

# Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial

## *Quality life in the third age from the health and the welfare psychosocial state*

Facultad de Psicología  
Universidad de Sevilla

Marín Sánchez M.  
García González A. J.

### RESUMEN

Con el presente estudio se pretende analizar en qué medida influyen las redes de apoyo social (formales y/o informales) en el incremento de la calidad de vida de las personas mayores. Hay varios autores que definen la calidad de vida a través de indicadores tales como el estado de salud y bienestar psicosocial que posee la población objeto de estudio. Para la realización del estudio se ha partido de una muestra que constituye el total de los senectos que forman parte del Programa de Alojamiento de estudiantes universitarios de la Universidad de Sevilla. A partir de los resultados obtenidos se ha realizado un análisis correlacional-descriptivo de los mismos, junto con el análisis de tablas de contingencia para aquellas variables que aportan resultados muy significativos de cara a la contrastación de datos referentes a la población antes y durante el desarrollo del Programa de Alojamiento. Dichos análisis indican que los ancianos que cuentan con redes de apoyo social (como el Programa de Alojamiento) ven incrementado su nivel de calidad de vida, traducido en indicadores basados en un mayor goce de un buen estado de salud, así como en una percepción de un mejor estado de bienestar psicosocial.

**Palabras clave:** *Calidad de vida, salud, bienestar psicosocial, tercera edad.*

Marín Sánchez M, García González A J  
Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial  
*Mapfre Medicina, 2004; 15: 177-185*

### ABSTRACT

Herewith study is sought to analyse in what measure influence the nets social support (formal or informal) in the increment of quality life in grown-ups. There are several authors that define the quality life through such indicators as the state of health and welfare psychosocial that the population object study possesses. To realises the study we give a sample that constitutes the total senectos that are part of Lodging Program for university students from the University of Sevilla. Starting from the obtained results has been carried out a correlational-descriptive analysis about the same ones, together with the analysis contingency tables for those variables that contribute very significant results expensive to the contrastation relating data before to the population and during the development of Lodging Program. This analysis indicates that the old people that have nets social support (as the Lodging Program ) they are increased its level of quality life, translated in indicators based on a bigger enjoyment a working order health, as well as in a perception of a better welfare psychosocial state.

**Key words:** *Quality life, health, welfare psychosocial, third age.*

Marín Sánchez M, García González A J  
Quality life in the third age from the health and the welfare psychosocial state  
*Mapfre Medicina, 2004; 15: 177-185*

### Correspondencia:

A. J. García González  
Facultad de Psicología  
Dpto. Psicología Social  
C/ Camilo José Cela, s/n  
41018-Sevilla  
E-mail: alfonsoj@us.es

**Fecha de recepción:** 7 de mayo de 2003

*Beca del Área Social por la Fundación MAPFRE Medicina en la convocatoria 2001-2002.*

## INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En nuestro país y nuestra sociedad existen muchas instituciones y recursos para apoyar a los adultos mayores en la satisfacción de sus necesidades y obtener los servicios que pueden requerir. Todos estos elementos y recursos de los que hablamos forman parte de las redes de apoyo social (RAS en lo sucesivo) disponibles para el individuo.

Dentro del amplio abanico de posibilidades que ofrecen las RAS, la Universidad de Sevilla cuenta con un Programa de Alojamiento para estudiantes universitarios en hogares de personas mayores. Y en este sentido, podemos decir que la estancia de estos jóvenes en convivencia con los mayores durante el curso académico puede ser considerada como una red de apoyo social creada para incrementar el bienestar social de las personas de tercera edad.

En el presente estudio se pretende investigar la RAS de personas de la tercera edad que reciben el servicio de ayuda a domicilio; y más específicamente de los sujetos que viven acompañados por estudiantes universitarios en la ciudad de Sevilla. Partimos del presupuesto de que, una RAS deficitaria unida a la merma de la autonomía personal y, por tanto, a una menor integración social contribuyen a la necesidad de crear de este servicio.

Por otro lado, sea porque el apoyo social en general ejerce un efecto beneficioso sobre la calidad de vida del sujeto, sea porque específicamente frente a situaciones críticas (acontecimientos vitales, estresores) ejerce un papel protector, el caso es que la relación entre apoyo social y calidad de vida parece empíricamente clara. Se contempla así el análisis de la relación entre la falta de apoyo social con las situaciones de necesidad que aconsejan la intervención desde un servicio de ayuda a domicilio.

Sobre los efectos del apoyo social en la salud y el bienestar, según Gracia, Herrero y Musitu (1), los estudios que han relacionado la carencia de apoyo social y el aislamiento social con la mortalidad constituyen la evidencia más dramática de la relación entre el apoyo social y la salud. Los estudios prospectivos sobre la relación entre el aislamiento social y los índices de mortalidad que se iniciaron a mediados de los años sesenta se encuentran entre los más conocidos y citados. Uno de estos estudios fue llevado a cabo en Suecia por Baron y cols. (2), en el cual se comprobó que los varones con niveles más bajos de apoyo social tenían tasas de mortalidad cuatro veces ma-

yores a las de aquellos con niveles altos de apoyo.

Una ilustración, si cabe todavía más dramática de la importancia del apoyo social en la salud y el bienestar, y de los efectos negativos que la carencia o la pérdida de fuentes relevantes y significativas de apoyo, nos la proporciona lo que se ha denominado como el efecto del «corazón roto» (1), donde se establece una relación causal entre la muerte de una persona y la mayor probabilidad de que su pareja enferme o muera posteriormente. Strobe y cols. (1982) (1) de hecho observaron, sobre todo en los grupos de personas pertenecientes a la tercera edad, que los sujetos que habían perdido a sus parejas tenían una probabilidad de morir tres veces mayor que la de un grupo control de personas casadas con edades similares. Una posible explicación es la tendencia a ser negligentes con la propia salud cuando se carece de relaciones importantes de apoyo, en este caso al perder una fuente de apoyo tan importante como es la pareja (Krantz y cols., 1985) (1). Otra posible explicación que parece confirmar la evidencia empírica estudiada sugiere que el sistema inmunitario puede deteriorarse y funcionar de forma menos efectiva en ausencia de figuras importantes de apoyo que, en este caso, sería el resultado de un período prolongado de duelo (Jemmott y Locke, 1984) (1).

El estudio del apoyo social se despierta fundamentalmente por la asociación positiva entre esta variable e índices de salud, asociación repetidamente observada y que se ha reflejado en un abundante número de trabajos de investigación y revisiones que dejan pocas dudas con respecto a la importante asociación entre la percepción del apoyo social, la salud y el ajuste psicosocial (3).

Aunque la mayoría de las investigaciones son de naturaleza correlacional y no pueden legítimamente utilizarse para establecer relaciones causales, siguen constituyendo una excelente razón empírica para creer en la importancia de las relaciones sociales de apoyo. Así, por ejemplo, se ha observado repetidamente una relación positiva entre el apoyo social y la salud física; o cómo las personas de la tercera edad que no están vinculadas a una red informal de apoyo tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios formales, el bienestar personal tiende a reducirse y la probabilidad de ser institucionalizadas se incrementa (1).

En este sentido, el apoyo social se considera una estrategia de intervención. Para Sánchez (1988) (1), una idea directriz de la psicología social y comunitaria es que la desorganización y la desintegración social y la disolución de redes de

apoyo y de grupos sociales primarios (familia) presente en las sociedades industriales y urbanas modernas son factores clave en la génesis de los problemas psicosociales actuales (problema del progresivo envejecimiento de la población ante los bajos índices de natalidad). En este sentido, el restablecimiento del sentido de pertenencia grupal y comunitaria es parte esencial de numerosas estrategias de intervención comunitaria (Sarason, 1974) (1). Desde esta perspectiva la programación de «sistemas de apoyo comunitario» y el desarrollo y potenciación de «redes informales de apoyo» pueden considerarse intervenciones proveedoras de apoyo social decisivas para el ajuste psicológico y social del individuo, especialmente en aquellos grupos y comunidades más desasistidos, más privados y más alejados de los servicios sociales y de salud (entendida ésta como bienestar social y calidad de vida).

Gottlieb (4) ha propuesto la siguiente definición de las intervenciones que incorporan el apoyo social: «esfuerzos por optimizar los recursos psicosociales que los individuos proveen o reciben en el contexto de las relaciones con el grupo primario». Estas intervenciones se concentran en las interacciones con el entorno social primario, bien con interacciones ya existentes o con otras que se introducen desde el exterior y se convierten temporal o permanentemente en relaciones significativas. Estas interacciones pueden ocurrir en situaciones cotidianas o estresantes. En cualquier caso, el propósito de la intervención es la creación de un proceso de interacción que optimice el ajuste entre las necesidades psicosociales de la persona y las provisiones sociales y emocionales que se reciben (Gottlieb, 1992) (5).

Las redes de apoyo social de las que forman parte las personas de la tercera edad podrían incluirse en el nivel grupal, donde las intervenciones se dirigen bien a la optimización de la red social de la personas ya existente o a la creación y movilización del apoyo de nuevos vínculos sociales (por ejemplo, mediante la pertenencia al Programa de Alojamiento para estudiantes universitarios que propone la Universidad de Sevilla). En general, las intervenciones grupales tienen como objetivo la creación de un sistema de apoyo más robusto y duradero, aunque serán las propiedades del grupo como su composición, estructura, normas, liderazgo y otros aspectos los que determinarán el que los procesos de apoyo se materialicen o fracasen (1).

Las intervenciones que se desarrollan a partir del contexto social natural y que tienen como objetivo ese mismo contexto social poseen, desde la perspectiva de la planificación de las estrategias

de intervención social, un particular interés como instrumentos con un importante potencial para generar cambios positivos en la salud y ajuste psicosocial de esas comunidades (1).

La presencia o ausencia de la red informal de apoyo (estudiantes universitarios en nuestro caso, familia, amigos, etc.) es un predictor fundamental del nivel de autonomía y bienestar de una persona anciana. Diversos estudios han señalado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social tienen en la percepción de la propia salud y conductas de salud preventiva y estilos de vida saludables (Potts *et al.*, 1992) (6). La red social informal es un importante determinante del conocimiento y uso que la persona mayor hace de los servicios formales que existen a su disposición. Una vida socialmente activa en la tercera edad, en comparación con la de aquellas personas que mantienen escasos contactos sociales, se encuentra asociada a una mayor satisfacción con la propia vida, así como con una mayor capacidad funcional (1).

## METODOLOGÍA

### Descripción y justificación

El presente estudio se basa en el análisis de la red de apoyo social del Programa de Alojamiento que ofrece la Universidad de Sevilla a los estudiantes universitarios. En este sentido, cabe reseñar que son muchos los instrumentos de evaluación para medir las redes de apoyo social.

Así, se pueden clasificar los instrumentos de evaluación de las RAS en función de lo que miden, de este modo, están los que evalúan fundamentalmente **aspectos estructurales del apoyo**, frente a los instrumentos que se centran preferentemente en las **funciones** (aspectos funcionales) que cumple el mismo.

Por lo que respecta a las **medidas funcionales del apoyo**, éstas arrojan índices cualitativos que intentan captar conceptos sobre la satisfacción del apoyo percibido por los ancianos, grado de felicidad, autoestima, ocio y tiempo libre y, en general de la calidad de vida. Por tanto, se trata de métodos de evaluación más subjetivos, dirigidos a los aspectos cualitativos del apoyo.

Las medidas funcionales, especialmente del apoyo social percibido son las que muestran mayores asociaciones con variables de salud y bienestar. Con ello, la mayoría de las investigaciones sobre apoyo social son de naturaleza correlacional y retrospectiva; de esta forma, una desventa-

ja de los trabajos retrospectivos es la relativa falta de control sobre trastornos o síntomas antecedentes, y más aún cuando diversos estudios muestran que la condición anterior del sujeto es uno de los mejores predictores de trastornos posteriores, tanto físicos como psicosociales (Monroe, 1983) (6).

## Sujetos

### Universo

El universo objeto de estudio es toda la población anciana de la capital de Sevilla, mayor de 65 años, que forma parte del Programa de Alojamiento para estudiantes universitarios de la Universidad de Sevilla; el cual se constituye a partir del listado de personas mayores que forman parte del Programa, el cual ha sido facilitado por la trabajadora social del servicio de asistencia a la Comunidad Universitaria (SACU) de la Universidad de Sevilla, que es la persona encargada de hacer el seguimiento del Programa, a través de entrevistas telefónicas y personales con los ancianos.

Según los datos a los que se ha tenido acceso y que se han consultado, el universo objeto de este estudio consta de un total de 33 sujetos. Al ser una población reducida la que pertenece a este Programa de Alojamiento, se ha considerado como muestra del estudio a todo el universo que forma parte del Programa, sin considerar a los estudiantes universitarios que también lo integran, es decir, que sólo se ha tenido en cuenta a la población anciana del Programa. En este sentido, no ha sido necesario llevar a cabo ningún proceso de muestreo al respecto.

## Diseño de la investigación

Para responder a los objetivos e hipótesis fundamentales de investigación, averiguando el grado en que la red de apoyo social (Programa de Alojamiento) incide positivamente en el incremento de la calidad de vida de los ancianos, sujetos del estudio; se propone un diseño válido y útil para la investigación social que sobre la vejez se está acometiendo. En este sentido, se ha optado por el diseño de un sólo grupo (el de los ancianos que forman parte del Programa de Alojamiento) con varias mediciones (una referida a la situación vivida por los ancianos antes de recibir el apoyo y otra basada en el momento en que el grupo de ancianos se benefician de la RAS).

Para analizar exhaustivamente las diferentes variables del estudio, se propone la utilización de un **diseño descriptivo-correlacional**. De este modo, para medir la asociación lineal entre las variables cuantitativas que se analizan en la investigación, en el análisis de resultados, se ha empleado el **índice de correlación de Pearson**. Además se han realizado **tablas de contingencia** para aquellas variables que aportan resultados muy significativos de cara a la contrastación de datos referentes a la población antes y durante el desarrollo del Programa de Alojamiento.

## Selección del instrumento

Se ha preferido adoptar una solución intermedia con la finalidad de aprovechar aquellos instrumentos que han resultado eficaces en investigaciones pasadas similares, aunque con leves modificaciones (fundamentalmente de redacción de algunos ítems) para la población objeto de estudio.

De este modo, se incluyeron las siguientes escalas y cuestionarios:

— **Cuestionario de Apoyo Social (Fernández del Valle y Errasti, 1991) (7)**: en base al cual se han realizado las cuestiones que versan sobre la convivencia y la interacción de la persona mayor dentro de la red de apoyo a la que pertenece. Permite evaluar los aspectos funcionales de red, es decir, la intensidad de apoyo que aportan según la percepción del sujeto.

— **Versión castellana del PGWB o Índice de Bienestar Psicológico General (Bobes y cols., 1996) (7)**, que contempla cinco factores, los cuales explican conjuntamente el 65,3% de la varianza total del instrumento. De este modo, se puede observar cómo el análisis factorial de la española del PGWB Index presenta una estructura similar a la versión original, quedando confirmada la validez de constructo. La varianza del instrumento queda distribuida factorialmente de la siguiente manera:

- Estado de ánimo (ansiedad-depresión): 37,3%.
- Vitalidad: 9,2%.
- Autocontrol: 6,9%.
- Salud: 6,3%.
- Estado psicofísico: 5,2%.

— **Adaptación de la Escala de Depresión para Ancianos (GDS) (Brink et al., 1982) (7)**, adaptada por Izal y Montorio (1993), de la cual se han tomado once ítems que han resultado válidos para la población anciana, respondiendo a posibles estados psicofísicos en los que se encuentra la persona en esta etapa vital.

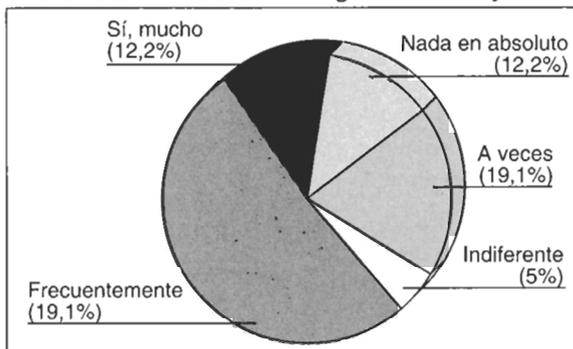
— **Valoración de los diferentes factores psicosociales en la calidad de vida** (8), que consta de nueve ítems validados en una población de sujetos con edades superiores a 65 años, residentes de derecho en la provincia de Granada.

## RESULTADOS

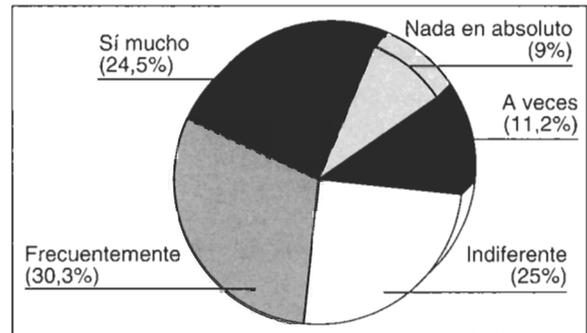
En lo que respecta al **grado de incidencia de la red de apoyo social sobre las personas de la tercera edad** encontramos en las respuestas de estas últimas después de entrar a formar parte del Programa de Alojamiento, que hay una **influencia positiva** en los estados de salud y emocionales, en el afrontamiento de los cambios sobrevenidos en la tercera edad, en la cantidad y en la variedad de actividades realizadas:

a) En cuanto al **estado de salud**, con anterioridad a la participación a este programa, en un **51,5% tenían preocupaciones o temores por su estado de salud**; asimismo sintiendo **preocupaciones muy frecuentemente en un 30,3%** por algunas molestias o dolores. Durante el desarrollo del Programa, un **36,4% reconoce tener temor por su estado de salud**, pero sólo un **3% manifiesta tener muchas preocupaciones por las molestias o dolores**. De estos resultados se puede entresacar que, aunque las personas mayores continúan preocupándose por su salud, hay un descenso en el porcentaje de preocupación en relación con las molestias y dolores que manifiestan los senectos (Figuras 1, 2, 3 y 4).

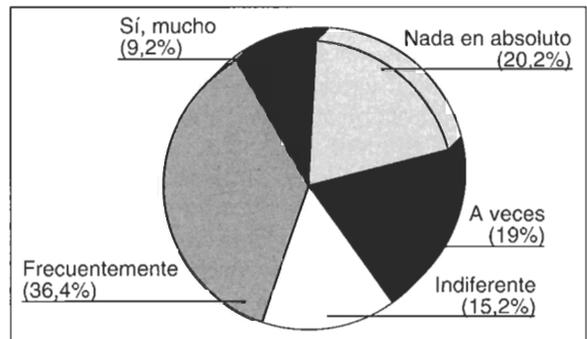
b) En el **estado de ánimo** encontramos que antes de formar parte del Programa de Alojamiento, las personas mayores declararon que frecuentemente, en un **48%**, se habían sentido en **estado de depresión** y, curiosamente, para ellos el estado de alegría era pasado por alto de todos modos **indiferente en un 45,5%**. Sin embargo, durante el desarrollo del Programa de Alojamiento,



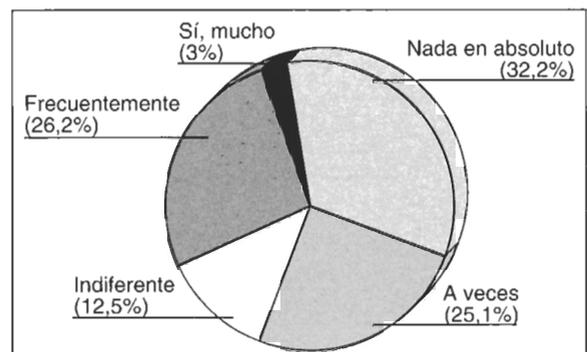
**Figura 1.** Con anterioridad al programa tenía preocupaciones o temores sobre su salud.



**Figura 2.** Con anterioridad al programa se sentía preocupado por alguna molestia o dolor.



**Figura 3.** Con anterioridad al programa tiene preocupaciones o temores sobre su salud.



**Figura 4.** Con anterioridad al programa tiene preocupación por molestia o dolor.

to, un **39,4%** de los ancianos afirman **no encontrarse en absoluto en estado de depresión** y un **30,3%** reconocen su **estado de alegría**. Los ancianos se encuentran durante el desarrollo del programa en un **33%** en un **estado absoluto de tranquilidad y relajación**, sin sentir ansiedad, preocupación o tensión en absoluto, en un **36,4%** de los casos, frente al **36,4%** que manifestaban que

con anterioridad al programa sentían **tensión, ansiedad y preocupación**.

Resulta interesante analizar cómo los ancianos que aprovechan las ventajas de la RAS que supone el Programa de Alojamiento ven incrementada, de forma general, su calidad de vida. De hecho, se da una tendencia positiva a mejorar la opinión sobre el valor de la calidad de vida, de tal forma que los que antes opinaban tener una mala o regular valoración del nivel de calidad de vida, cuando forman parte del programa perciben ésta como regular o buena respectivamente. No obstante, no existe cambio significativo en la valoración de la calidad en aquellos ancianos que la consideran como muy buena ( $P[\chi^2 = 99,6] < 0,01$ ) (Tablas I y II).

Respecto a los resultados obtenidos sobre los estados de salud y psicofísicos, la autoestima, la vitalidad, el autocontrol, la autonomía, la toma de decisiones y el nivel de satisfacción de los encuestados, etc. entre los que se detectan un alto grado de interrelación. De tal modo están conectados, que cualquier afectación en la salud tiene su repercusión directa en la estabilidad emocional o el autocontrol, por ejemplo.

Esto se observa muy bien en los altos índices de correlación que a continuación se presentan. En primer lugar se aportan resultados correlacionales muy significativas ( $P < 0,01$ ) y después las de un menor grado de significatividad ( $P < 0,05$ ). Así, se puede observar:

a) **Un mal estado de salud (dolor, preocupación) correlaciona con un alto índice de depresión:  $r = 0,450$  ( $P < 0,01$ )**, de tal manera que, un alto número de personas ancianas que describen estar pasando un momento delicado de salud (bien por afectación de alguna enfermedad o dolores molestos propios de alguna sintomatología), contestan asimismo encontrarse en un estado de depresión. Así, se produce una relación entre factores físicos y otros emocionales.

b) **La persona mayor que tiene preocupaciones o temor sobre su salud, piensa que otras personas están mejor que él ( $r = 0,587$  [ $P < 0,01$ ])**; de hecho, se observa un alto nivel de relación entre las respuestas dadas por los mayores en estos dos ítems, de tal modo que, cuando és-

**TABLA II. Pruebas de Chi cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,404	6	0,000
Razón de verosimilitud	27,891	6	0,000
Asociación lineal por lineal	17,326	1	0,000
N.º de casos válidos	33		

A diez casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,36.

**TABLA de contingencia I. Valoración calidad de vida antes de formar parte del Programa de Alojamiento**

		Valoración calidad de vida			
		Regular	Buena	Muy buena	Total
Mala	Recuento	2	0	0	2
	Frecuencia esperada	0,5	1,2	0,4	2,0
	Residuos corregidos	2,6	-1,7	-0,7	
Regular	Recuento	6	15	0	21
	Frecuencia esperada	5,1	12,1	3,8	21,0
	Residuos corregidos	0,8	2,1	-3,6	
Buena	Recuento	0	4	4	8
	Frecuencia esperada	1,9	4,6	1,5	8,0
	Residuos corregidos	-1,8	-0,5	2,7	
Muy buena	Recuento	0	0	2	2
	Frecuencia esperada	0,5	1,2	0,4	2,0
	Residuos corregidos	-0,8	-1,7	3,1	
Total	Recuento	8	19	6	33
	Frecuencia esperada	8,0	19,0	6,0	33,0

tos se preocupan en gran medida por su estado de salud, suelen darse pensamientos del tipo de que su situación es desaventajada respecto a otras personas, o que incluso, está más enfermo o su situación es peor que la de otros ancianos.

c) El senecto que se **preocupa por salud no valora su calidad de vida positivamente** ( $r = -0,498$  [ $P < 0,01$ ]). Se constata en este caso un índice de correlación negativa, que viene a indicar que, aquellos ancianos que han contestado que se preocupan en gran medida por su estado de salud, han dado como respuesta a la valoración del nivel de vida que ésta no es de buena calidad.

d) Cuando existe alguna **preocupación por alguna molestia y/o dolor, la persona mayor abandona con frecuencia sus actividades e intereses** ( $r = 0,351$  [ $P < 0,05$ ]). Aquellos mayores que han contestado sentir molestias y dolor a causa de una enfermedad, han respondido asimismo que suelen dejar de realizar las actividades habituales a las que se dedican. Este hecho se entiende en la medida en que si una persona se encuentra mal físicamente, hay una influencia y repercusión en su estado de ánimo que le lleva a la inactividad y la apatía.

e) Cuando el senecto se **preocupa por alguna molestia y/o dolor, prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas** ( $r = 0,426$  [ $P < 0,05$ ]). En relación con el apartado anterior, una persona que no posea un estado saludable, abandona sus actividades y por causa de esos dolores y molestias prefiere permanecer en su casa descansando, en estado de reposo y recuperación. El estado de ánimo está bajo y no les apetece hacer las actividades usuales ni otras diferentes, puesto que supone un desgaste de energía física y anímica.

## DISCUSIÓN

Cameron (1990) (1) hace una revisión de las investigaciones existentes sobre las relaciones entre apoyo social y calidad de vida, y encuentra que, efectivamente, existen relaciones entre la RAS y las variables en diferentes ámbitos de la salud y del ajuste psicosocial:

1. Existe una relación positiva entre la buena salud física y la existencia de apoyo social.

2. El acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas, se ha asociado con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión.

3. El acceso a una red social positiva ha demostrado ser un mejor predictor del éxito en la integración social en la comunidad.

4. La disponibilidad para una persona que ha perdido a su pareja de una red social compuesta por personas que han sido capaces de superar un mismo suceso vital proporciona tanto fortaleza como un modelo de calidad para afrontar dicha pérdida.

5. Las personas de la tercera edad que no están vinculadas a una red informal de apoyo, tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios formales y el bienestar personal tiende a reducirse.

Como se ha apuntado más arriba, Gottlieb (1983) (1) señala que el apoyo social puede movilizarse de diversas formas, entre las que se puede destacar la mejora de la calidad del apoyo que proporciona la red social. Además, la red social es un importante determinante del conocimiento y uso que la persona mayor hace de los servicios formales que existen a su disposición (Chapleski, 1989) (1). Asimismo, una vida socialmente activa durante la tercera edad, en comparación con la de aquellas personas que mantienen escasos contactos sociales, se encuentra asociada a una mayor satisfacción con la vida propia, así como con una mayor capacidad funcional (Heikkinen, 1989) (1).

La ausencia o desconocimiento de apoyo social por parte de la persona mayor se ha asociado con la aparición de diferentes formas de malestar y enfermedad, mientras que un buen nivel de apoyo social se relaciona con mejor salud y bienestar psicosocial, como indicadores de calidad de vida.

Los factores psicosociales relacionados con la autopercepción de calidad de vida de los mayores considerados por la literatura gerontológica se centran en la familia, los amigos, los estudios realizados, el trabajo desempeñado, el estado de salud, la disponibilidad económica, la vivienda y el entorno donde vive (8). De hecho, hay estudios que ponen de manifiesto la relación entre la calidad de vida percibida por el mayor y la autopercepción del estado de salud; con lo que el estado de salud óptimo es valorado como elemento fundamental para gozar de una buena calidad de vida (8). Así, en el presente estudio se da una relación estadística muy significativa ( $r < 0,01$ ) con tendencia negativa, entre los senectos que se preocupan por su salud, los cuales no valoran su calidad de vida de forma positiva.

Según Castellón y Aleixandre (8), el secreto de una vejez feliz y plena parece radicar en una bue-

na salud, un buen nivel de adaptación al entorno y un estilo de vida en la vejez que exprese mejor el propio yo interno. De este modo, hay una serie de factores que influyen en la afectividad de los mayores, tales como el sentimiento de satisfacción general, el grado de independencia y autonomía personal, el estado de salud, la situación personal y el apoyo familiar y social.

De otro lado, Ors y Laguna (9) consideran como aspectos importantes de la calidad de vida para optimizar el aprovechamiento del apoyo social que percibe la autoestima o el disfrute del tiempo libre; de tal manera que, en el presente estudio se establecen relaciones entre el abandono de actividades por parte de la persona mayor y tener alguna preocupación por molestia y/o dolor ( $r < 0,05$ ). De este modo, se entiende que si una persona se siente mal, física o psicológicamente hablando, hay una repercusión directa en su estado de ánimo que le impide llevar a cabo tareas o actividades que le pudieran interesar. Asimismo, también correlaciona positivamente ( $r < 0,05$ ) el tener este tipo de preocupaciones, con el hecho de preferir quedarse en casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas, lo cual supone un desgaste de la energía física y anímica de la persona, con la consiguiente minusvaloración de la calidad de vida por parte del anciano.

Dicho esto, conviene resaltar que las **líneas de investigación futuras** en la tercera edad prestan especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de bienestar basado en la salud físico-psíquica y los servicios de apoyo social que reciben las personas mayores. Según este punto de vista, cada uno es el **constructor de su propia vejez**, por lo que depende de cada individuo en particular el vivir una senectud plena y satisfactoria. Un envejecimiento de calidad se debe a factores individuales y sociales. De ahí que se deba considerar el importante papel de las políticas sociales y sanitarias adecuadas, junto con las estructuras informales de apoyo, las cuales permitirán la integración social de las personas de edad como estrategia oportuna y eficaz en el logro de una vejez saludable. La calidad de vida en la vejez es una tarea posible con el esfuerzo de todos y cada uno en particular, interviniendo con las personas mayores de hoy a través de la optimización de las diferentes dimensiones de su persona.

Para Martínez (10) es necesario diferenciar las características personales y sociales que contribuyen a la salud y el bienestar social de las personas ancianas, siendo buena prueba de ello el trabajo de Antonucci y Jackson (11), que posibili-

ta diseños de programas de actuación basados en las características individuales de las personas mayores, del proveedor de apoyo y de la situación concreta objeto de intervención.

Indudablemente esta línea de estudio hace posible la **transformación del anciano**, entendido hasta ahora como un receptor de apoyo, en un eficaz y eficiente proveedor de apoyo, pues contempla la participación social y el sentido de utilidad como ejes de la satisfacción vital (12).

En los últimos años se ha desarrollado un interés creciente por los conceptos de **redes sociales, apoyo social**, etc. Estos términos se han referido tanto a los recursos que se le proporcionan al individuo desde centros institucionales (Universidad de Sevilla) como a los que surgen de las relaciones sociales.

Un gran número de investigadores coinciden en que hay que tener en cuenta una serie de variables en la definición y evaluación del «apoyo social»: la noción de proximidad emocional o intimidad, la procedencia del apoyo, el tipo de apoyo, la cantidad de apoyo recibido, y una variable muy importante, la percepción de apoyo que percibe el sujeto. Esta variable subjetiva hace referencia al grado en que el sujeto percibe la existencia de relaciones proveedoras de apoyo suficientes y adecuadas. Parece necesario considerar tanto las características **objetivo-estructurales** como **subjetivo-funcionales** para una completa descripción de las relaciones sociales proveedoras de apoyo. Así, obtener información acerca del apoyo social que recibe el sujeto, supone indagar acerca de las funciones sociales que realmente son percibidas por el sujeto como efectivamente proveedoras de apoyo.

### **Agradecimientos**

Desde aquí agradecer el apoyo tanto personal como financiero de MAPFRE Medicina, y en concreto a don Francisco Moreno (como tutor del trabajo realizado desde la Fundación) y a doña Carmen Amado (miembro de la Fundación). También hacer mención de la ayuda prestada por parte del Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. Gracias a todas aquellas personas que han colaborado en la preparación del trabajo original, entre las que destacan doña M.<sup>a</sup> Elena Beret Hernández en la recogida de datos y análisis estadístico de los resultados, y don Miguel Ángel Garrido Torres por el asesoramiento técnico acerca del tratamiento estadístico de los datos recogidos para el estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. GRACIA FUSTER E, MUSITU OCHOA G. *El apoyo social*. Barcelona: P.P.U., 1997.
  2. BARON R A, BYRNE D. *Psicología social*. Madrid: Prentice Hall, 1992.
  3. GRACIA E, GARCÍA F, MUSITU G. Macrosocial determinants of social integration: Social class and area effect. *Journal of community and applied social psychology*. 1995; 5: 105-119.
  4. GOTTLIEB B H. *Marshalling social support*. Newbury Park: Sage, 1988b.
  5. SÁNCHEZ P. Gerontología en Internet. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 1997; 7: 619-631.
  6. BARRÓN A. *Apoyo social. Aspectos teóricos y publicaciones*. Madrid: Siglo XXI, 1996.
  7. FERNÁNDEZ J, GARCÍA A. Redes de Apoyo Social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*. 1994; 6 (1): 39-47.
  8. CASTELLÓN A, ALEIXANDRE M. Calidad de vida y Salud. Grupo de investigación de Gerontología, Universidad de Granada. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 2001; 11 (1): 12-19.
  9. MONTENEGRO A, LAGUNA A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. Universidad de Alicante 2000. Disponible en: URL: <http://autocuidados.ua.es>
  10. MARTÍNEZ GARCÍA M F (ed). *Psicología Comunitaria*. Sevilla: Eudema, 1993.
  11. ANTONNUCCI T C, JACKSON J S. Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En: L L Carstensen, B A Edelman (eds), *Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez-Roca, 1990.
  12. HOKENSTAT M C, JOHANSSON L. Caregiving for the elderly in Sweden: Program Challenges and Policy Initiatives. En: D E Biegel, A Bloom (eds), *Aging and caregiving*. Sage Publications; 1990.
-