entre la percepción de apoyo social y de calidad de vida, planteamos ello bajo la siguiente premisa:

La disposición de apoyo social en un grado “aceptable”, posiblemente haya tenido como resultado directo una percepción de calidad de vida multidimensional en un nivel “admisible”.

Por lo anterior, diríamos que la hipótesis de estudio planteada: “A mayor grado de apoyo social percibido, mayor nivel de calidad de vida”, es **ACEPTADA**, ya que si bien, por un lado, los resultados de estudio confirman esta presunción, por otro lado,

muchos otros similares a la temática abordada, sugieren que la disponibilidad de recursos de apoyo social es uno de factores primordiales que determinan niveles favorables de calidad de vida en la tercera edad.

6.2 RECOMENDACIONES

El reconocimiento del apoyo social como un elemento esencial que favorece una configuración saludable de calidad de vida en la tercera edad, queda incompleto si no se realizan trabajos paralelos de sensibilización a la sociedad tarijeña en general, a las instituciones encargadas de velar por la integridad de este grupo etáreo, a todas las familias y a los propios adultos mayores.

Por este motivo, las recomendaciones que derivan de las conclusiones de estudio, van dirigidas básicamente a estos cuatro sectores:

- **A la sociedad tarijeña:** Aunar esfuerzos para la lograr la creación y mantenimiento de diferentes servicios gubernamentales y no gubernamentales que permitan asistir al adulto mayor en el seno de su propia familia, evitando de este modo su traslado a un hogar. Para aquellos casos en los que no se pueda evitar la institucionalización, las acciones deben orientarse fundamentalmente a mejorar la calidad de los geriátricos existentes: tanto en su aspecto estructural como funcional, de tal manera que se garantice un apropiado servicio.
- **A las diferentes instituciones cuyo principal objetivo es velar por la integridad de la tercera edad:** Los objetivos prioritarios de estos hogares de acogida de la tercera edad deben enfocarse primordialmente al fomento de unas redes de apoyo social satisfactorias (tanto cuantitativa como cualitativamente).

Esta meta podría lograrse creando un clima social que favorezca la interacción intra e inter institucional: proponiendo dinámicas que fomenten mayor

socialización entre los propios residentes, logrando la participación activa de familiares y amigos en la vida de la institución, y finalmente organizando actividades de convivencia con otras organizaciones afines.

- **A las familias de los adultos mayores institucionalizados:** La integración de las familias en la vida de la institución se presenta como un reto para los hogares geriátricos. Entre algunas de las características necesarias que debieran incluirse en el trabajo con las familias para alcanzar dicho objetivo, serían:

a) Reconocer la gran diversidad que caracteriza a las familias de los adultos mayores, b) Planificar actividades que impliquen a las familias en la vida del centro para fortalecer los lazos con sus padres, c) Valorar las necesidades de apoyo de las familias y brindarles los recursos necesarios para afrontar los complejos problemas que conllevan los adultos mayores, d) Reforzar los aspectos positivos de la conducta de la familia hacia sus padres y, e) Informar a la familia acerca de las necesidades bio-psico-sociales inherentes a la tercera edad.

- **A los adultos mayores:** El desarrollo de una actitud positiva hacia la vida en los adultos mayores es otro de los desafíos más importantes para el centro geriátrico: La labor principal debiera centrarse en lograr que la persona mayor se reconozca y acepte tal y como es, con sus dimensiones reales y potenciales, mismas que le facilitarán alcanzar grados de desarrollo muy saludables.

Aunque tal vez el cumplimiento de estos objetivos no sea tarea fácil, estos deberían convertirse en los retos más apremiantes de cada centro de acogida de la Tercera Edad, ello a fin de garantizar plenamente la integración social del adulto mayor, grupo etáreo que gradualmente se va configurando más y más como población en creciente riesgo.

Finalmente, al concluir este trabajo de investigación, nos queda decir que, aunque todavía queda mucho por estudiar y saber sobre un tema cada vez más trascendental, como es el de recursos de apoyo social y calidad de vida en la tercera edad. Esta tesis constituye una pequeña contribución, que a pesar de las posibles limitaciones y lagunas que pueda presentar, consideramos que es un aporte de gran valor para seguir en esta línea de estudio en futuras investigaciones desde diversas disciplinas y áreas.