

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



“APOYO SOCIAL Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES”

Tesis presentada por las Bachilleres:

ORTIZ ORTEGA, Roxana Karina

TAPIA NEYRA, Luz Noelia

Para optar el Título Profesional de
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

AREQUIPA – PERÚ

2013

A Dios, a mis padres Eduardo y Sonia, a mi mamá Dora, a mi hermana Fiorella y a mi sobrinita Nicolita, quienes gracias a su apoyo hicieron que cumpla una de mis grandes metas.

A todas las personas que colaboraron para la realización de este trabajo, en especial a la dedicación de mis profesores.

Karina



A Dios, por darme la fortaleza para realizar mis sueños.

A mi familia, especialmente a mis queridos abuelos Pedro Neyra Carbajal y Luzgarda Ortiz de Neyra, por ser mi mejor ejemplo a seguir y la principal motivación para elegir este tema de estudio.

A mi mamá Mara, por ser la mejor aliada que me dio la vida.

A mi tío Roberto, por compartir conmigo sus experiencias y ser mi amigo.

A mi tío Iván, por motivarme con las mejores palabras de aliento.

A mi tío Howard, por sus buenos y sinceros consejos.

A todos aquellos quienes colaboraron para que se realizara esta investigación, especialmente al Dr. Jaime Lara, quien apoyó esta tesis desde sus inicios y a la Dra. Flor Vilches, por su dedicación en la asesoría de la misma.

Noelia

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3

CAPÍTULO I

Planteamiento Teórico

Enunciado del problema.....	6
Variables e indicadores.....	6
Interrogantes.....	7
Objetivos.....	7

Marco Teórico

Adulter tardía.....	9
El proceso del envejecimiento.....	10
Aspectos físicos del envejecimiento.....	10
Aspectos cognitivos del envejecimiento.....	12
Principales problemas cognitivos del envejecimiento.....	13
Aspectos psicológicos del envejecimiento.....	14
Aspectos sociales del envejecimiento.....	18
Problemática del adulto mayor en el Perú.....	23
Teorías sociales del envejecimiento.....	25
Envejecimiento óptimo.....	30
Calidad de vida.....	31
Habilidades funcionales para una vida independiente en la adultez tardía.....	33
Relaciones familiares y amicales en la adultez tardía.....	34

Principales dependencias en el adulto mayor.....	38
Responsabilidades filiales.....	43
Apoyo social en el adulto mayor.....	46
Centro del adulto mayor.....	51
Asociaciones del adulto mayor.....	52
Satisfacción con la vida en el adulto mayor.....	53
Hipótesis.....	59

CAPÍTULO II

Planteamiento Operacional

Tipo de investigación.....	61
Técnicas e instrumentos.....	61
Ámbito o localización de la investigación.....	66
Población.....	66
Muestra.....	67
Temporalidad.....	67
Estrategias de recolección de datos.....	68
Criterios de procesamiento de la información.....	68

CAPÍTULO III

Resultados

Resultados.....	71
Discusión.....	82
Conclusiones.....	86

Sugerencias.....	88
Limitaciones.....	89
Referencias bibliográficas.....	90
Anexos.....	93



Resumen

La presente investigación lleva como título “Apoyo Social y Satisfacción con la Vida en Adultos Mayores”. La muestra estuvo conformada por 160 adultos mayores hombres y mujeres cuyas edades oscilan entre 60 y 85 años, 80 de ellos asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y 80 a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero. Medimos los niveles de apoyo social utilizando el Cuestionario de Apoyo Social MOS de Sherbourne y Stewart. Asimismo medimos los niveles de satisfacción con la vida utilizando la Escala de Satisfacción con la Vida (LSI - A) de L. Neugarten, R. J. Havighurst. Los resultados más significativos de la investigación arrojan que a mayor nivel de apoyo social, mayor es el nivel de satisfacción con la vida. Los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola presentan mayores niveles de apoyo social y satisfacción con la vida que los que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.

Palabras clave: Adulto Mayor, Apoyo Social, Satisfacción con la vida.

Abstract

The present investigation has the title “Social Support and Satisfaction with the Life in Old Adults”. The sample was conformed by 160 elderly people being men and women between the ages 60-85 years, 80 of them attend to the Center of Elderly People of EsSalud in Zamácola and 80 who attend to the Senior Associations in José Luis Bustamante y Rivero. We measured the levels of support social using the Survey Social Support MOS of Sherbourne y Stewart. We measured the levels of satisfaction of life using the Scale of Life Satisfaction (LSI – A) of L. Neugarten, R.J. Havighurst. The most significant results in the research emit that to higher level of social support, higher is the level of life satisfaction. Elderly people who attend to the Center of Elderly People of EsSalud in Zamácola have higher levels of social support and life satisfaction than elderly people who attend the Senior Associations in José Luis Bustamante y Rivero.

Keywords: Elderly people, Social Support, Life Satisfaction.



Introducción

El hecho de tener la posibilidad de vivir más años debería ser motivo de alegría porque gracias a la modernidad se extiende nuestra esperanza de vida cada vez más. ¿Quién no quiere vivir más y compartir más con sus seres queridos? ¿Quién no quiere tener más tiempo para cumplir sus aspiraciones y alcanzar sus metas? Más aún cuando se tiene más experiencia y sabiduría.

Sin embargo, esta noticia encierra una paradoja porque el envejecimiento de la población a su vez pone en riesgo la calidad de vida, aumenta la carga social y es causa de mayor pobreza en el mundo.

El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social. Para Thomae (1982; citado por Závala, 2006) la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida.

El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos años el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores. Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos (Peláez, 2000; Domínguez, 1982; citado por Závala, 2006).

En el año 2012, la población integrada por las personas mayores de 60 y más años de edad ascendieron a 2 millones 712 mil y representan el 9,0% de la población total del país. Se estima que, para el año 2021, dicho grupo poblacional será de 3 millones 727 mil y representará el 11,2%. Los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao (INEI, 2012).

El apoyo social tiene importantes repercusiones sobre la salud integral de las personas mayores, actuando a modo de filtro ya que contribuye a reducir los efectos de acontecimientos negativos en las personas y ayuda como un mecanismo para afrontar las dificultades. El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Es así que la familia del adulto mayor brinda apoyo emocional, material, afectivo y asistencia en diversas formas. Otra fuente importante de apoyo son las amistades y la comunidad, que complementan o sustituyen en algunos casos el de la familia.

El interés de realizar este estudio que pretende comprobar la relación positiva del apoyo social y la satisfacción con la vida en esta etapa, se debe al aumento de la población de adultos mayores en nuestra ciudad, a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud física y/o mental, pero también porque es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, de los amigos y compañeros. Asimismo consideramos que la adultez tardía es una etapa de la vida significativa, ya que los adultos mayores han experimentado, logrado y vivido diversas circunstancias que les ha generado sentimientos positivos y negativos, los cuales han permitido lograr ciertos niveles de satisfacción con la vida en su vida actual.

Por otro lado se pretende incentivar a la toma de conciencia en la población general, a las autoridades y personal de servicio favoreciendo así a la población de adultos mayores quienes son los más vulnerables por ser sus necesidades muchas veces ignoradas en nuestra sociedad diferenciadora de edades, no valorándose los años de experiencia y sabiduría como fuentes posibles de aprendizaje.



CAPÍTULO I



Planteamiento Teórico

Enunciado del problema

¿Existirá relación entre apoyo social y satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero?

Variables

Variable 1

Apoyo social.

Es el conjunto de relaciones sociales de carácter estable con las que cuenta una persona y que le proporcionan soporte físico y psicológico, basado en cuatro dimensiones: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo (Sherbourne y Stewart, 1991; citado por Londoño y cols., 2012). Fue medido en los siguientes niveles: nivel alto, nivel promedio y nivel bajo.

Variable 2

Satisfacción con la Vida.

Es el bienestar subjetivo de la persona basada en las dimensiones de entusiasmo, resolución y fortaleza, congruencia entre objetivos deseados y alcanzados, autoconcepto positivo y tono emocional (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961; citado por Rice, 1997). Fue medido en los siguientes niveles: nivel alto, nivel promedio y nivel bajo.

Variables Intervinientes

Género: masculino y femenino.

Edad: entre 60 y 85 años.

Estado civil: soltero, casado, divorciado y viudo.

Grado de instrucción: primaria, secundaria y superior.

Interrogantes

Específicas

¿Existen diferencias en los niveles de apoyo social en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero?

¿Existen diferencias en los niveles de satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero?

¿Cuáles serán las relaciones entre género, edad, estado civil y grado de instrucción con los niveles de apoyo social y satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero?

Objetivos

Generales

- Identificar la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.

Específicos

- Establecer las diferencias entre los niveles de apoyo social en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.
- Establecer las diferencias entre los niveles de satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.
- Determinar las relaciones entre género, edad, estado civil y grado de instrucción con los niveles de apoyo social y satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.

Marco Teórico

Adulter Mayor

La vejez a menudo es considerada como un estadio único de la vida y miramos a todas las personas que llamamos “ancianas” con la misma mezcla de sobrecogimiento y pena. Pero, por supuesto, como en cualquier otro estadio de la vida, las personas difieren y a veces de forma radical. Sin embargo, en pocos otros momentos de la vida hay un estereotipo tan inadecuado como ocurre en la vejez. Los mayores de 65 se pueden dividir en tres estadios: los ancianos jóvenes (entre 65 y 75), los ancianos ancianos (entre 76 y 85) y los muy ancianos (los de más de 86, Suzman y Riley, 1985; citado por Schaie y Willis, 2003).

En muchos aspectos de rendimiento físico y mental, el anciano joven se parece más al individuo de mediana edad que al anciano – anciano. Para algunas personas inteligentes y con un cierto nivel de educación que continúan trabajando o que mantiene roles que les resultan satisfactorios después de la jubilación, la década de los setenta puede ser un periodo activo y gratificante de la vida. Una vida satisfactoria durante este periodo puede llegar a ser una realidad conforme nuestra sociedad diferenciadora de edades se vaya convirtiendo en una sociedad integradora de edades (Gergen y Gergen, 2000; Riley y Riley, 1994; citado por Schaie y Willis, 2003).

Erik Erikson (1979, 1982) definió la vejez como un estadio de la vida en que uno intenta equilibrar la búsqueda por la integridad del yo con cierto sentido de desesperación. La resolución de este conflicto dará por resultado alcanzar la sabiduría, la virtud humana que se ha asociado frecuentemente con la vejez. Erikson quiso enfatizar las tareas de la vejez que implican una revisión de la propia vida, intentar encontrarle sentido, atar todos los cabos sueltos e integrar sus elementos. Vio la desesperación como un componente necesario de este proceso, porque la revisión de una vida obligatoriamente saca a la luz muchas pruebas de los propios errores; alguien que no pueda recordar un error en su vida no es sabio, sino neurótico las emociones negativas asociadas con este estadio, que es la última de la crisis de la vida de la teoría de Erikson, son en parte resultado de las

limitaciones de energía física y psicológica de la persona (Butler, Lewis y Sunderland, 1991; citado por Schaie y Willis, 2003).

El Proceso del Envejecimiento

El envejecimiento abarca un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte. Tales cambios varían considerablemente, en el tiempo y gravedad de los acontecimientos, según las distintas especies, y de un organismo a otro. El proceso se caracteriza por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el individuo como: las fuerzas físicas se debilitan, las enfermedades se acumulan, las personas queridas mueren, la red social disminuye: lo cual a veces va acompañado de aislamiento y soledad, el anciano se ve marginado del mundo del trabajo, etc.

Sin embargo, es preciso reconocer que se envejece durante toda la vida y en cualquier tiempo no sólo se evidencian decrementos, sino también incrementos funcionales. Así, en la vejez y mucho antes, es posible identificar disminuciones, por ejemplo, en la rapidez perceptual, pero también enriquecimiento en la actividad psicológica y social, según la forma y las circunstancias en que se viva. Por otra parte, deficiencias atribuidas con frecuencia a factores biológicos y en especial genéticos, se reconocen cada vez más como dependientes en mayor grado de las relaciones entre el comportamiento del individuo y su contexto (Cornejo e Icaza, 2006).

Aspectos Físicos del Envejecimiento

Conforme se inicia la mediana edad adulta y luego al pasar a la vejez, va modificándose la apariencia física y el funcionamiento de cada órgano. Pero, a diferencia de los cambios físicos de la adolescencia, los cambios de la mediana edad y la vejez sólo son controlados por el reloj biológico de la persona de manera indefinida. El bienestar físico de los ancianos

se ve afectado por muchos factores, unos influidos por dicho reloj y otro fuera de su control. El cabello se adelgaza y se vuelve gris o blanco, la piel se arruga, los huesos se vuelven frágiles y se rompen con más facilidad, los músculos pierden fuerzas y las articulaciones se endurecen o se deterioran, la circulación se hace lenta, la presión sanguínea se eleva, y como los pulmones retienen menos oxígeno, el anciano tiene menos energía.

La forma del cuerpo y la postura cambian y los órganos reproductivos se atrofian, las dificultades para dormir y permanecer dormidos se vuelven más frecuentes y los tiempos de reacción son lentos, la visión, la audición y el sentido del olfato pierden agudeza (Cavanaugh, 1990; LaRue y Jarvik, 1982; citado por Morris, 1997). Al principio, la mayoría de las personas no se da cuenta de estos cambios porque ocurren de manera gradual y se cuenta con suficiente tiempo para desarrollar estrategias para enfrentarlos, pero finalmente ya no se puede negar la decadencia.

En cuanto a su sexualidad, los adultos ancianos pueden expresarla de forma distinta a los adultos de menor edad, especialmente cuando existen dificultades para mantener relaciones sexuales. Los ancianos suelen disfrutar con caricias y tocamientos como parte de sus encuentros sexuales. Si disfrutan de un buen estado de salud, aún pueden mantener relaciones plenas. Además, el mayor uso de medicamentos que tratan la disfunción eréctil permite estimar un aumento en la actividad sexual de la población anciana. Sin embargo, en la vejez, la compañía suele resultar más relevante que la actividad sexual, por lo que las parejas de ancianos con frecuencia otorgan más importancia a la intimidad que a la habilidad sexual (Santrock, 2006).

Los inevitables cambios físicos en la vejez no necesariamente son incapacitantes. El punto importante es la forma en que el individuo responde a estos cambios, la investigación muestra que las personas que mantienen un sentimiento de utilidad, que sostienen viejos vínculos, exploran nuevas ideas y aceptan nuevas actividades, y quienes se sienten con el

control sobre su vida tienen las tasas más bajas de enfermedades y la más alta de sobrevivencia (Butler y Lewis, 1982; Capsi y Elder, 1986; citado por Morris, 1997).

Por tanto, tiene mucho de cierto el dicho “eres tan viejo como te sientes”. De hecho los psicólogos empiezan a utilizar la edad funcional o psicológica, en lugar de la edad cronológica para predecir la respuesta del anciano a las demandas de la vida (Morris, 1997).

Aspectos Cognitivos del Envejecimiento

Las funciones cognitivas son aquellas que le permiten al hombre conocer, aprender su ambiente externo y, a cambio, poder interactuar y transformarlo. La evaluación del estado cognitivo es compleja y se ha desarrollado de manera importante en los últimos años.

Habitualmente el adulto mayor no presenta problemas de retención a corto plazo, excepto cuando la información debe ser preservada y manipulada, es decir, en tareas que exijan una división de la atención o bien que la persona reorganice una información adquirida o aprendida recientemente. Sin embargo, las capacidades de abstracción, de cálculo y comprensión semántica de las palabras suelen conservarse.

La memoria a largo plazo es un sistema de almacenamiento de información de gran capacidad y de duración virtualmente ilimitada. La memoria a largo plazo se distingue por tres funciones: codificación, almacenamiento y recuperación. En general, la mayor codificación ampliatoria que se realice durante el almacenamiento de la información produce recuerdos menos efímeros y en el caso de la recuperación, con la edad suele presentarse mayor dificultad para recordar intencionalmente (memoria explícita) que para desarrollar tareas en donde no se exigen un esfuerzo consciente (memoria implícita, Kail y Cavanaugh, 2006).

Los declives en el funcionamiento cognitivo están más relacionados con la salud que con la edad. Esos se deben a distintas causas, pero producen cambios parecidos en los procesos cognitivos y en la conducta, los síntomas de estos trastornos incluyen primero: una

disminución grave de la habilidad intelectual que interfiere con el funcionamiento social u ocupacional, segundo: daños en la memoria y tercero: dificultad para dar juicios o en los procesos del pensamiento.

Principales Problemas Cognitivos del Envejecimiento

Demencia

La demencia, el desarrollo de múltiples déficits cognitivos, incluido el deterioro de la memoria, no es una sola enfermedad sino una docena o más que manifiestan síntomas similares pero causas diferentes. Las demencias se pueden deber a una combinación de varias condiciones médicas; la que más comúnmente se presenta es la enfermedad de Alzheimer. La demencia también puede deberse a otras condiciones, como enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Parkinson y el abuso de sustancias; pero no todas las personas que presentan estas condiciones desarrollan demencia.

La demencia puede llegar gradual o súbitamente. Las personas con demencia pierden su habilidad para aprender nueva información, recordar la antigua o ambas.

Además, sufren deterioro en al menos una de las siguientes áreas: habla y escritura; actividades motoras; reconocimiento de objetos y personas, y planificación, ejecución y monitoreo de su propio comportamiento. Para padecer una demencia, tales deterioros deben ser lo suficiente severos como para causar problemas en el trabajo, en las actividades diarias o en las relaciones sociales, la personas con demencia pueden tener problemas para empacar una maleta, mostrar pobreza de juicio (por ejemplo, pueden conducir en una nevada), volverse violentos o suicidas, tropezar y caer con frecuencia, hacer bromas pesadas, dejar de bañarse y no preocuparse por otras convenciones sociales o acusar a los miembros de la familia de robar pertenencias. Con frecuencia las personas con demencia no son conscientes de su condición y hacen planes que son completamente irreales, como decidir nominarse a la presidencia (Papalia, Olds y Feldman, 2004).

Enfermedad de Parkinson

Es una enfermedad que caracteriza a la vejez; es un trastorno neurológico que progresa lentamente y se caracteriza por temblor, rigidez, movimientos lentos y postura inestable.

Los pacientes que la padecen también experimentan dificultades en las funciones cognitivas y de memoria, y muchos sufren de depresión (Riley, 1999; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2004). En cualquier parte del mundo, entre 20 y 60 por ciento de las personas con enfermedad de Parkinson sufren de demencia. Los síntomas físicos de la enfermedad se deben tratar con drogas diseñadas para aumentar el nivel del neurotransmisor denominado dopamina o para frenar su pérdida (Papalia, Olds y Feldman, 2004).

Aspectos Psicológicos del Envejecimiento

Durante la vejez la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de adaptarse adecuadamente. Esto depende tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como el apoyo que la sociedad le brinde. Se considera muy importante tomar conciencia de los mitos y prejuicios arraigados y reforzados por la representación social prevalente, que considera a la vejez como enfermedad, deterioro, minusvalía y déficit. Esto es aún más notable cuando el deterioro cognitivo, o ciertos cambios de la personalidad, son juzgados como parte del proceso del envejecimiento.

Es necesario entender que el envejecimiento psicológico introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno; es decir, cada individuo tiene su propia manera de envejecer, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y adaptarse y actuar dentro del marco definido por la sociedad (Kail y Cavanaugh, 2006).

Cambios Afectivos

El principal cambio esperable al que va a tener que enfrentarse es al proceso de pérdidas más habitualmente que en otras etapas de su vida, la pérdida de sus figuras parentales y de

personas significantes en su vida con las que mantenía fuertes lazos a nivel emocional y afectivo.

El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por pérdida de una persona que nos es cercana. Dependiendo de la intensidad de la relación podremos experimentar, desde un sentimiento transitorio o de tristeza, hasta una desolación completa que puede persistir por años o volverse crónica.

Idealmente el apoyo a la persona afectada debe darse antes y después del duelo. Expresar abiertamente la pena que sentimos es natural y deseable y supone una buena salida psicológica y fisiológica para las emociones que podemos llegar a haber retenido.

Perder a la Pareja

La muerte de la pareja es el tipo de pérdida en la vejez de la que tenemos más información. Se distingue de las demás. Representa una gran pérdida personal, especialmente cuando la pareja sostenía una relación larga y estrecha (Moss y cols., 2001; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Sin exagerar, podemos decir que una parte de uno mismo muere con el otro.

La sociedad presiona para que se haga duelo durante algún tiempo (Lopata, 1996; Moss y Moss, 1996; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Por lo regular, la presión se manifiesta si el deudo empieza a buscar otra pareja antes de que transcurra un periodo aceptable.

El apoyo social influye poderosamente en el resultado del proceso del duelo en los 2 años subsiguientes al fallecimiento. Es muy importante la calidad del sistema de apoyo, más que el número de amigos. Los deudos que tienen pocos amigos o parientes con quienes sostienen relaciones sólidas y estrechas se hallan en mejores condiciones que los que tienen muchos amigos (Dimong, Lund y Caserta, 1997; citado por Kail y Cavanaugh, 2006).

El número de viudas supera al de viudos, lo que se debe a la mayor esperanza de vida de las mujeres, a que en los matrimonios el hombre suele tener más edad y a que los varones viudos suelen volver a casarse. Las personas que han de vivir la pérdida de su pareja sufren

un profundo dolor y, con frecuencia, también experimentan cambios económicos negativos, soledad, aumento de las enfermedades físicas y trastornos psicológicos incluyendo la depresión (Hungerford, 2001; Manor y Eisenbach, 2003; Valdimarsdottir y cols., 2003; citado por Santrock, 2006).

El impacto de la viudez va más allá del final de una sociedad de largo tiempo (Martin-Matthews, 1999; Pearson, 1996; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Quizá los parientes y amigos abandonen a viudos y viudas, pues no saben cómo tratar a los dolientes. Así, no sólo se pierde al cónyuge, sino también a amigos y parientes a quienes les incomoda incorporar a un individuo en vez de una pareja en las actividades sociales (Matthews, 1996; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Las mujeres tienden a tener más amigos que los hombres y mantienen vínculos familiares más sólidos; por eso las viudas reciben más ayuda de hermanos y amigos que los viudos (Barrett y Lynch, 1999; Martin-Matthews, 2000; citado por Kail y Cavanaugh, 2006).

Algunos piensan, que la pérdida de la esposa plantea un problema más serio para el hombre que la pérdida del marido para la mujer (Martin-Matthews, 1999; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). A menudo, los hombres mayores no están preparados para realizar las tareas rutinarias diarias como cocinar, ir de compras y encargarse de los quehaceres domésticos, de modo que se aíslan emocionalmente de los parientes.

Aunque viudos y viudas sufren una pérdida económica, las mujeres sufren más porque los beneficios del superviviente suelen reducirse a la mitad de la pensión del marido (Martin-Matthews, 1999; Smith y Zick, 1996; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). La viudez significa pobreza para muchas mujeres (Pearson, 1996; citado por Kail y Cavanaugh, 2006).

Un factor importante que no debe olvidarse respecto a las diferencias de género es que los varones suelen ser mayores que las mujeres al quedar viudos. En cierto modo, sus dificultades se deben en parte a esa diferencia de edad. Sin importar la edad, tienen más oportunidades que la mujer de formar una nueva relación, pues las restricciones sociales de

las relaciones entre hombres mayores y mujeres jóvenes son menores (Matthews, 1996; citado por Kail y Cavanaugh, 2006).

Actitudes hacia la Muerte

No existen pruebas de que durante la juventud se desarrolle una orientación especial hacia la muerte. Al darse cuenta de su propio envejecimiento, los individuos suelen también desarrollar una mayor conciencia de la muerte, lo que tiende a intensificarse en la madurez. Al analizar esta etapa, ya señalamos que la madurez constituye el momento en que el adulto comienza a considerar el tiempo de vida que le resta. Las investigaciones realizadas han determinado que los adultos maduros temen más a la muerte que los jóvenes o los ancianos (Kalish y Reynolds, 1976; citado por Santrock, 2006). Los ancianos, por su parte, piensan y hablan más acerca de la muerte que los adultos jóvenes o maduros. También poseen una experiencia más directa con la muerte, ya que sus amigos y familiares enferman y fallecen (Hayslip y Hansson, 2003; citado por Santrock, 2006). Los ancianos se ven obligados a analizar el significado de la vida con mayor frecuencia que los individuos de menor edad.

En la vejez, la propia muerte puede adoptar una cercanía de la que carecía en etapas anteriores. Para los ancianos, la aceptación de su propia muerte puede resultar más sencilla gracias al incremento en los pensamientos y conversaciones acerca del fin de la vida, así como al aumento en el sentido de la integridad que se obtiene a través de una revisión positiva de la existencia. Resulta menos probable que los ancianos tengan cuentas pendientes y asuntos por resolver que los adultos de menor edad. Ya no tienen hijos a los que guiar hacia la madurez, sus cónyuges pueden haber fallecido y suelen haber finalizado todos sus proyectos laborales. Sin estas exigencias, la muerte puede resultar emocionalmente menos dolorosa para ellos. Incluso en el caso de los ancianos, sin embargo, las actitudes hacia la muerte no son las mismas. Una mujer de 82 años de edad declaró que la muerte supondría una lamentable interrupción en sus actividades y relaciones.

Enfrentarse a la Propia Muerte

La aceptación de que la muerte constituye un hecho inevitable nos permite establecer prioridades y estructurar nuestro tiempo de forma adecuada. Con el envejecimiento estas prioridades y esta organización cambian al reconocer que el tiempo se acaba. También se transforman los valores que determinan los usos más importantes del tiempo del que se dispone. Por ejemplo, cuando se pidió a adultos jóvenes que señalaran de qué manera utilizarían sus últimos seis meses de vida, solían indicar actividades como viajar o hacer cosas que no habían hecho aún. Los adultos de mayor edad, por su parte, se referían a actividades más centradas en su interior: la contemplación y la meditación, por ejemplo (Kalish y Reynolds, 1976; citado por Santrock, 2006).

La mayor parte de los individuos que se encuentran en la última fase de su vida desean tener la oportunidad de tomar algunas decisiones relacionadas con su existencia y su muerte (Kastenbaum, 2004; citado por Santrock, 2006). Algunas personas desean completar asuntos inacabados, y necesitan tiempo para resolver problemas y conflictos y para ordenar ciertos aspectos de sus vidas.

Aspectos Sociales del Envejecimiento

El principal problema de las personas de edad es siempre el mismo en cualquier lugar del mundo: vivir el máximo tiempo posible, pero conservando en el seno de la colectividad los roles que le dan sentido a la vida de la persona. Es decir, el deseo es, en todas partes vivir mientras la vida valga más que la muerte, y esta valoración esta intrínsecamente relacionada con las formas de vida de cada grupo. El ser humano no puede pensarse así mismo si no lo es como miembro de una colectividad que constituye su grupo de referencia y su grupo de pertenencia.

Podríamos convenir que una vida con sentido es una vida que en principio tiene determinadas necesidades básicas satisfechas entre ellas las llamadas necesidades sociales.

Las necesidades sociales básicas podrían reunirse en (a) pertenencia del grupo (b) de estar integrado en el mismo y (c) de identificarse con él. En términos generales contamos, que en todo el mundo se quiere seguir vivo mientras estas necesidades reciben satisfacción (además de las directamente biológicas: comida, protección, etc.).

Jubilación

Es un cambio importante que experimentan las personas en la ancianidad es el abandono del mundo laboral asalariado. Las reacciones de las personas ante la jubilación son muy diferentes, en parte porque la sociedad no tiene idea clara de lo que se supone que deben hacer los que se jubilan. La ventaja de esta falta de expectativas sociales claras es que los ancianos tienen flexibilidad para estructurar su jubilación como les plazca.

Havighurst (1972; citado por Auer, 1996) uno de los pioneros de la gerontología social, formuló seis tareas principales a las que nos debemos enfrentar a la vejez. Un tema principal en la lista de Havighurst es el desenganche, la reducción voluntaria o involuntaria de participación activa en la sociedad. La jubilación se considera parte del desenganche; la disminución de la fuerza y la salud hace que las actividades sean más difíciles; y la muerte del cónyuge priva de compañía en las actividades que se realizan y consume los recursos emocionales que quedaban. El desenganche de los roles sociales de la madurez se compensa mediante la adopción de nuevas actividades y la adaptación de las anteriores.

Los jubilados a menudo empiezan un nuevo hobby, como parte de su asociación explícita con los que comparten su nuevo nivel de vida, se unen a un grupo político, de acción social o de ocio. Quizás amplíen sus roles familiares y hogareños (llevan a los nietos de excursión, plantan en un jardín) o desarrollan un papel en la organización de la comunidad (en la iglesia, un club, o el vecindario). Finalmente, los ancianos a menudo tienen que variar sus formas de vida en el hogar para satisfacer las necesidades que van surgiendo (acceso fácil a las tiendas, cuidados sanitarios, etc.) y para evitar ser una carga para los hijos adultos (Del Risco, 2007).

La jubilación es una importante transición de la vida que se comprende desde una perspectiva global de la vida. Este cambio significa que los jubilados deben buscar la manera de mantener la integración social siendo activos en varios aspectos. En las décadas pasadas se ha registrado un crecimiento rápido de las organizaciones dedicadas a brindar oportunidades a los retirados. Existen grupos en las comunidades locales como los centros y clubes para ancianos. Estas organizaciones impulsan el concepto de aprendizaje durante toda la vida y les ayudan a mantenerse activos. Muchos incluso ofrecen planes de viaje diseñados especialmente para los adultos mayores activos.

Autoconcepto en la Jubilación

Muchos factores influyen el autoconcepto de una persona en la jubilación. Algunos de ellos son la comprensión del cambio y la conciencia del paso del tiempo. Cómo se percibe el cambio en los demás y en uno mismo y cómo se consideran y entienden las implicaciones del tiempo futuro son aspectos principales de la integración cognitiva personal que conduce a autocomprensión creciente. Primero sobreviene la comprensión del yo pasado y los valores, preferencias y deseos que se basan en el ayer. La jubilación ofrece oportunidades para regresar a donde la familia solía vivir, mantener contacto cercano con antiguos amigos o usar la casa de verano de la familia. Esta comprensión enriquecida del pasado propio puede complementarse con una nueva perspectiva del yo futuro propio. Nuevos estilos y ambientes de vida, nuevos amigos y actividades se vuelven opciones reales. Una persona puede elegir realizar un nuevo conjunto de actividades de vida en un ambiente comunitario familiar (Sterns y Kaplan, 2003; citado por Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Un segundo factor que influye el autoconcepto es la percepción que se tenga acerca del control sobre la vida personal. Una persona en el mundo del trabajo puede sentir que posee el control debido a los recursos financieros, la posición que ostenta o la antigüedad o puede sentirse extremadamente vulnerable con base en la situación financiera y el clima empresarial actuales. Muchas personas en su jubilación tuvieron que cambiar el estilo de vida para regresar a trabajar por paga con la finalidad de mantener un estándar de vida deseado.

Un tercer factor es la introspección personal (qué tan bien se comprende uno a sí mismo: las motivaciones, deseos, enfoque en el trabajo y relaciones con la familia, amigos y organizaciones). El autoestudio, la educación y la asesoría pueden ayudar a este proceso.

Tanto la instrumentación de todas estas influencias sobre el autoconcepto como la necesidad de interpretación, planeación, complejidad y sabiduría son parte de la adecuada capacidad de las personas para manejar su retiro (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

¿Cómo se afronta la jubilación?

Es un momento muy agradable a condición de que haya seguridad económica, se goce de buena salud y exista una red de apoyo de amigos y parientes (Gall y cols., 1997; Matthews y Brown, 1987; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). En el caso de los varones, una buena salud, un ingreso suficiente y el retiro voluntario procura mucha satisfacción al inicio; el sentido interno del control personal significa bienestar a largo plazo (Gall y cols., 1997; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Para ellos, también las prioridades son importantes. Los que conceden mayor importancia a los papeles familiares (el de padre o de esposo, por ejemplo) se sienten más felices con la jubilación. Es interesante señalar lo siguiente: la actitud de las mujeres no parece estar relacionada con la importancia dada a determinados papeles (Matthews y Brown, 1987; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Para ambos sexos, una gran competencia se acompaña de una satisfacción mayor, quizá porque optimicen mejor el nivel de la presión ambiental.

Enfrentamiento con la Situación de la Vivienda

Para Lehr (1995) los adultos mayores que llegan a la etapa de la adultez tardía traen consigo la necesidad de modificar la situación de la vivienda. Si es que un adulto mayor habitaba en viviendas proporcionadas por la empresa donde trabajaba, estos se enfrentan forzosamente a un cambio de morada, que exige también el cambio interior de un entorno familiar a otro nuevo y algunas veces se renuncia al contacto con los vecinos, a quienes, se había tomado cariño. Sin embargo, hay otros adultos mayores que se mudan voluntariamente, sin presión exterior, ya sea porque la vivienda es muy amplia, porque los

hijos se fueron, porque han enviudado o porque prefieren una mejor zona. Pero existe un grupo de adultos mayores para quienes el cambio de vivienda genera un fuerte impacto, sobre todo cuando surgen impedimentos corporales que exigen una adaptación especial a la vivienda; por lo que se presenta la alternativa de mudarse a la casa de algún familiar, o de ingresar según el grado de invalidez a un asilo o clínica para adultos mayores.

Actitud al Traslado a una Residencia para Adultos Mayores

Es cierto que amplios grupos de la población pueden manifestar un rechazo al asilo. Para la mente e imaginación de muchos adultos mayores, el asilo pasa como la última e irrevocable estación de la vida y es repudiada por su característica de ser definitiva, o por ser el lugar de retiro para los que son rechazados por la familia (Lieberman y Lakin, 1963; Gaitz, 1966; citado por Lehr, 1995).

Se debe demostrar que esta última estación, como la han llamado no supone forzosamente una sala de espera del fin, sino que, muy por el contrario con la adecuada cantidad de actividades de esparcimiento y ordenación del tiempo libre, la vida puede llenarse de contenidos y vivencias; por lo que una residencia no debe estrechar el horizonte, ni limitar la esfera de la vida, sino que debe contribuir a ampliarlo y abrirles a los adultos mayores una gran gama de posibilidades que de otro modo no podrían tener (Lehr, 1995).

La adaptación a la vida de residencia depende de una conjugación de múltiples factores. Aparte, la actitud de expectativa ante la vida de interno, la situación específica y la existencia anterior desempeñan un papel importante. La satisfacción con la vida, consignada hasta entonces y el sentimiento de haber cubierto las propias metas facilitan la adaptación (Lehr, 1995).

Problemática del Adulto Mayor en el Perú

Los gerontólogos estudian el comportamiento de la sociedad con las personas mayores y sus principales problemas (salud e ingresos). Entre los problemas de salud se encuentra la pérdida normal de audición, visión y memoria, enfermedad de Alzheimer y la mayor incidencia de enfermedades crónicas. Estas pérdidas son graduales y avanzan a diferentes velocidades según el individuo. De hecho, muchas personas no experimentan este tipo de pérdidas hasta muy avanzada edad (por encima de los 80 años) y la gran mayoría de las personas mayores aprenden a adaptarse a las limitaciones de sus problemas de salud. En general, hoy día la salud de las personas mayores es mejor que las generaciones anteriores y seguirá mejorando a medida que se incremente la atención médica a lo largo de la vida. En la mayoría de las sociedades industrializadas el alto coste del tratamiento de enfermedades crónicas ha sido asumido, al menos en parte, por políticas de seguridad social.

La preocupación por la situación de las personas adultas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva. En los países en desarrollo, las personas están envejeciendo antes de aumentar su riqueza (OMS, 2002; citado por Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo, 2007).

Un primer aspecto a señalar respecto a los problemas de los adultos mayores es que aún falta mucho por hacer para que realmente se asuma a las personas adultas mayores como ciudadanos sujetos de derechos. A nivel de los países de la región (Latinoamérica y El Caribe), existe invisibilidad de la vejez a nivel de políticas públicas, la investigación y la academia (CEPAL, 2003; citado por Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo, 2007). Esta invisibilidad evita que se enfrente y se desarrollen políticas públicas para atender las necesidades de este sector poblacional que cada vez crece más en todos los países incluido el Perú.

Si bien, en nuestro país se muestra un avance con la Ley del Adulto Mayor de 2006, aún las estadísticas nacionales no reflejan la realidad del adulto mayor y las políticas sociales que se inician son pocas, asistencialistas y no promueven su real integración. Tampoco existe un movimiento social de personas mayores que sustente propuestas integrales, la mayoría de los grupos organizados se desenvuelven como espacios de convivencia social. En la década del 80, en Latinoamérica se reconoció el maltrato a las personas adultas mayores como un problema social. El maltrato social, por la imagen negativa del envejecimiento, afecta su bienestar y le impide ejercer sus derechos (CEPAL, 2003; citado por Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo, 2007).

Existe también una diferenciación de género en el proceso de envejecimiento marcado por las diferencias en el acceso de hombres y mujeres a la educación, al empleo, al derecho a la propiedad, a una pensión de jubilación; en la valoración del varón como el soporte de la familia y en la participación social. Las diferencias en el acceso a oportunidades de hombres y mujeres tienen repercusiones considerables en las posibilidades de ingresos propios durante la vejez, que condicionan el sentirse más independientes para decidir sobre sus ingresos, o el ser dependientes. Dentro de la población adulta mayor, las mujeres muestran más indicadores de pobreza que los hombres (Plan Nacional 2006-2010; citado por Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo, 2007).

El acceso a ingresos propios no sólo influye en la independencia personal y la calidad de vida, sino también en la auto-valoración y autoestima personal como ciudadano con plenos derechos. En general, los adultos mayores que han accedido a un empleo formal, que han cotizado y están ahora jubilados, están relativamente mejor colocados en la sociedad pues reciben una pensión que representa recursos económicos propios, además de otros beneficios colaterales.

Esto marca una considerable diferencia con aquellos adultos mayores que no accedieron a empleo formal y/o que no han cotizado para acceder a una pensión de jubilación que es la mayoría en el país. Los cesantes y jubilados, complementariamente tienen derecho a la

atención de salud en ESSALUD, a clubes y asociaciones conformadas por sus antiguos centros de trabajo o por ESSALUD, mientras aquellas personas que no han tenido empleo formal, sólo acceden a los servicios públicos asistenciales, limitando el ejercicio de sus derechos ciudadanos e incrementando su exclusión y vulnerabilidad social y económica.

De otro lado, los profesionales de la salud no se especializan de manera preferente en áreas como geriatría y gerontología y, en la mayoría de los casos, los equipos médicos que trabajan en los centros hospitalarios del país no cuentan con estos especialistas o si se dispone de ellos, no se encuentran actualizados ni reciben periódicamente algún tipo de capacitación al respecto. A la deficiencia en la cobertura de servicios habría que añadir los problemas de calidad que se presentan sobre todo en el interior del país.

Teorías Sociales del Envejecimiento

Sociólogos, psicólogos y gerontólogos han elaborado diversas teorías del envejecimiento para poder explicar la influencia de los factores culturales y sociales sobre el mismo (Papalia, Olds y Feldman, 2001).

Teoría del Intercambio

Esta descansa en cuatro suposiciones básicas:

- La actividad de los individuos y grupos va entorno a la maximización de las recompensas y la minimización de los costos.
- Los individuos utilizan la experiencia para predecir el resultado de intercambios similares en el presente.
- Un individuo mantendrá una interacción en tanto ésta continúe siendo más gratificante que costosa.
- Cuando un sujeto depende de otro, el último obtiene el poder.

-Esta teoría no sólo consiste en transacciones financieras, sino también en la satisfacción psicológica y gratificante de necesidades (Rice, 1997).

Teoría del Desenganche

Para esta teoría, lo que caracteriza el proceso normal de envejecimiento es el distanciamiento o desvinculación de forma recíproca, inevitable y universal entre la persona mayor y los otros. El fenómeno del desenganche incluiría dos componentes: uno de carácter psicológico, interno de cada individuo; y otro de carácter sociológico, basado en la influencia del entorno sobre la persona.

Respecto a la dimensión psicológica, la persona mayor se centraría en el aumento de la atención dirigida hacia sí misma y a la vez habría una disminución del nivel de interés hacia las personas de su entorno. En lo que atañe a la dimensión sociológica, esta se traduciría en la disminución de las interacciones entre la persona mayor y aquellas otras, pertenecientes a su red social (Cumming y Henry, 1961; citado por Silvestre, Sole, Pérez y Jodar, 1995).

Teoría de la Actividad

Los postulados a esta teoría (Havighurst y Albrecht, 1953; citado por Silvestre, Sole, Pérez, y Jodar, 1995) sostienen que, para adaptarse a la vejez, la persona mayor necesita mantenerse activa, continuando las actividades anteriores o encontrando otras que las sustituyan. En uno y otro caso, se trata de superar las restricciones de su entorno social.

La satisfacción vital, la imagen de sí mismo y los papeles sociales son tres aspectos básicos en la configuración de esta teoría. Por una parte, las actividades ejercidas se relacionan con los papeles sociales desempeñados y es a través de su ejercicio como las personas reciben mayor y menor reconocimiento social. Por otra parte, ese reconocimiento influye en la imagen más o menos positiva, y dicha imagen afecta el grado en que la persona se siente satisfecha con la vida.

Según esta teoría, si nuevos papeles no vienen a reemplazar a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el sujeto se torna inadaptado y alineado, no sólo de sí mismo sino también de las situaciones.

Según la teoría de la actividad, una vez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservarlos activos (Atchley, 1977; citado por Mishara y Riedel, 1995).

Teoría de la Continuidad

Esta teoría confiere a la estructura de la personalidad la función explicativa de la diversidad observable en las actitudes y conductas de las personas mayores.

La atribución de continuidad que cada persona establece puede tener diversos grados. Un nivel bajo de continuidad se traduciría para la persona mayor en la vivencia de imprevisibilidad en relación con los acontecimientos. El nivel óptimo comportaría que los cambios tienen lugar a un ritmo acorde con las preferencias y las capacidades de la persona para adaptarse a las exigencias sociales. Finalmente, el exceso de continuidad crearía sensación de incomodidad ante la ausencia de cambios, entendidos como estímulos y como enriquecimiento de su vida (Athcley, 1971; citado por Silvestre, Sole, Pérez, y Jodar, 1995).

Teoría Psicosocial de Erikson

Cuando los adultos entran en la etapa final de la vida, dijo Erikson (1982; citado por Hall, Hoffman y Paris, 1996) su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Surge la necesidad de aceptar su propia vida tal como la han vivido y tener la firme creencia que hicieron lo mejor posible bajo sus propias circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. Este sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación.

Aquellas personas que tienen éxito en esta etapa final, le dan orden y significado a sus vidas, dentro de una categoría social, pasada, presente y futura. La virtud que se puede

desarrollar en esta etapa es la sabiduría. El paso de la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona, menciona Erikson quien contempla la tercera edad como uno de los periodos más productivos y creativos que en el pasado (Erikson y Hall, 1987; citado por Hall, Hoffman y Paris, 1996).

Teoría de la Selectividad Socioemocional

Recientemente, Carstensen (1992a; Baltes y Carstensen, 1999; citado por Schaie y Willis, 2003) ha propuesto la teoría de la selectividad socioemocional para explicar los cambios en el contacto social que tienen lugar con el envejecimiento. La teoría se centra en el propósito de las interacciones sociales y la calidad de los contactos sociales, más que en la mera frecuencia de las actividades sociales. La investigación longitudinal ha mostrado que, mientras algunas formas de contacto social (por ejemplo, con los conocidos) disminuyen en la edad, empezando en la madurez, otras formas de contacto social se mantienen sin disminuir en la vejez (Carstensen, 1992a; Field y Minkler, 1988; Lang, Taudinger y Carstensen, 1998; citado por Schaie y Willis, 2003). La proximidad emocional aumenta durante la edad adulta en las relaciones con los familiares y los amigos íntimos. Por tanto, considerando todo el ciclo vital, los individuos comienzan a restringir su mundo social mucho antes de la vejez. Parece que se es selectivo respecto a los contactos sociales, no que haya una retirada total del mundo social.

Las teorías del desenganche y la selectividad se diferencian en su explicación de por qué se produce la reducción en la interacción social una premisa esencial de la teoría del desenganche es que la reducción en la interacción social se produce por la necesidad del anciano a distanciarse emocionalmente de los demás. Por el contrario, el trabajo de Carstensen sugiere que los ancianos consideran el aspecto emocional del contacto social como lo más importante; una parte fundamental de las interacciones sociales son las emociones que provocan. La teoría de la selectividad afirma que una función fundamental de la interacción social en la vejez es ayudar a regular la afectividad y la emoción. Las interacciones sociales implican emociones y, conforme el individuo envejece, cada vez se selecciona más aquellos contactos sociales que provocan experiencias emocionales

positivas. Los contactos sociales que implican afectividad negativa o que merman las energías personales sin devolver emociones positivas se van evitando cada vez más. Por tanto, la selectividad en las interacciones sociales se considera una estrategia adaptativa en la vejez para optimizar la probabilidad de encuentros felices y enriquecedores (Baltes y Carstensen, 1999; citado por Schaie y Willis, 2003).

Teoría del Convoy

La teoría del convoy, propuesta por Robert Kahn y Toni Antonucci (1980; citado por Papalia y cols., 2009) distingue las relaciones en términos de su intimidad relativa. Sólo los círculos exteriores de contacto social de una persona son significativamente afectados por la jubilación. Los compañeros de trabajo en estos círculos tienden a alejarse, a ser sustituidos por nuevos amigos de ocio o bien, se pasa más tiempo con otros amigos y conocidos. Pero, sin importar lo que ocurra a estas amistades relativamente casuales, los jubilados todavía tienen un círculo interno estable de amigos cercanos y miembros de la familia y por tanto no sienten una pérdida del apoyo social o bienestar.

Teoría de la Conducción Social

De acuerdo con la teoría de la conducción social, la gente avanza a través de la vida rodeada por conducciones sociales: círculos de amigos cercanos y miembros de la familia de diversos grados de cercanía, en los cuales pueden confiar para recibir ayuda, bienestar y apoyo social, y a quienes, a su vez, se ofrece cuidado, interés y apoyo (Antonucci y Akiyama, 1997; Kahn y Antonucci, 1980; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2004). Las características de la persona (género, raza, religión, edad, educación y estado civil) junto con las características de la situación de la persona (expectativas de roles, eventos de la vida, estrés financiero, dificultades diarias, demandas y recursos), influyen en el tamaño y composición de la conducción o red de apoyo, así como en la cantidad y tipo de apoyo social que recibe la persona y la satisfacción derivada de este apoyo. Todos esos factores contribuyen a la salud y bienestar (Antonucci, Akiyama y Merline, 2001; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2004).

Aunque la conducción social por lo general muestra estabilidad a largo plazo, su composición puede cambiar. En una época, los vínculos con los hermanos pueden ser más significativos; en otro momento, los vínculos con los amigos (Paul, 1997; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2004).

Envejecimiento Óptimo

Se ha argumentado que el envejecimiento óptimo implica una estrategia general de ser selectivo con los esfuerzos que uno hace y de usar estrategias y actividades alternativas para compensar las pérdidas que conlleva el proceso de envejecimiento (Schaie y Willis, 2003).

Una razón importante de por qué algunas personas envejecen mejor que otras es el hecho de que hay bastante plasticidad conductual a todas las edades. A lo largo de la vida, muchas personas funcionan por debajo de los límites de sus capacidades de “reserva”. Esto puede que no importe en la juventud, pero en la vejez son los individuos capaces de maximizar las cualidades de apoyo de su entorno los que envejecen mucho mejor y parecen ser más competentes que otros (Baltes y Kliegl, 1987; Baltes y Reichert, 1992; citado por Schaie y Willis, 2003).

Algunos han afirmado que el envejecimiento es mejor y más fácil en sociedades más tradicionales que sienten más respeto por los ancianos. En todas las sociedades, la satisfacción de las necesidades económicas y de salud básicas está estrechamente relacionada con un buen envejecimiento, por lo tanto se podría sugerir que el buen envejecimiento necesita a la vez un mantenimiento razonable de la funcionalidad y apoyos sociales adecuados (Ikels y col., 1995; citado por Schaie y Willis, 2003). Los individuos que envejecen bien se diferencian generalmente de los que no envejecen tan bien por el mayor contacto social.

El buen envejecimiento obviamente no empieza a los sesenta, las bases para un buen envejecimiento se asientan en los estilos de vida que mantienen un cuerpo sano y una mente sana mediante hábitos alimenticios, de ejercicios y de ampliación de actividades interesantes que supone un reto por la mente. Por el contrario, los estilos de vida en la madurez que llevan a la debilidad en la vejez incluyen beber de forma intensa, fumar, la inactividad física, la depresión, el aislamiento social y la prevalencia de la enfermedad crónica (Strawbridge, Shema, Balfour, Higby y Kaplan, 1998; citado por Schaie y Willis, 2003). El desarrollo de estilos de vida sanos que llevan a un buen envejecimiento está influido, por supuesto, por la educación y las actitudes y el ánimo de la familia y los amigos que valoran una vida sana y productiva. El envejecimiento óptimo también se fomenta en la madurez aprendiendo técnicas para la reducción del estrés, desarrollando técnicas para enfrentarse al cambio y adquiriendo habilidades de ocio que no requieran una fuerza y resistencia física importante (Schaie y Willis, 2003).

Otra estrategia importante es el mantenimiento del sistema de apoyo social y la sustitución con nuevas relaciones de las pérdidas por la muerte o el traslado de amigos y familiares. El buen envejecimiento también requiere un autoconcepto positivo que se puede mantener siendo capaz de evaluar el propio rendimiento en relación con los niveles restantes de capacidad física y mental (Brim, 1998; citado por Schaie y Willis, 2003).

Calidad de Vida

Diener (1984; citado por Rodríguez, 1995) define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal; pero también, este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

El concepto de calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida tal y como son experimentados por los individuos; aspectos tales como: salud, matrimonio, familia,

trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas y sentidos de pertenecer a ciertas instituciones.

Es necesario mencionar que “calidad de vida” no es sólo la optimización de los servicios, la eficiencia de las máquinas, el beneficio de los materiales, seguros de una vivienda sino aquellos aspectos relacionados con el campo de lo psicológico y lo cultural-social. El desarrollo del individuo como persona, psicológicamente hablando, es calidad de vida. Es decir, por ejemplo aspectos como desarrollo de la autoestima, de la identidad, de la autorrealización, el desarrollo de sus potencialidades, y el manejo de nuevas habilidades (Rozas, 1998; citado por Olson y Barnes, 2003).

Se puede señalar también, que este concepto incluye un conjunto de aspectos en los que se interviene la autorrealización del sujeto. Es así, que la calidad de vida en una sociedad sería el grado en que las condiciones de dicha sociedad, permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia (Morales, Blanco Huie y Fernández, 1985).

De acuerdo con los supuestos antedichos el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de la vida y variables más subjetivas y personales. En una relación da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos.

En cuanto a considerar a las relaciones sociales como indicadores de la calidad de vida, se conoce que una de las necesidades elementales del ser humano es la filiación, como red disponible de interacciones en diferentes campos, tales como: recreativo, laboral, político, religioso, afectivo, entre otras. Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, más calidad de vida para el individuo (Zimmerman, 1998).

La interacción social es un componente importante del concepto más amplio de bienestar social, ya que las interacciones sociales se producen en varios dominios: familia, amigos, comunidad y trabajo. Naturalmente, es posible distinguir entre cantidad de contactos

sociales y la calidad de esta interacción, pero, en general los trabajos sobre el tema han preferido considerar que cuanto más interacción haya, mejor será la calidad de vida.

En cuanto a la familia y su influencia en la percepción de la calidad de vida de la persona, la familia cumple un rol de mediador o catalizador social de los factores exógenos que determinan la vida del grupo humano, lo que se expresa en la atención de las necesidades de cada uno de sus miembros, así estos factores determinan cuál es la calidad de vida y el grado de bienestar que pueden gozar los integrantes de cada familia.

Habilidades Funcionales para una Vida Independiente en la Adulthood Tardía

Las habilidades funcionales se definen como aquel conjunto de destrezas que se requieren para llevar una vida independiente y que poseen las personas para desenvolverse por sí mismas en su entorno próximo. Las habilidades funcionales son también denominadas “actividades de la vida diaria” y son un factor determinante a la hora de valorar la calidad de vida de las personas mayores.

Una idea muy común es que las personas mayores de sesenta y cinco años tienen una serie de incapacidades que las hacen depender de los demás. En el estudio sobre estereotipos en torno a la vejez (Fernández-Ballesteros, 1992a-1999), los resultados muestran que una gran mayoría de sujetos de todas las edades consideran esto como cierto. Sin embargo, la mayor parte de los estudios sobre la incapacidad durante la vejez ponen de relieve a grosso modo, que menos de uno de cada diez individuos entre sesenta y cinco años y setenta años tiene dificultades funcionales. Evidentemente, estas dificultades se incrementan a lo largo de la vejez de forma tal que entre las personas mayores de ochenta y cinco años cuatro de cada diez cuentan con problemas para realizar actividades de la vida diaria (peinarse, ducharse, etc.).

Las actividades de la Vida Diaria (AVDs), es la forma mayoritariamente aceptada de clasificar las habilidades funcionales para hacerlas operativas de cara a su evaluación e intervención. Éstas se dividen en AVD-I o básicas y AVD-II o instrumentales. Las básicas

(AVD I) comprenden todas aquellas habilidades necesarias para cubrir los aspectos del cuidado personal como la higiene, el vestido, la alimentación, la movilidad y el control de esfínteres. Por su parte, las instrumentales (AVD II) hacen referencia a habilidades como la limpieza del hogar, cocinar, hacer compras, el manejo del dinero, desplazarse en transportes públicos, etc. (Fernández-Ballesteros y cols., 1992-1999).

Las causas más comunes que pueden producir una discapacidad funcional pueden ser múltiples aunque, en su gran parte, se deben a patologías de carácter físico osteo-articular. En todo caso, lo más importante de las discapacidades funcionales es el efecto de dependencia en la vida diaria que la persona experimenta; es decir, los sentimientos de incompetencia a la hora de realizar cualquier actividad que anteriormente desarrollaba sin problemas.

Sabemos que, en las personas mayores, las funciones prevalentemente afectadas son las referidas a su movilidad, como andar, subir escaleras, etc. Pero si a este problema de movilidad se le añaden otros impedimentos, como puede ser el de su propio aseo personal, nos encontramos con que las repercusiones para la persona afectada pueden llegar a ser muy graves, al traducirse en una pérdida de autoestima y a un más que probable rechazo y aislamiento social, creando un impacto emocional muy negativo y una disminución significativa de la calidad de vida. De aquí que la discapacidad sea uno de los aspectos esenciales en el envejecimiento patológico y que, por tanto, conservar las habilidades funcionales sea, a la vez, uno de los objetivos esenciales del envejecimiento normal y con éxito (Fernández-Ballesteros y cols., 1999).

Relaciones Familiares y Amicales en la Adulterz Tardía

Ser y Blenkner (1965; citado por Mishara y Riedel, 1995) dicen que para el tiempo en que las personas llegan a la tercera edad, tienen menos descendientes capaces de cuidarlos; en efecto las familias tienen menos de la mitad de los miembros que tenían al principio del siglo, por lo que describen la responsabilidad filial, es decir la obligación de atender las necesidades de los padres que envejecen, también hablan de la madurez filial, que es la

capacidad de dar prueba a la responsabilidad filial. La mayoría de las personas de edad son independientes, tiene una familia que se ocupa de ellas y dan tanto como reciben, o en algunos casos las familias desean mantenerse en contacto pero no vivir necesariamente en la misma casa, es lo que Rosenmayr y Kosheis (1965; citado por Mishara y Riedel, 1995) denominan “intimidad a distancia”.

Papalia, Olds y Feldman (2001) están de acuerdo en que la familia es la principal fuente de apoyo emocional. Cuando este apoyo disminuye o las relaciones familiares son inexistentes o tensas, los efectos negativos pueden ser profundos, la presencia de varios miembros de la familia puede enriquecer pero al mismo tiempo puede crear presiones especiales. La familia nuclear y el deseo de los adultos mayores de vivir separados de los hijos, cuando sea posible, reflejan los valores dominantes del individuo.

Aunque las relaciones estrechas con los hijos son importantes, tienen menos influencia en el bienestar, y la satisfacción de los mayores que las relaciones con los amigos. Hay dos factores que pueden ayudar a explicar este hecho: en primer lugar estar con amigos es para ellos mucho más estimulante que estar con la familia. En segundo lugar, al menos para una gran mayoría de las viudas mayores, a menudo se produce una inversión de poder en su relación con los hijos, que puede ser causante de estrés (Talbot, 1990; citado por Hall, Hoffman y Paris, 1996).

Antonucci y Akiyama (1995; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2001) dicen que las amistades tienen mayor efecto positivo en el bienestar de los adultos. Como en las primeras etapas de la vida, las amistades van en torno a la diversión y el tiempo libre, mientras que las relaciones familiares tienen a involucrar tareas cotidianas y necesidades. El significado de amistad implica consecuencias mutuas entre adultos mayores y las amistades, ya no están relacionadas con el trabajo y la crianza como las primeras etapas de vida, en su vez eso se centran en la compañía y el apoyo, los adultos mayores disfrutaban más del tiempo con sus amigos que el dedicado a su familia, esto quizás se deba que pasan más tiempo libre productivo y ameno con los amigos.

El hecho de que las personas elijan a sus amigos puede ser especialmente importante para los ancianos, quienes con frecuencia sienten que el control sobre sus vidas se les escabulle (Adams, 1986; citado por Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Este elemento de elección puede ayudar a explicar por qué la mayoría de los ancianos tienen amigos cercanos, y por qué quienes tienen un círculo activo de amigos son más felices y más sanos (Babchuk, 1978-1979; Lemon, Bengtson y Peterson, 1972; Steinbach, 1992; citado por Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Las personas ancianas pasan más tiempo de ocio activo con los amigos, y la jovialidad y espontaneidad de las amistades les ayuda a elevarse sobre preocupaciones diarias. La brevedad relativa y la poca frecuencia con que ven a los amigos pueden agregar su sabor especial (Antonucci y Akiyama, 1995; citado por Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Los amigos y vecinos con frecuencia sustituyen a los miembros de la familia que están lejos. Y aunque los amigos no pueden sustituir a un esposo o un compañero, pueden ayudar a compensar la falta de uno (Hartup y Stevens, 1999; citado por Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Los adultos mayores de 85 años que mantienen amistades, con frecuencia llaman amigo a alguien que anteriormente habría sido considerado simplemente como conocido. Puesto que las discapacidades pueden obstaculizar el contacto cara a cara, las amistades se pueden mantener por teléfono o correo y en estos casos tienden a ser menos íntimas que en años anteriores (Johnson y Troll, 1994; citado por Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Adultos Ancianos Casados

Los años que median entre la jubilación y el fallecimiento suelen denominarse “la fase final del proceso del matrimonio”. La jubilación altera el estilo de vida de la pareja, por lo que se hace necesario un proceso de adaptación (Dickson, Christian y Remmo, 2004; Pruchno y Rosenbaum, 2003; citado por Santrock, 2006). Los mayores cambios se aprecian en la estructura familiar tradicional, en la que el marido trabaja y la esposa es ama de casa. A veces, el hombre no sabe cómo ocupar su tiempo, y la mujer puede sentirse incómoda con la presencia del esposo en casa todo el día. En las familias tradicionales puede resultar

necesario que ambos miembros de la pareja adopten roles más expresivos. El marido debe adaptarse: ya no proporciona los ingresos con su trabajo fuera de casa, sino que debe ayudar en las tareas del hogar. Por su parte, la mujer deja de ser la única encargada del hogar, y debe compartir y delegar responsabilidades domésticas. La felicidad conyugal de los adultos ancianos también se ve afectada por la capacidad que cada miembro de la pareja muestre para resolver conflictos personales, incluyendo el envejecimiento, la incidencia de enfermedades y la muerte (Field, 1996; citado por Santrock, 2006).

Los individuos casados o que viven con sus parejas en la vejez suelen presentar mayores niveles de felicidad que las personas que permanecen solteras (Lee, 1978; citado por Santrock, 2006).

Adultos Ancianos Divorciados o que Vuelven a Casarse

El divorcio da lugar a una serie de consecuencias sociales, económicas y físicas que afectan a los ancianos (Jenkins, 2003; Pasley, 1996; citado por Santrock, 2006). La disolución del matrimonio puede debilitar los vínculos familiares cuando se produce en un estadio tardío de la vida, especialmente en el caso de los varones ancianos (Cooney, 1994; citado por Santrock, 2006). Las mujeres ancianas divorciadas presentan menos probabilidades de disponer de recursos económicos adecuados que las casadas, y al igual que en etapas más tempranas de la adultez, el divorcio se relaciona con la presencia de problemas de salud durante la vejez (Lillard y Waite, 1995; citado por Santrock, 2006).

Los investigadores han determinado cuando un anciano quiere volver a casarse se ven sometidos a una presión social negativa debido a su decisión de volver a contraer matrimonio (McKain, 1972; citado por Santrock, 2006).

Estas reacciones negativas pueden ir de la indignación al rechazo por parte de los hijos adultos. Sin embargo, la mayoría de hijos adultos apoyan la decisión de sus padres ancianos de volver a casarse. Las investigaciones han demostrado que los padres que vuelven a contraer matrimonio y sus parejas proporcionan menos apoyo a los hijos de su cónyuge que

los padres que siguen viviendo en su primer matrimonio (White, 1994; citado por Santrock, 2006).

Adultos Ancianos que Nunca se han Casado

No todos los adultos ancianos han estado casados en algún momento de su vida. Aproximadamente el 8 por 100 de todos los individuos que alcanzan la edad de 65 años jamás han contraído matrimonio. Contradiendo el estereotipo popular, los adultos ancianos que no se han casado parecen mostrar menos dificultades para hacer frente a la soledad durante la vejez. Muchos de ellos ya saben cómo vivir de manera autónoma y pueden valerse por sí mismos (Santrock, 2006).

Principales Dependencias en el Adulto Mayor

Dependencia Económica

Los patrones de gasto de las personas cambian después de la jubilación, de forma que los ingresos de los ancianos pueden resultar más adecuados de lo que parece a primera vista (Nieswiadomy y Rubin, 1995; citado por Schaie y Willis, 2003). Por ejemplo, hay una reducción de los gastos relacionados con el trabajo tales como transportes y comidas fuera de casa, así como herramienta y las cuotas de colegios o asociaciones profesionales. Además, los hijos han dejado el hogar, de forma que el hogar medio consiste en dos o tres personas en lugar de las cuatro personas de la población general. Por otro lado, las limitaciones físicas de muchos ancianos les obligan a pagar servicios que podían hacer cuando eran más jóvenes. Pocos ancianos-ancianos pueden limpiar ventanas, arreglar el jardín y limpiar a fondo o pintar su casa.

Dependencia Física y Emocional

Junto con la dependencia económica, la dependencia física es un miedo del que muchas veces no son conscientes la mayoría de los ancianos. Sin embargo, los casos en que la dependencia física es grave son relativamente escasos, la mayoría de los ancianos necesita

depender de los demás sólo un poco más que cuando eran más jóvenes. Quizás necesiten que los lleven en auto, que les ayuden a mover muebles o que les lean un cartel borroso (Hing, 1994; citado por Schaie y Willis, 2003).

Los cambios físicos en el funcionamiento desde los setenta hasta los ochenta, para la mayoría de los ancianos, son menos graves de los que se podría esperar. Se observan pocos o ningún declive en las funciones sociales y económicas y sólo hay un declive moderado en las funciones mentales, físicas y de actividades de la vida diaria. Sin embargo, una deficiencia en un tipo de función en la vejez temprana predice mayores declives en otras funciones conforme la persona avanza en edad. Los que tienen mayor riesgo de deterioro en la vejez son los de menor nivel educativo, los pobres y los que viven solos (Schaie y Willis, 2003).

Los ancianos, por supuesto, necesitan amor, afecto e interacción social igual que todas las personas de cualquier edad. Los hombres en particular expresan una gran satisfacción con el matrimonio cuando han sobrevivido tanto tiempo (Field y Weishaus, 1992; citado por Schaie y Willis, 2003). Cuando muere la pareja, sin embargo, puede ser cada vez más difícil encontrar formas de sustituir las necesidades que antes satisfacía la estrecha relación matrimonial. Normalmente, las personas se jubilan y por una razón u otra, reducen su implicación en las organizaciones de la comunidad. Sus padres han muerto y a menudo los hermanos o hermanas y los amigos pueden que estén también muertos o delicados.

La respuesta emocional a este aislamiento creciente es la soledad, que junto con la dependencia física es uno de los mayores miedos que la gente asocia a la vejez. La soledad es a menudo mucho mayor tras la muerte del cónyuge, pero también puede ser consecuencia de factores contextuales tales como la soledad general de la existencia urbana. No es sorprendente que en una investigación de viudos de ciudades pequeñas, sólo el 25% considera que se sentía muy solo (Kunkel, 1979; citado por Schaie y Willis, 2003). Paradójicamente, el bajo nivel de servicios oficiales en las áreas rurales y las ciudades pequeñas puede en realidad llevar a una mayor interacción con los familiares y vecinos, que en estas circunstancias son las que pueden prestar ayuda (Blieszner y cols., 1987; citado por

Schaie y Willis, 2003). Pero la soledad no es lo mismo que estar solo. Es un sentimiento psicológico asociado con estar solo, que puede debilitar o bien fortalecer a aquellas personas con fuertes recursos internos (Payne y McFadden, 1994; citado por Schaie y Willis, 2003).

La soledad es una cuestión de dependencia porque, conforme aumenta la edad las personas de las que uno depende para su apoyo emocional son cada vez más los miembros de la familia. Conforme las personas se van haciendo mayores, disminuye la frecuencia de interacción con los amigos y aumenta la interacción con los familiares (Van Tilburg, 1998; citado por Schaie y Willis, 2003). A los ancianos les gusta hablar, discutir las cuestiones de actualidad, aplicar la experiencia pasada a los problemas actuales. Al ir avanzando en edad, cada vez están más limitados a sus hijos. En el intento de los ancianos de no ser una carga, quizás elijan de forma inconsciente la soledad.

Las mujeres viven más tiempo que los hombres y como los maridos son a menudo mayores que sus esposas, los ancianos a menudo se vuelven dependientes de sus mujeres, convirtiéndolas en enfermeras a tiempo parcial o total (Ikels, 1988; citado por Schaie y Willis, 2003). Esta tendencia reduce en gran medida a la libertad de muchas ancianas para participar en actividades que les agradan en la comunidad. No es sorprendente que la satisfacción con la vida expresada por las parejas de ancianos esté fuertemente relacionada con la salud. Resulta curioso que los hombres se ven más negativamente afectados por la mala salud de sus esposas que ellas por la salud de los esposos (Atchley y Miller, 1983; citado por Schaie y Willis, 2003). Esto puede ser porque las mujeres esperan que sus maridos se vuelvan más dependientes de ellas con la edad, mientras que los maridos esperan justo lo contrario.

Dependencia Social

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por

adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas.

Casi todas las familias mantienen una actitud recíproca que permite, e incluso anima, a los miembros de la familia a depender económicamente, física o emocionalmente de los familiares. Por tanto, la vejez no aporta nada nuevo en el sentido de las dependencias que no existiera antes, pero hay un cambio en la dirección y la naturaleza de las dependencias. La vejez rompe el curioso pero frágil equilibrio entre la dependencia e independencia que existe en la vida de la mayoría de los adultos (Baltes y Silverberg, 1994; Baltes y Wahl, 1987; citado por Schaie y Willis, 2003).

El comienzo de la vida se caracteriza por una dependencia casi total de los demás para la supervivencia. No reprochamos a los niños pequeños sus incapacidades; vemos el cuidado de los hijos como una responsabilidad natural de los padres. Conforme los niños crecen, la contribución que hacen a su propio bienestar aumenta. En la adolescencia, el equilibrio entre la dependencia y la independencia se convierte en una fuente principal de conflictos entre padres e hijos. En el matrimonio, el grado de independencia de los cónyuges puede ser un asunto controvertido. Otra cuestión en la vida adulta es el grado relativo de dependencia e independencia con el jefe en el trabajo.

El equilibrio de autonomía e independencia cambia conforme uno se acerca a la vejez. Las personas mayores necesitan establecer un equilibrio entre la seguridad que proporciona un entorno que desapoya y la autonomía que puede fomentar un entorno estimulante. En la vejez, las personas normalmente se retiran del mundo laboral y se enfrentan a las posibilidades cada vez más altas de padecer una enfermedad. En cierta medida necesitan confiar en sus hijos adultos para que les proporcionen ayuda económica, apoyo emocional y ayuda física, lo que constituye una inversión de los papeles en la tendencia hacia una independencia cada vez mayor que venía experimentando desde el nacimiento. A veces parece que los ancianos se convierten en niños otra vez.

Dependencia Aprendida

Las dependencias que los ancianos ven desarrollar no son típicas “dependencias del adulto”, las que surgen de reconocimiento mutuo de los beneficios de la división del trabajo o del reconocimiento maduro de las necesidades que todos tenemos de apoyo emocional. Por el contrario, se puede ver como “dependencias infantiles”, las que amenazan la autoconfianza, la autonomía personal y la autoestima del individuo (Herzog y Markus, 1999; citado por Schaie y Willis, 2003). Los ancianos temen estas dependencias y luchan contra ellas. También se crea una dependencia estructurada mediante programas de servicios sociales que se les proporciona sobre todo a los ancianos más débiles. Aunque estos servicios están pensados para mantener una vida autónoma e independiente, de hecho puede tener el efecto contrario si la autonomía de la persona se va extinguiendo a consecuencia de la excesiva dependencia del sistema de servicio (Baltes y Silverberg, 1994; Guillemard, 1992; citado por Schaie y Willis, 2003).

Existe la percepción general de que los ancianos se vuelven dependientes sobre todo debido a limitaciones físicas y/o mentales. M. Baltes y colaboradores (Baltes y Carstensen, 1999; Baltes, 1996; citado por Schaie y Willis, 2003), sin embargo, mantienen que el anciano aprende a ser dependiente y que la dependencia es el resultado de tipos concretos de intercambios entre el anciano y su entorno social. En nuestra sociedad, tenemos el estereotipo de que los ancianos son incompetentes y, por lo tanto, se espera y se acepta la dependencia en la vejez. Como consecuencia, los que cuidan y trabajan con ancianos a veces son sobreprotectores y crean entornos que también lo son.

Si los refuerzos esenciales como el contacto social sólo se produce cuando se ayuda a una persona, no es de extrañar que las discapacidades inducidas artificialmente sean un auténtico riesgo entre los mayores. Los gerontólogos disponen de un nombre para estas discapacidades que no deberían existir: la discapacidad excesiva (Belsky, 2001).

Las discapacidades excesivas suelen ocurrir cuando hay un desajuste entre las capacidades de la persona y su entorno. Esta ausencia de congruencia entre la persona y el medio en que se mueve se puede producir cuando una persona mayor se encuentra en un lugar que le

presta demasiada atención. Cuando los ancianos tienen problemas para desenvolverse en la vida y la familia no les puede cuidar, la reacción instintiva es pensar en una residencia. Sin embargo, es posible que ésta no sea necesaria. Como demuestran los estudios que evalúan la atención sanitaria mediante equipos geriátricos, algunos residentes de hogares de ancianos no deberían estar internados. Podrían vivir en la comunidad si se dispusiera de las alternativas adecuadas, o si se aprovecharan las que existen (Hodgson y Quinn, 1980; citado por Belsky, 2001).

Las creencias de las personas en su autoeficacia o independencia se pueden aumentar de varias maneras (Bandura, 1997; citado por Schaie y Willis, 2003). Una forma es mediante experiencias de dominio. La realización con éxito de tareas que supongan un reto no solo aumenta el sentido de competencia; sino que también los fracasos y las dificultades pueden ser útiles para enseñar a las personas a perseverar ante la adversidad. Las creencias sobre la propia competencia también se pueden aumentar observando modelos, al ver a otras personas parecidas a uno realizar con éxito la tarea mediante un esfuerzo mantenido. Finalmente, el apoyo social y el refuerzo son útiles para aumentar la autoeficacia. Si se refuerza a los individuos por actuar de forma independiente y asumir responsabilidades en sus necesidades, se aumentará su sentimiento de autoeficacia (Baltes, 1996; citado por Schaie y Willis, 2003).

Responsabilidades Filiales

Conforme más hijos adultos tienen padres que viven hasta edades avanzadas, las cuestiones de responsabilidad filial son cada vez más discutidas (Blieszner y Hamon, 1992; citado por Schaie y Willis, 2003). La responsabilidad filial es el sentimiento de obligación personal hacia el bienestar de los padres que tiene los hijos adultos. Puede implicar un sentido de obligación o disposición a proteger y cuidar a los padres mayores. Por otro lado, la responsabilidad filial también puede incluir una dimensión preventiva que fomenta la autosuficiencia y la independencia de los mayores (Seelbach, 1984; citado por Schaie y Willis, 2003). Una perspectiva preventiva puede adoptar varias formas, incluyendo el que

los hijos adultos animen a los padres ancianos a realizar tareas de las que son capaces, ayudarles a encontrar tareas que les resulten enriquecedoras y mostrar respeto por la autonomía de los padres y el derecho de tomar sus propias decisiones respecto a su vida.

El desarrollo de la madurez filial se ha descrito como un reto único de madurez. El hijo adulto llega a aceptar las responsabilidades filiales y a enfrentarse a una posible crisis al darse cuenta que los padres quizás necesiten apoyo en la vejez. La madurez filial, no obstante, no significa inversión de roles, en la que la descendencia cuida a los padres ancianos como si fueran sus hijos (Bliezner y Hamon, 1992; citado por Schaie y Willis, 2003). La inversión de roles se considera una percepción disfuncional de rol filial. La madurez filial se alcanza cuando el hijo adulto ve a sus padres como individuos que, aunque necesiten ayuda, siguen siendo adultos con sus propias necesidades, derechos e historias personales.

Cuidado de los Adultos Mayores

El cuidado de ancianos consiste en atención física y emocional que se presta a los miembros de mayor edad de la familia, tanto si se trata de asistencia física cotidiana como si consiste en organizar y supervisar dicha atención (Monahan y Hopkins, 2002; Tuch, Parrish y Romer, 2003; citado por Santrock, 2006).

Muchos de los adultos que cuidan de ancianos tienen más de 60 años, y muchos también padecen enfermedades. Por ello, la responsabilidad de cuidar a los familiares con más de 80 a 90 años, puede resultar una causa importante de estrés.

Según un estudio, se pueden diferenciar dos sistemas distintos de cuidado de ancianos: el individual y el colectivo (Pyke y Bengston, 1996; citado por Santrock, 2006). En el primer caso, el cuidado de los padres se considera una carga y se acepta con reticencias. Los individuos que presentan esta visión suelen afirmar que no disponen de tiempo necesario para cuidar de sus padres, por lo que recurren a maneras más formales de apoyo. Por el contrario, en las familias con un enfoque colectivo, el cuidado de los padres ancianos se

asume como una labor de toda la familia, lo que afianza los vínculos existentes entre los distintos miembros del núcleo familiar.

Cargas y Tensiones del Servicio de Cuidado

Los hijos adultos y los padres se llevan mejor mientras los últimos son saludables y vigorosos. Cuando los ancianos se vuelven vulnerables, especialmente si sufren de deterioro mental o cambios de personalidad, la carga que implica su cuidado puede tensar la relación (Stephens y Franks, 1999; citado por Papalia y cols., 2009).

Las necesidades de los padres ancianos parecen caer en la categoría de demandas no normativas y no anticipadas. Los padres nuevos esperan asumir todo el cuidado físico, financiero y emocional de sus bebés, con la suposición de que tal cuidado gradualmente disminuirá conforme los hijos crezcan. La mayoría de las personas no espera tener que cuidar a sus padres; ignoran la posibilidad de la debilidad de éstos y rara vez planean por anticipado ocuparse de ello. Cuando la dependencia de sus padres ancianos se vuelve innegable, muchos hijos adultos se conmocionan, se afligen y enojan. Tienen problemas para enfrentar los cambios que comienzan a ocurrir (Barnhart, 1992; citado por Papalia y cols., 2009). Y pueden percibir la necesidad de lidiar con estos cambios como interferencias con otras obligaciones y planes (Vierck y Holdes, 2003; citado por Papalia y cols., 2009).

Los cuidadores que sienten su carga de manera más aguda son quienes trabajan de tiempo completo, crían hijos menores, carecen de apoyo y asistencia, y tienen recursos financieros limitados (Lund, 1993a; citado por Papalia y cols., 2009).

El matrimonio de los cuidadores puede verse afectado y a veces incluso terminar en divorcio (Lund, 1993a; citado por Papalia y cols., 2009). Los adultos que esperaban finalizar su responsabilidad con hijos y que ahora perciben con angustia que sus propios años restantes son limitados, pueden sentir que cuidar a sus padres los privará de cualquier oportunidad de satisfacer sus sueños. El sentimiento de estar atado, de no ser capaz de tomar vacaciones o hacer otros planes es para algunos hijos adultos lo más difícil de cuidar a sus padres ancianos (Robinson y Thurnher, 1981; citado por Papalia y cols., 2009).

Las demandas y tensiones inevitables del servicio de cuidado con frecuencia se entrelazan y complican con profundos sentimientos acerca de la relación padre-hijo y otros aspectos de la vida del cuidador. Los hijos adultos que atienden a padres ancianos pueden saltar del amor al resentimiento, confundirse con respecto a qué es más importante, si su deber para con sus padres o con sus cónyuges e hijos, y entre desear hacer las cosas de la manera correcta y no querer cambiar sus vidas.

El agotamiento del cuidador es cansancio físico, mental y emocional que afecta a muchos adultos que cuidan a parientes ancianos (Barnhart, 1992; citado por Papalia y cols., 2009). Las tensiones creadas por demandas crecientes e incesantes pueden ser muy pesadas en ocasiones tan grandes como para conducir a abuso, negligencia o incluso abandono de la persona anciana dependiente. Incluso el cuidador más paciente y amoroso puede frustrarse, volverse ansioso o resentido bajo la constante tensión de satisfacer las necesidades aparentemente interminables de un anciano, en especial si no hay nadie más a quien acudir.

Los cuidadores también necesitan atención. Con frecuencia, las familias y los amigos fracasan para reconocer que los cuidadores tienen derecho a sentirse desalentados, frustrados y que abusan de su amabilidad. Los cuidadores precisan darse permiso para velar por sí mismos y dedicar algún tiempo para realizar actividades que les permitan tener una vida aparte de la enfermedad del ser amado (Evans, 1994; citado por Papalia y cols., 2009).

Apoyo Social en el Adulto Mayor

El apoyo social es uno de los predictores de la salud y el bienestar de las personas mayores. En principio, es necesario diferenciar los términos red, apoyo social y actividad social; ya que suelen ser confundidos muy a menudo. El apoyo social puede ser definido como el conjunto de relaciones sociales de carácter estable con las que cuenta una persona y que le proporcionan soporte físico y psicológico. Este concepto conlleva que la persona dispone de una red social que le brinda apoyo o ayuda emocional, instrumental o financiera, así como percibir que otros le atienden y sentirse más o menos satisfechos de tales relaciones.

Finalmente, la actividad social se refiere al número de comportamientos que realiza una persona en contacto con otras. Lógicamente estos tres elementos están involucrados entre sí, ya que la actividad social suele depender de la red social y, en cierta medida, el apoyo social percibido suele depender también del número de contactos sociales producidos en la red de apoyo Diaz Veiga (1987; citado por Auer, 1996).

Sherbourne y Stewart (1991) diseñaron el cuestionario MOS de Apoyo Social. El cual fue desarrollado en base a las siguientes dimensiones:

- a) Red de apoyo social: es el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares).
- b) Apoyo social emocional/informacional: definido como el soporte emocional, orientación y consejos.
- c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo.
- d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas.
- e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

El menor grado de actividad social en la vejez ha sido frecuentemente asimilado a un bajo nivel de apoyo social. Tal asimilación es inadecuada. Mientras que las actividades sociales se refieren a la frecuencia de contactos sociales, el apoyo social atañe ayuda que el individuo recibe de las redes sociales. El apoyo social puede resultar facilitado por la existencia de una mayor red de relaciones, pero a la vez hay que tener en cuenta que las redes pueden organizar conflictos y dificultades.

Sin embargo, es importante resaltar que la calidad de las relaciones sociales tiene mayor importancia que la frecuencia de éstas. Esto es, entre todos estos parámetros sociales, la satisfacción que el sujeto percibe de los contactos que mantiene es de la mayor importancia. Ello todavía es, más importante en periodos de crisis, donde se suele anteponer la calidad a la cantidad del apoyo recibido.

Una persona puede tener un gran número de contactos sociales, pero esto no quiere decir que la percepción que se tenga del apoyo recibido sea satisfactoria. Por el contrario, una persona puede sentirse satisfecha del apoyo social que recibe aunque sus relaciones con los demás sean de lo más reducidas. La percepción subjetiva del apoyo social por parte de una persona actúa de la forma más clara como indicador de satisfacción, que la cantidad de apoyo que pueda tener.

Dos son los efectos que el apoyo social produce en una persona: directo e indirecto. La actividad social realizada y el apoyo social percibido por la persona contribuyen directamente en su bienestar en la medida en que satisfacen sus necesidades sociales básicas. Por otra parte, el apoyo social ofrece también un efecto amortiguador o modulador indirecto entre los diferentes acontecimientos vitales que puede experimentar el individuo (especialmente los negativos, como por ejemplo la muerte de un ser querido, la ocurrencia de una enfermedad, etc.). Así, el apoyo social actúa a modo de filtro ya que contribuye a reducir los efectos de acontecimientos negativos en las personas y ayuda como un mecanismo para afrontar las dificultades.

Es importante distinguir entre los tres tipos de apoyo social, por un lado está el apoyo social que brinda la familia, de otro está el apoyo que se recibe del círculo de amistades y finalmente está el recibido por fuentes institucionalizadas de apoyo (recursos de ayuda comunitaria, religiosa, etc.). En periodos de crisis el apoyo emocional e instrumental aportado por los familiares es fundamental. Según Antonucci y Jackson (1990; citado por Auer, 1996) el apoyo que proviene de los amigos contribuye además a favorecer la integración social de la persona mayor. Este tipo de apoyo actúa reforzando las relaciones sociales, favoreciendo su autonomía personal y sirviendo de estímulo. Finalmente, las fuentes institucionalizadas de apoyo social sirven a modo de complemento de las anteriores o, incluso las sustituyen cuando se carece de apoyo familiar o de amistad.

Los que practican su religión y están más comprometidos con ella tienen mejor salud mental y física que los ateos (Balazer, 2000; Krause, 2001; citado por Kail y Cavanaugh, 2006). Cuando se les pide que describan la manera de afrontar los problemas que afectan la

salud mental, muchos mencionan estrategias relacionadas con la espiritualidad (Blazer, 2000; Gatz y Smyer, 2001; citado por Kail y Cavanaugh, 2006), sobre todo las siguientes: confiar en Dios, orar, obtener fuerza y ayuda de Dios. Son estrategias que sirven además para mejorar otras formas de enfrentamiento. Los que cuidan a los afectados por la enfermedad de Alzheimer mencionan la religión y las prácticas espirituales como mecanismo primario para soportarla (Isher y cols., 1998; Stuckey, 2001; citado por Kail y Cavanaugh, 2006).

El apoyo social es de enorme importancia; no sólo como fuente de bienestar psicológico y social del individuo, sino que (como es bien conocido entre los distintos profesionales de la salud) tiene importantes repercusiones sobre la salud integral de las personas mayores. Más concretamente se ha constatado a través de distintas investigaciones, las contribuciones del apoyo social sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como la relación inversa entre el apoyo social y la ocurrencia de la enfermedad o incluso de la muerte según Minkler y Blaze (1985, 1982; citado por Auer, 1996). Si bien a través de estos estudios se ha demostrado la relación entre el apoyo social y la salud física y mental de los adultos mayores, los mismos investigadores se han mostrado extremadamente cautelosos a la hora de establecer las causas y efectos de esta relación positiva ya que éstos todavía no están claramente establecidos.

En resumen, la vejez se ha venido definiendo como una etapa de la vida caracterizada por una gran diversidad de pérdidas, tanto personales como sociales que ejercen un papel muy negativo en el comportamiento social del individuo. Sin embargo, a través de diferentes estudios se ha demostrado que esto no es del todo cierto, ya que aunque existan una serie de efectos que pueden conllevar a una disminución en la frecuencia de los contactos sociales en las personas mayores, esto no debe identificarse como una visión de la vejez desprovista de relaciones sociales. Los adultos mayores, siguen manteniendo contactos sociales, lo que ocurre es que en edades avanzadas, debido esencialmente a problemas funcionales que le impiden al individuo salir de su casa, sí disminuyen el número de contactos sociales. Por otro lado, diferentes estudios que han indagado sobre las contribuciones del apoyo social a

los adultos mayores han demostrado sus correlatos beneficiosos sobre la salud, el bienestar y la adaptación exitosa a los diferentes acontecimientos de la vida.

La teoría del convoy, propuesta por Robert Kahn y Toni Antonucci (1980; citado por Papalia y cols., 2009) distingue las relaciones en términos de su intimidad relativa. Sólo los círculos exteriores de contacto social de una persona son significativamente afectados por la jubilación. Los compañeros de trabajo en estos círculos tienden a alejarse, a ser sustituidos por nuevos amigos de ocio o bien, se pasa más tiempo con otros amigos y conocidos. Pero, sin importar lo que ocurra a estas amistades relativamente casuales, los jubilados todavía tienen un círculo interno estable de amigos cercanos y miembros de la familia y por tanto no sienten una pérdida del apoyo social o bienestar.

La teoría de selectividad de Laura Carstensen (1991, 1995, 1998; citado por Papalia y cols., 2009) se enfoca en los cambios con respecto al funcionamiento de los contactos sociales en la vida adulta. De acuerdo con su teoría, la interacción social tiene tres funciones: 1) es una fuente de información; 2) ayuda a las personas a desarrollar y mantener un sentido del yo; y 3) es una fuente de placer o bienestar emocional. Las primeras dos funciones, información e identidad, declinan porque son menos necesarias conforme pasa el tiempo; pero la función emocional, que depende de la calidad del apoyo social, se vuelve central. Los jubilados se tornan más selectivos acerca de sus interacciones sociales, de modo que pueden mantener una calidad alta de apoyo social confiable con personas a las que realmente disfrutaban y con quienes pueden contar en tiempos de necesidad. Por ende, lejos de disminuir el bienestar, las limitaciones sobre la red de apoyo social de una persona que envejece pueden ser positivas y adaptativas.

Centro del Adulto Mayor (CAM)

Los Centros del Adulto Mayor son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.

¿Qué servicios brinda un CAM?

En un CAM se brindan diversos talleres:

- Taller de Educación Emocional: ayuda a mejorar el manejo de las emociones y relaciones interpersonales familiares y sociales.
- Taller de Memoria: ayuda en la mejora y refuerzo de las diferentes capacidades cognitivas.
- Taller de Auto cuidado: proporciona conocimientos sobre aspectos de la vida física – orgánica, social, mental y espiritual.
- Talleres Artísticos: descubren y desarrollan habilidades y potencialidades artísticas.
- Talleres de Cultura Física: fomenta la práctica de disciplinas como el Tai-chi, bio-danza, gimnasia y otros.
- Turismo Social: brinda la oportunidad de conocer y disfrutar las diferentes regiones del Perú, sus culturas, costumbres, en circuitos turísticos amicales y accesibles a la economía.
- Huertos Familiares y Crianza de Animales Menores: ofrece la oportunidad de estar en contacto con la naturaleza, desarrollando actividades en el cultivo de plantas de hortícola, aromáticas, árboles frutales, así como también la crianza de animales menores, además posibilidades de practicar la elaboración del bonsái, cultivo de orquídeas, jardinería y vivero de plantas ornamentales.
- Comedor Social: brinda alimentación balanceada en un ambiente amigable de socialización.

- Eventos Deportivos – Recreativos: practican su deporte preferido y participan en juegos recreativos que contribuyen al mantenimiento y mejora de sus capacidades psicofísicas y sociales.
- Eventos de Integración Intergeneracional: promueve el intercambio de experiencias con niños, adolescentes y jóvenes.
- Campañas de Sensibilización: fomentan caminatas, pasacalles, para revalorar la imagen del adulto mayor.

Asociaciones del Adulto Mayor

En la municipalidad del distrito de José Luis Bustamante y Rivero encontramos el área de Programas Sociales, dentro de esta dependencia municipal está la Defensoría del Adulto Mayor donde se encuentran empadronadas varias asociaciones de adultos mayores. Entre las más importantes debido a su mayor número de integrantes, se encuentran las siguientes: “Siempre con Dios”, “Nueva Vida”, “Esmeraldas”, “Renacer 3 de Octubre” y “Jesús de Nazareno”, cuyo principal objetivo es brindar un espacio de recreación incrementando el bienestar social de todos aquellos adultos mayores residentes en el distrito. Se nos permitió trabajar con las asociaciones mencionadas.

Actividades que se realizan en los programas de las asociaciones del adulto mayor:

- Coordinaciones para la obtención de ayuda social por parte de ONGS y otras instituciones públicas y privadas.
- Coordinaciones para la repartición del vaso de leche.
- Actividades de integración para celebrar el día del adulto mayor, día del padre o de la madre y otras fechas festivas.
- Las asociaciones mejor organizadas cuentan con talleres de Tai-Chi, Yoga, terapia psicofísica, etc.

Satisfacción con la Vida en el Adulto Mayor

Skin y Jhonson (1978; citado por Pavot y Ed Diener, 1993) describen a la satisfacción con la vida como una medida global de la calidad de vida de un individuo de acuerdo al criterio escogido. Cuán satisfecha estén las personas depende de su estado presente que está basado en la comparación con el estándar que cada persona se coloca a sí mismo y no es impuesto exteriormente.

Neugarten, Havighurst y Tobin (1961; citado por Rice, 1997) desarrollaron el Índice A de Satisfacción con la Vida (Life Satisfaction Index A, LSIA), el cual ha sido estructurado en base a cinco dimensiones:

- Entusiasmo contra apatía: que es el grado en que el individuo participa en actividades, se interrelaciona con otras personas y se involucra con ideas.
- Resolución y fortaleza: es el grado en el que la gente asume la responsabilidad que tiene con su propia vida.
- Congruencia: es el grado en el que un individuo ha logrado cumplir con sus metas.
- Autoconcepto: es el grado en el que el individuo logra un concepto positivo de sí mismo, física, psicológica y socialmente.
- Tono del estado de ánimo: es el grado en que la persona posee y mantiene actitudes optimistas y sentimientos felices.

El concepto de satisfacción con la vida o bienestar subjetivo alude a la apreciación personal e interna que los sujetos emiten respecto a los resultados que tiene la vida en general y a diversos ámbitos específicos de ella, como la salud, el trabajo o la vida sexual.

La satisfacción con la vida se refiere a todo aquello que produce un estado de felicidad gusto o placer. En el adulto mayor, la satisfacción con la vida está ligada a las experiencias vividas en la historia de cada persona. Así tal satisfacción dependerá de la percepción positiva o negativa de los ancianos de las variables sociales, biológicas y psicológicas,

incluidos los aspectos objetivos y subjetivos, como la religiosidad y el sentido de la vida (Galvanovskis y Rojas, 2000; citado por Cornachione, 2006). En ellos, la satisfacción con la vida ha sido estudiada en algunas ocasiones encontrándose en general correlaciones positivas entre ésta y salud subjetiva, estrés, participación activa en la iglesia, clubes y organizaciones políticas e ingreso económico.

La satisfacción con la vida y la felicidad generalmente están disponibles en los jóvenes y adultos de cualquier clase social o género. Las personas que se consideran felices están menos centradas en sí mismas, son menos hostiles y aburridas, son amorosos, confiados, disponen de mayor energía, poseen decisiones creativas, son más serviciales y sociables (Myers, 1993; Veenhoven, 1998; citado por Myers y Ed Diener, 1995).

Según la definición de Wilson (1967; citado por Fernández y cols., 1999) la juventud es un predictor consistente de la felicidad. Sin embargo, las investigaciones más recientes ponen en tela de juicio esta información. Aunque, a veces se produce un pequeño declive en la satisfacción con la vida en las personas mayores, dicho declive se elimina cuando otras variables como ingresos o estatus se controlan. Es decir, lo que hace que disminuya la satisfacción con la vida en las personas mayores no es la edad; sino factores asociados a la misma, como el nivel de ingresos que debido a la jubilación es menor en los mayores de sesenta y cinco años.

Por otra parte, muchos estudios coinciden en mostrar que la satisfacción con la vida no disminuye con la edad, sino que en algunos casos aumenta; asimismo la imagen de la persona mayor cascarrabias, insatisfecha con todo, no es una imagen muy realista de los mayores, todo eso hace pensar que las diferencias encontradas en los distintos medidores de felicidad; ahora pueden deberse a que las personas mayores son más saludables y están comprometidas con más actividades que las generaciones que las precedieron.

Rubio y cols. (1997; citado por Fernández y cols., 1999) investigaron qué papel desempeña la satisfacción en personas mayores. Dividieron a los adultos mayores en cinco grupos de edad (65-69, 70-74, 75-79 y 80-84 y 85 o +) llegando a la conclusión de que existe una relación directa entre edad y la puntuación alcanzada en el factor “insatisfacción”, siendo

los sujetos mayores de 85 años los que presentaron la puntuación más alta en este factor, lo que supone una mayor insatisfacción; mientras que los sujetos de sesenta y cinco a setenta y cuatro años fueron los que mayor satisfacción mostraron, lo cual nos lleva a concluir que a medida que aumentan con la edad los problemas de invalidez y déficit de autonomía, disminuyen la satisfacción con la vida.

Diner y Suh (1998; citado por Fernández y cols., 1999) examinaron la relación entre bienestar subjetivo y edad, en una investigación con sesenta mil individuos de cuarenta diferentes naciones. Midieron los tres componentes del bienestar (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo). Sólo el afecto positivo tendía a declinar con la edad, la satisfacción con la vida mostraba una tendencia a aumentar ligeramente desde los 20 a los 80 años y el afecto negativo exhibió pequeños cambios en las distintas cohortes de edad. Esto explicaría los datos obtenidos por los investigadores cuando utilizaban el balance. Las personas mayores están igual de satisfechas que las jóvenes, pero experimentan con menor frecuencia e intensidad los sentimientos, tanto positivos como negativos.

La salud es el componente más importante de la felicidad en personas mayores. La satisfacción con la vida no guarda relación esperable con distintas enfermedades graves; por lo tanto la felicidad parece estar más relacionada con la salud mental que con la salud física.

Los ingresos económicos están relacionados con la felicidad, pero solo hasta cierto punto. Parece ser que existe una relación entre ingresos y felicidad hasta el punto de tener las necesidades cubiertas. A partir de este punto desaparece dicha relación, es decir que siempre que se alcanza un cierto nivel de ingresos económicos, la satisfacción con la vida no parece tener mayor incremento. Por otra parte se postula que las personas mayores son más religiosas; por lo tanto existe también una relación muy importante entre religión y bienestar subjetivo en los ancianos. Según Levin y Chatters (1998; citado por Cornachione, 2006) la religión ejerce un mayor efecto directo en el bienestar psicológico de los mayores e indirecto a través del estado de salud de los mismos. En lo que se refiere al estado civil y

la jubilación, algunos estudios sugieren que los cambios en el estado civil y la jubilación están asociados con bajos niveles de bienestar.

La mayoría de estudios sobre diferencia de género en cuanto a la satisfacción con la vida, encuentran que los hombres y mujeres mayores no difieren en la satisfacción que tenían en sus vidas; sin embargo, Spreitzer y Snyder (1974; citado por Fernández y cols., 1999) utilizando un análisis longitudinal, descubrieron que la satisfacción en los hombres aumentaba a partir de los sesenta y cinco años, mientras que la de la mujer disminuía.

La influencia del sexo en la satisfacción con la vida difiere según la edad que se estudie. En una investigación sobre calidad de vida de Rubio y cols. (1997; citado por Fernández y cols., 1999) en la que se compararon las diferencias en la satisfacción con la vida entre hombres y mujeres en función a la edad, los grupos de edad se formaron a partir de los sesenta y cinco años, es decir todos eran adultos mayores. Nuevamente, se pudo apreciar que las mujeres presentaron mayores índices de insatisfacción con la vida que los hombres. Este resultado puede deberse al hecho de que al analizar el indicador calidad de vida auto-percibida, la percepción de envejecimiento en la mujer es más negativa, debiéndose este hecho a una serie de fenómenos que se dan en la vejez y que afectan más a las mujeres que a los hombres como el aspecto físico, viudez y problemas económicos.

Por otro lado Coke (1962; citado por Cornejo e Icaza, 2006) realizó un estudio con el propósito de identificar los factores correlacionados con la satisfacción con la vida, los resultados del estudio indicaron la existencia de diferencias sorprendentes entre hombres y mujeres. Las mujeres que desempeñaban roles familiares, y participaban en actividades de su iglesia; reportaban sentirse satisfechas con la vida, esto demostraba la importancia que para ellas tenía la religión. Por el contrario, en los hombres se encontraron diferencias considerables de la satisfacción con la vida y esas diferencias se relacionaban a factores más objetivos y observables como los roles familiares y el éxito socio económico.

Las relaciones son también una fuente de bienestar; sobre todo las relaciones íntimas o de más confianza son las que más satisfacción proporciona a los individuos. No sólo es importante tener una relación, sino la calidad de la misma. Los sentimientos de amor se

encuentran entre los más satisfactorios con la vida. Entendiendo el término amor, en su sentido más amplio, es decir no sólo en términos de pareja sino de amigos, hijos, padres, etc. La satisfacción que producen las relaciones sociales requiere de reciprocidad, ya que tanto se disfruta del dar como al recibir.

Las variables de personalidad ejercen más influencia en la felicidad que las variables demográficas, hay personas que tienen un temperamento positivo, son más optimistas, tienden a ver el lado bueno de las cosas, valoran los hechos como más agradables, recuerdan lo positivo de los acontecimientos y sus puntos de vista son más positivos; en definitiva, estas personas son más felices.

Una elevada autoestima es uno de los predictores más potentes de la satisfacción. Si uno está satisfecho con uno mismo, se supone que estará satisfecho con su vida. Otro rasgo de personalidad que se relaciona con la satisfacción con la vida es el control interno. La extraversión se relaciona positivamente con el bienestar, mientras que el neuroticismo se correlaciona negativamente. La inteligencia aunque está muy valorada en la sociedad, no está relacionada con la felicidad, quizás porque las personas más inteligentes se plantean metas demasiado elevadas (Rondón y Suárez, 2010).

Determinantes de la Satisfacción con la Vida

Muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencias a ofrecer haciéndolos tener una sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentales. Fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. Por su parte los factores socio económicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos. Los bajos ingresos por la jubilación, o su ausencia, así como deficiente o ninguna cobertura médico-social; generan distintos grados de satisfacción con la vida, alterándola (Rondón y Suárez, 2010).

Aquellos ancianos que mantienen lazos afectivos activos con su familia viven más años, que quienes carecen de red socio-familiar. Se sabe también que la función de transmisión de la tradición familiar está en manos de los abuelos, quienes al tener más tiempo hacen saber a las nuevas generaciones todo aquello que la cultura anterior les ha legado como la forma en la que funcionaba la vida amorosa y sexual del pasado y, sobre todo, como se amaban, fortalecían y defendían los vínculos familiares en épocas anteriores (Cornejo e Icaza, 2006).

En el municipio de la ciudad de Lima, Del Risco (2007) realizó una investigación que tenía como objetivo determinar la relación entre el soporte social y la satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que participan en un programa de actividades llevado a cabo por dicha institución donde se encontró que, el soporte social juega un rol importante al determinar el nivel de satisfacción vital durante el envejecimiento.

Respecto a la independencia de los ancianos, existe un aumento en la tendencia de éstos a vivir en un lugar independiente de los hijos pero manteniendo estrecho contacto con ellos y rechazando en lo posible la institucionalización en un hogar geriátrico (Maestre, 2002).

Estabilidad de la Satisfacción con la Vida a Través del Ciclo Vital

Muchos autores piensan que la personalidad permanece estable durante la vida adulta. Según ellos la felicidad es un aspecto de nuestra personalidad. Los jóvenes felices tienden a ser felices también en la vejez. El individuo que se convierte en un anciano insoportable, el estereotipado maniático, probablemente era una persona neurótica e insatisfecha en su juventud; pero esto no quiere decir que no se cambie nada en absoluto (Fernández y cols., 1999).

La estabilidad de la satisfacción con la vida en las personas adultas mayores sugiere una habilidad de las mismas a adaptarse a las situaciones. Una forma de adaptación es que las personas reajustan sus metas a su edad. Las personas mayores en comparación con las jóvenes tienen un mejor ajuste entre sus ideales y la realidad. Las adversidades de la vida pueden ser superadas, bien por cambios energéticos de circunstancias de la vida a

preferencias personales (afrentamiento asimilativo) o, por ajuste de las preferencias personales y metas a las situaciones (afrentamiento acomodativo). Aunque ambos tipos de estrategias se correlacionan positivamente con la satisfacción con la vida, se produce un aumento gradual del afrontamiento asimilativo al acomodativo con el incremento de la edad. Es decir, las personas mayores se acomodan más a las circunstancias que les rodean (Fernández y cols., 1999).

Hipótesis

“Existe relación positiva entre apoyo social y satisfacción con la vida, de tal manera que entre más elevado sea el nivel de apoyo social, mayor será el nivel de satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.”



CAPÍTULO II



Planteamiento Operacional

Tipo de Investigación

La investigación llevada a cabo es de tipo relacional-comparativa, cuyo propósito fue evaluar la relación existente entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero, así como establecer las diferencias entre ambos.

Finalmente se determinaron las relaciones entre género, edad, estado civil y grado de instrucción con los niveles de apoyo social y satisfacción con la vida.

Técnicas e Instrumentos

Técnicas

La técnica principal utilizada en el presente estudio fue la entrevista. De esta manera fueron administrados ambos instrumentos.

Instrumentos

Se aplicaron el Cuestionario MOS de Apoyo Social y la Escala de Satisfacción con la Vida (LSI-A).

Cuestionario MOS de Apoyo Social

Características de la prueba. El cuestionario Medical Outcomes Study- Social Support Survey (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), es uno de los varios instrumentos desarrollados para el Medical Outcomes Study, un estudio de desenlaces médicos durante dos años en pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. La administración de la prueba es individual, por un periodo de tiempo aproximado de 15 minutos y no tiene un límite de edad para su aplicación. Este cuestionario cuenta con un total de 20 ítems, y

más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud evalúa el apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Los componentes de estas dimensiones son:

a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre).

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2,5,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

Se realizó la traducción, re-traducción y adaptación del instrumento en Colombia. Los investigadores, junto con un especialista en traducción, organizaron un comité para evaluar la apreciación de los jurados y en aquellos ítems que no se presentó preferencia por la misma respuesta, se tomó una decisión considerando su mejor comprensión. Posterior a determinar la traducción final, se realizó la re-traducción del instrumento por otra persona especialista en traducción; la comparación del cuestionario original con la re-traducción permitió concluir que el proceso de traducción y la adaptación del instrumento fue adecuado para la población colombiana.

Confiabilidad. Se empleó el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala y en cada uno de los 4 factores se obtuvieron valores cercanos a 1, lo que corroboró la consistencia de la prueba. La escala tuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.941 para el total de la misma. Para los componentes, el alfa se reportó entre 0.921 y 0.736

El valor obtenido en el alfa de Cronbach en cada uno de los 4 factores confirma que la prueba presenta una adecuada consistencia interna. Estos valores son frecuentemente encontrados, con similar distribución factorial y altos valores en el alfa de Cronbach, en los antecedentes reseñados como las validaciones de la escala.

Para el presente estudio, se utilizó la muestra para volver a establecer la confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes valores: Factor 1: 0.853; factor 2: 0.837; factor 3: 0.705; factor 4: 0.804 y para el puntaje general: 0.873.

Validez. Se consideraron en la interpretación de cada factor los ítems con cargas factoriales $>.4$. Se realizaron rotaciones ortogonales (Varimax) y no ortogonales (oblicua), con el objetivo de mejorar la interpretación de los factores. Los valores con una $p <.05$ se consideraron estadísticamente significativos. Para estos procedimientos se usó el paquete estadístico SPSS v.15.0 en español.

La estructura factorial de cuatro dimensiones compuesta por Apoyo social emocional/informacional (ítems en la escala que lo miden: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19); el

apoyo instrumental (ítems en la escala que lo miden: 2, 5, 12 y 15); la interacción social positiva (ítems en la escala que lo miden: 7, 11, 14 y 18); y el apoyo afectivo (ítems en la escala que lo miden: 6, 10 y 20); fue validada mediante análisis factorial confirmatorio, el cual mostró índices de bondad de ajuste buenos.

Es así que se obtuvieron valores significativos que validaron la estructura factorial original de los cuatro componentes de la prueba.

Baremos. Para el presente estudio se determinaron los baremos del instrumento de Apoyo Social MOS. Para ello se establecieron los percentiles a través de la prueba de Stanones. Los cuales se muestran a continuación:

Menos del Percentil: 25 = Bajo

Del P25 al P75 = Promedio

Más del P75 = Alto.

Entonces, reemplazando los percentiles por los puntajes del Instrumento, obtenemos los siguientes baremos:

Factor 1: 8 a 15 bajo, 16 a 32 promedio, 33 a 40 alto.

Factor 2 y 3: 4 a 7 bajo, 8 a 16, promedio, 17 a 20, alto.

Factor 4: 3 a 5 bajo, 6 a 12 promedio, 13 a 15 alto.

Puntaje general: 19 a 37 bajo, 38 a 76 promedio, 77 a 95 alto.

Escala de Satisfacción con la Vida LSI-A

Características de la prueba. La Escala LSI-A tiene como título original en inglés Life Satisfaction Index-A (LSI-A), siendo esta diseñada por Neugarten, Havighurst y Tobin en

1961. La administración de la prueba es individual y por un periodo de tiempo de 15 minutos para adultos mayores cuyas edades están comprendidas entre los 50 y 90 años.

La escala está compuesta por 5 indicadores que los autores tuvieron en cuenta para su estructuración; más no como áreas divididas para su puntuación. Siendo estas: entusiasmo contra apatía; resolución y fortaleza; congruencia; autoconcepto y estado de ánimo, haciendo de esta una escala multidimensional.

Fue modificada por Adams en 1969, incrementando su confiabilidad y validez, y fue él quien ofreció tan sólo 18 preguntas de las 20 que tenía la escala inicialmente, las cuales han sido utilizadas repetidamente en poblaciones de adultos mayores. Adams se encargó de la revisión estructural de los ítems, mientras que Woods, Wylie y Sheafor otorgaron una tabla de puntuación de 0 puntos para las respuestas negativas, 1 punto para las respuestas no sabe o no opina y 2 puntos para respuestas positivas, otorgando de esta manera un rango entre 0 y 36. Por lo que obtener un puntaje entre 0 y 17 otorgaría una satisfacción con la vida baja, de 18 a 29 una satisfacción con la vida promedio y finalmente, de 30 a 36 una satisfacción con la vida alta. Es por eso que en esta investigación creímos conveniente utilizar la nueva escala revisada.

La traducción al castellano estuvo a cargo de Juan Pedro Serrano en el año 1994, quien realizó un estudio con una muestra de 151 personas adultas mayores de Barcelona, España, con una edad promedio de 77 años. Por lo que concluyó que esta escala al ser traducida al castellano facilitará estudios subsecuentes en poblaciones de adultos del habla hispana como los países latinoamericanos.

Estimación de la confiabilidad. Se refiere a la consistencia de las puntuaciones observadas en un grupo similar de personas evaluados con el mismo test a través del tiempo.

Confiabilidad interna. Indica qué tan unificados se encuentran los reactivos de una prueba. En el índice de satisfacción con la vida la consistencia interna es de 0.74. **Confiabilidad re prueba:** es una medida que indica qué tan estable es una prueba con el tiempo, por lo que en el Índice de satisfacción con la vida este tipo de confiabilidad es de 0.37.

Validez. Significa el grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. La validez del constructo del bienestar subjetivo va desde 0.45 (medidas de la felicidad) a 0.68 (medidas de la satisfacción con la vida). La validez promedio del índice de satisfacción con la vida se encuentra en un rango desde 0.48 a 0.74.

Ámbito o Localización de la Investigación

La investigación se realizó en personas adultas mayores entre 60 y 85 años pertenecientes Primer Centro del Adulto Mayor de Es Salud, fundado el 02 de setiembre de 1982, cuya finalidad es desarrollar acciones conducentes al logro del bienestar y promoción social de la población objetivo en armonía con la ley N°27056, ley de creación del Seguro Social (EsSalud), localizado en el distrito de Zamácola: Km. 6 ½ de la avenida Aviación de la ciudad de Arequipa – Perú. Se compararon los resultados con las Asociaciones del Adulto Mayor del distrito de José Luis Bustamante y Rivero. Éstas son: “Siempre con Dios”, “Nueva Vida”, “Esmeraldas”, “Renacer 3 de Octubre” y “Jesús de Nazareno”, cuyo principal objetivo es brindar un espacio de recreación incrementando el bienestar social de todos aquellos adultos mayores residentes en el distrito mencionado. Dichas instituciones se encuentran ubicadas en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

Población

La población total de estudio estuvo conformada por 600 adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y adultos mayores que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero, comprendidos entre 60 y 85 años de ambos sexos.

Muestra

Fórmula. Se utilizó la fórmula para la población finita y variables cualitativas de Spiegel.

Selección. El muestro realizado corresponde al no probabilístico intencional. Debido a que los participantes antes de ser evaluados debieron cumplir con ciertos criterios de inclusión.

Se trabajó con 160 adultos mayores. De los cuales 80 asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y 80 asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.

Criterios de inclusión. Los participantes seleccionados cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Encontrarse en un rango de edades entre sesenta y ochenta y cinco, con un buen estado de salud, es decir, que al momento de entablar una conversación, el sujeto pueda continuar las ideas coherentemente con una adecuada fluidez verbal.

Criterios de exclusión. No participaron del estudio los que presentaron alguna de las siguientes características:

Los adultos mayores que no desearon participar y aquellos adultos mayores que presentaron problemas psicopatológicos.

Temporalidad

El tiempo para la realización de la investigación fue de seis meses comprendido entre los meses de noviembre del año 2012 al mes de abril del 2013.

Estrategias de Recolección de Datos

En el presente estudio se seleccionó, por conveniencia, al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero, ya que albergan un gran número de adultos mayores de la ciudad de Arequipa. Asimismo se tomó en cuenta la viabilidad de la realización del estudio.

Posteriormente se realizaron las coordinaciones pertinentes. Una vez que se contó con la autorización, así como también, con la información necesaria de nuestra población y habiendo utilizado los criterios de inclusión ya mencionados; se llevó a cabo una selección de 160 personas, 80 de cada centro, posteriormente se les informó acerca del trabajo a realizar en sus centros respectivos y se requirió de su participación solicitándoles el debido permiso. Finalmente, se estableció un rol de entrevistas, en las cuales se aplicaron las pruebas Satisfacción con la Vida (LSI-A) y Cuestionario MOS de Apoyo Social citadas anteriormente. Estas fueron administradas individualmente.

Se tomaron algunas evaluaciones extra con el fin de garantizar la calidad de los resultados. Una vez concluidas las evaluaciones se procedió a escoger y ordenar el material para realizar la tabulación de las encuestas, comparación y explicación de los resultados; y el trabajo estadístico pertinente.

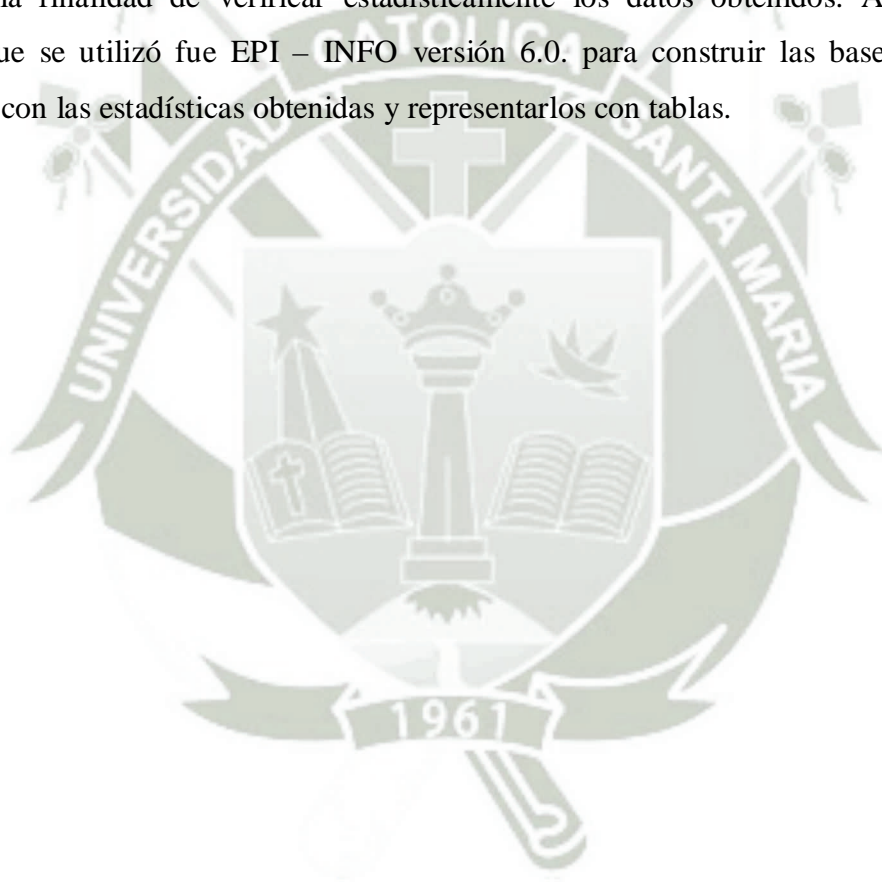
Criterios de Procesamiento de Datos

El procesamiento de los datos constó de la elaboración de cuadros para la tabulación de los ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida y del Cuestionario MOS de Apoyo Social. Posteriormente, se calificó cada prueba obteniendo un puntaje entre los niveles de alta, intermedia y baja satisfacción con la vida; y alto, promedio y bajo apoyo social.

Se realizaron tablas que abarcan las relaciones entre las variables principales. Y por último, se realizaron tablas para demostrar las relaciones entre las variables principales con las

variables intervinientes. Cada tabla lleva una interpretación que da a conocer los porcentajes más significativos de la investigación.

Debido a que los cuestionarios evalúan datos cualitativos, para contrastar estadísticamente la presencia de diferencias se utilizó la prueba U de Mann Whitney, para medir la relación entre las variables principales e intervinientes se utilizaron el Coeficiente de Contingencia (en el caso de que una variable sea nominal y la otra ordinal); y la prueba Tau de Kendall (en el caso de que ambas variables sean ordinales) y para la correlación de ellas se utilizó el estadígrafo de Spearman, con un nivel de confianza de 95% y un nivel de significancia del 0.05, con la finalidad de verificar estadísticamente los datos obtenidos. Asimismo el software que se utilizó fue EPI – INFO versión 6.0. para construir las bases de datos, analizarlos con las estadísticas obtenidas y representarlos con tablas.





CAPÍTULO III



Resultados

Tabla N°1

Apoyo social y satisfacción con la vida

Apoyo Social	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	37	90.2	4	9.8	0	0.0	41	100.0
Promedio	13	19.7	43	65.2	10	15.2	66	100.0
Alto	6	11.3	27	50.9	20	37.7	53	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8		100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

C.Correlación = 0.710

En la tabla 1, podemos apreciar que la gran mayoría de adultos mayores que presentan apoyo social bajo, tienen satisfacción con la vida baja (90.2%); la gran mayoría de los que presentan apoyo social promedio, tienen satisfacción con la vida promedio (65.2%); y la mayoría de los que presentan apoyo social alto, tienen satisfacción con la vida promedio (50.9%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida alta (37.7%).

Según la prueba Tau de Kendall, existe relación y correlación entre apoyo social y satisfacción con la vida, puesto que a mayores niveles de apoyo social, mayores son los niveles de satisfacción con la vida. Esto se debe a que de acuerdo a la teoría de la conducción social, en esta etapa, las personas avanzan a través de la vida rodeada por círculos de amigos y familiares, en los cuales pueden confiar para recibir ayuda, bienestar y apoyo social; y a quienes a su vez, se ofrece cuidado, interés y apoyo. Lo cual contribuye de forma significativa a su satisfacción con la vida.

Tabla N°2

Apoyo social según institución

Apoyo Social	Institución				Total	
	EsSalud		J.L.B. y R.		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	0	0.0	41	51.3	41	25.6
Promedio	29	36.3	37	46.3	66	41.3
Alto	51	63.8	2	2.5	53	33.1
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 2, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores del grupo de ESSALUD tienen apoyo social alto (63.8%), seguido de los que tienen apoyo social promedio (36.3%); mientras que la mayoría de adultos mayores del grupo de J.L.B. y R. tienen apoyo social bajo (51.3%), seguido de los que tienen apoyo social promedio (46.3%).

Según la prueba U de Mann Whitney, existen diferencias entre los grupos de estudio respecto a los niveles de apoyo social, puesto que los adultos mayores de ESSALUD tienen mejores niveles de apoyo social que los de J.L.B. y R. Esto se da porque en ESSALUD se cuenta con un programa de actividades estructuradas que les genera un sentimiento de compromiso y pertenencia con el grupo, mientras que en J.L.B. y R. se limitan a realizar actividades puntuales en periodos cortos de tiempo no logrando establecer redes sociales adecuadas.

Tabla N°3

Satisfacción con la vida según institución

Satisfacción con la Vida	Institución				Total	
	EsSalud		J.L.B. y R.		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	12	15.0	44	55.0	56	35.0
Promedio	44	55.0	30	37.5	74	46.3
Alto	24	30.0	6	7.5	30	18.8
Total	80	100.0	80	100.0		100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 3, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores del grupo de ESSALUD tienen satisfacción con la vida promedio (55.0%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida alta (30.0%); mientras que la mayoría de adultos mayores del grupo de J.L.B. y R. tienen satisfacción con la vida baja (55.0%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida promedio (37.5%).

Según la prueba U de Mann Whitney, existen diferencias entre los grupos de estudio respecto a la satisfacción con la vida, puesto que los adultos mayores de ESSALUD tienen mejores niveles de satisfacción con la vida que los de J.L.B y R. Esto se debe a que la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentales son determinantes para una buena satisfacción con la vida. Estas características se encontraron predominantemente en ESSALUD.

Tabla N°4

Sexo y apoyo social

Sexo	Apoyo Social						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	7	20.6	15	44.1	12	35.3	34	100.0
Femenino	34	27.0	51	40.5	41	32.5		100.0
Total	41	25.6	66	41.3	53	33.1		100.0

$P = 0.750 (P \geq 0.05) N.S.$

En la tabla 4, según la prueba Coeficiente de Contingencia, el sexo no tiene relación con el apoyo social, dado que la mayoría de adultos mayores varones y mujeres tienen apoyo social promedio (44.1% y 40.5%, respectivamente), seguido de los que tienen apoyo social alto (35.3% y 32.5%, respectivamente).

Esto podría deberse a que independientemente del sexo, el hecho de que las personas puedan tener un gran número de contactos sociales, no determina la calidad del apoyo social. Por el contrario, una persona puede sentirse satisfecha del apoyo social que recibe aunque sus relaciones con los demás sean de lo más reducidas.

Tabla N°5

Edad y apoyo social

Edad	Apoyo Social						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Ancianos Jóvenes (60 a 75 años)	24	24.2	45	45.5	30	30.3	99	100.0
Ancianos Ancianos (76 a 85 años)	16	28.1	20	35.1	21	36.8	57	100.0
Muy Ancianos (Más de 85 años)	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
Total	41	25.6	66	41.3	53	33.1	160	100.0

P = 0.700 (P ≥ 0.05) N.S.

En la tabla 5, según la prueba Tau de Kendall, la edad no tiene relación con el apoyo social, dado que la mayoría de adultos mayores del estadio: Ancianos Jóvenes tienen apoyo social promedio (45.5%); y la mayoría del estadio: Ancianos Ancianos tienen apoyo social alto (36.8%), seguido de los que tienen apoyo social promedio (35.1%).

Esto podría darse debido a que los adultos mayores siguen manteniendo contactos sociales, lo que ocurre es que en edades avanzadas, debido esencialmente a problemas funcionales que le impiden al individuo salir de su casa, se fortalecen más los contactos sociales familiares.

Tabla N°6

Grado de instrucción y apoyo social

Grado de Instrucción	Apoyo Social						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria	36	46.2	25	32.1	17	21.8	78	100.0
Secundaria	1	2.7	22	59.5	14	37.8	37	100.0
Superior	4	8.9	19	42.2	22	48.9	45	100.0
Total	41	25.6	66	41.3	53	33.1	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

C.Correlación = 0.579

En la tabla 6, podemos ver que la mayoría de adultos mayores que presentan grado de instrucción primaria, tienen apoyo social bajo (46.2%); la mayoría de los que presentan grado de instrucción secundaria, tienen apoyo social promedio (59.5%); y la mayoría de los que presentan grado de instrucción superior, tienen apoyo social alto (48.9%).

Según la prueba Tau de Kendall, el grado de instrucción tiene relación y correlación con el apoyo social, dado que a mayores grados de instrucción, mayores son los niveles de apoyo social. Esto encuentra su explicación en que las personas con mayores grados de instrucción tuvieron más oportunidades de contar con un empleo formal y estar mejor colocados en las sociedad pues reciben una pensión, además de otros beneficios como atención de salud, clubes y asociaciones conformadas por sus antiguos centros de trabajo, etc.

Tabla N°7

Estado civil y apoyo social

Estado Civil	Apoyo Social						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltero	7	30.4	12	52.2	4	17.4	23	100.0
Casado	18	22.2	33	40.7	30	37.0	81	100.0
Viudo	16	28.6	21	37.5	19	33.9	56	100.0
Total	41	25.6	66	41.3	53	33.1	160	100.0

P = 0.444 (P ≥ 0.05) N.S.

En la tabla 7, según la prueba Coeficiente de Contingencia, el estado civil no tiene relación con el apoyo social, dado que la mayoría de adultos mayores solteros, casados y viudos tienen apoyo social promedio (52.2%, 40.7% y 37.5%, respectivamente).

Esto podría deberse a que en la vejez son las personas capaces de maximizar las cualidades de apoyo de su entorno los que envejecen mucho mejor y parecen ser más competentes que otros. Es decir, la adaptación cobra un papel muy importante en esta etapa, y ésta tiene que ver más con la propia personalidad que con el estado civil actual.

Tabla N°8

Sexo y satisfacción con la vida

Sexo	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	13	38.2	20	58.8	1	2.9	34	100.0
Femenino	43	34.1	54	42.9	29	23.0	126	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

$P = 0.025$ ($P < 0.05$) S.S.

En la tabla 8, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores varones y mujeres tienen satisfacción con la vida promedio (58.8% y 42.9%, respectivamente). Sin embargo, según la prueba Coeficiente de Contingencia, el sexo sí tiene relación con la satisfacción con la vida, dado que las mujeres tienen niveles más altos que los varones (23% y 2.9%, respectivamente).

Esto se debe a que en relación al sexo, la satisfacción con la vida está fuertemente relacionada con la salud. Los hombres se ven más negativamente afectados por la mala salud de sus esposas que ellas por la salud de sus esposos. A menudo, los hombres no están preparados para realizar las tareas rutinarias diarias como cocinar y encargarse de los quehaceres domésticos.

Tabla N°9

Edad y satisfacción con la vida

Edad	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Ancianos Jóvenes (60 a 75 años)	37	37.4	42	42.4	20	20.2	99	100.0
Ancianos Ancianos (76 a 85 años)	18	31.6	29	50.9	10	17.5	57	100.0
Muy Ancianos (Más de 85 años)	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

$P = 0.782 (P \geq 0.05) N.S.$

En la tabla 9, según la prueba Tau de Kendall, la edad no tiene relación con la satisfacción con la vida, dado que la mayoría de adultos mayores del estadio: Ancianos Jóvenes, la mayoría del estadio: Ancianos Ancianos y la mayoría del estadio: Muy Ancianos tienen satisfacción con la vida promedio (42.4%, 50.9% y 75.0%, respectivamente).

Esto se explica debido a que las personas mayores están igual de satisfechas que las jóvenes, pero experimentan con menor frecuencia e intensidad los sentimientos, tanto positivos como negativos.

Tabla N°10

Grado de instrucción y satisfacción con la vida

Grado de Instrucción	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria	38	48.7	32	41.0	8	10.3	78	100.0
Secundaria	13	35.1	21	56.8	3	8.1	37	100.0
Superior	5	11.1	21	46.7	19	42.2	45	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

C. Correlación = 0.419

En la tabla 10, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores que presentan grado de instrucción primaria, tienen satisfacción con la vida baja (48.7%); la mayoría de los que presentan grado de instrucción secundaria, tienen satisfacción con la vida promedio (56.8%); y la mayoría de los que presentan grado de instrucción superior, tienen satisfacción con la vida promedio (46.7%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida alta (42.2%).

Según la prueba Tau de Kendall, el grado de instrucción tiene relación y correlación con la satisfacción con la vida, dado que a mayores grados de instrucción, mayores son los niveles de satisfacción con la vida. Esto podría darse debido a que una elevada autoestima es uno de los predictores más potentes de la satisfacción. Si uno está satisfecho con uno mismo, se supone que estará satisfecho con su vida y consideramos que haber logrado cierto nivel académico puede relacionarse con dicha satisfacción.

Tabla N°11

Estado civil y satisfacción con la vida

Estado Civil	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltero	9	39.1	9	39.1	5	21.7	23	100.0
Casado	24	29.6	43	53.1	14	17.3	81	100.0
Viudo	23	41.1	22	39.3	11	19.6	56	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

P = 0.516 (P ≥ 0.05) N.S.

En la tabla 11, según la prueba Coeficiente de Contingencia, el estado civil no tiene relación con la satisfacción con la vida, dado que la mayoría de adultos mayores solteros y casados, tienen satisfacción con la vida promedio (39.1%, 53.1%); y la mayoría de los viudos, tienen satisfacción con la vida baja (41.1%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida promedio (39.3%).

Esto se debe a que las amistades tienen mayor efecto positivo en el bienestar de los adultos, independientemente del estado civil.

Discusión

En el caso de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola, pudimos apreciar que este centro presenta condiciones que favorecen la integración social porque cuenta con un programa de actividades estructuradas que les permite a los adultos mayores tener un sentimiento de compromiso y pertenencia para con el grupo. Sin embargo, los adultos mayores que asisten a las Asociaciones de José Luis Bustamante y Rivero donde se realizan actividades puntuales en periodos cortos de tiempo, no logran establecer redes sociales adecuadamente, impidiéndoles tener el soporte emocional necesario para una adultez mayor saludable y mejores niveles de satisfacción con la vida. Cabe mencionar que esto se ve respaldado por Kim y Moen (2001; citado por Papalia y cols., 2009) las redes familiares y de amistad, así como afiliaciones a grupos, promueven el ajuste a la jubilación. La transición de la jubilación es más fácil si los retirados cuentan con amigos y familia que los apoyen en su nuevo papel.

El hallazgo más importante de nuestra investigación afirma que hay relación y correlación entre apoyo social y satisfacción con la vida, dado que mientras mayores son los niveles de apoyo social, mayores son los niveles de satisfacción con la vida. Este hallazgo se ve respaldado por la teoría de la conducción social de Antonucci y Akiyama (1997); Khan y Antonucci (1980; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2004) quienes afirman que la gente avanza a través de la vida rodeada por conducciones sociales: círculos de amigos cercanos y miembros de la familia de diversos grados de cercanía, en los cuales pueden confiar para recibir ayuda, bienestar y apoyo social, y a quienes, a su vez, se ofrece cuidado, interés y apoyo. Las características de la persona junto con las características de la situación de la persona, influyen en el tamaño y composición de la conducción o red de apoyo, así como en la cantidad y tipo de apoyo social que recibe la persona y la satisfacción derivada de este apoyo. Todos esos factores contribuyen a la salud y bienestar (Antonucci, Akiyama y Merline, 2001; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2004).

Los casos en que la dependencia física es grave son relativamente escasos, la mayoría de los ancianos necesita depender de los demás sólo un poco más que cuando eran más

jóvenes. Quizás necesiten que los lleven en auto, que les ayuden a mover muebles o que les lean un cartel borroso (Hing, 1994; citado por Schaie y Willis, 2003). En nuestra investigación apreciamos que la mayoría de adultos mayores de EsSalud cuentan con un nivel de apoyo social adecuado que les permite satisfacer necesidades como las mencionadas anteriormente. Sin embargo, los adultos mayores de las Asociaciones de José Luis Bustamante y Rivero no ven satisfechas estas necesidades, lo cual les genera una baja satisfacción con la vida.

En el caso de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola, observamos que el nivel de satisfacción con la vida, que predomina es el nivel promedio, lo cual coincide con un estudio acerca del bienestar subjetivo de Rebaza y Rubina (2003), quienes encontraron que el nivel de satisfacción con la vida en dicha institución era promedio con un 46,23 %. Asimismo una investigación acerca de la satisfacción con la vida de Rondón y Suárez (2010), demuestra que el nivel de satisfacción con la vida en la mencionada institución era promedio con un 51,9%. Es decir, que dicho nivel mantiene su prevalencia a través de los años.

Uno de los hallazgos de nuestra investigación muestra que el sexo no se relaciona con el apoyo social, podemos decir que este resultado se contrapone a lo referido por Barrett y Lynch (1999); Martin-Matthews (2000; citado por Kail y Cavanaugh, 2006) quienes afirman que las mujeres tienden a tener más amigos que los hombres y mantienen vínculos familiares más sólidos; por eso las viudas reciben más ayuda de hermanos y amigos que los viudos.

Uno de los resultados que encontramos muestra que el grado de instrucción se relaciona con el apoyo social. Las personas que ahora tienen 60 y más años de edad, pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad fueron una característica permanente durante varias décadas. Lo cual no sólo impide alcanzar objetivos preventivos en distintos ámbitos y aspectos de su vida, como por ejemplo en salud y en el cuidado de su propia seguridad, sino que también les resta oportunidades para elevar su bienestar y calidad de vida. En general, los adultos mayores que tuvieron la oportunidad de acceder a

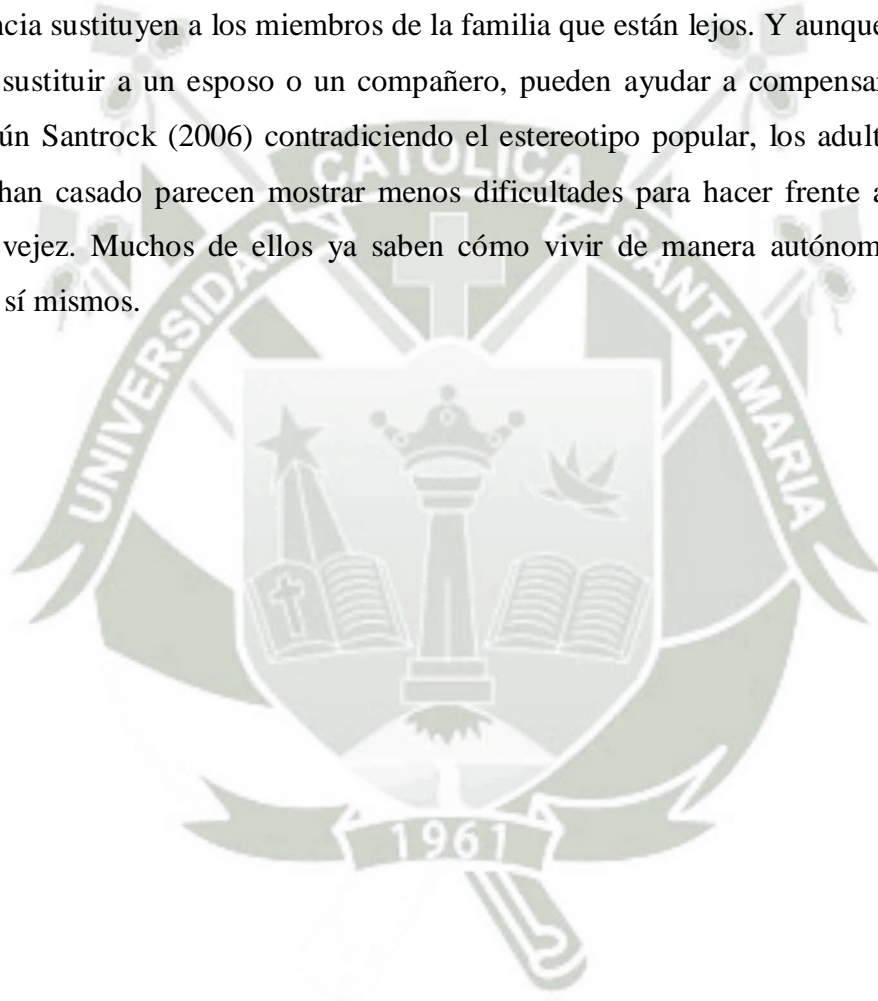
un empleo formal y están ahora jubilados, están mejor colocados en la sociedad pues reciben una pensión que representa recursos económicos propios, además de otros beneficios colaterales como atención de salud en EsSalud, clubes y asociaciones conformadas por sus antiguos centros de trabajo, etc.; mientras aquellas personas que no han tenido empleo formal, solo acceden a los servicios públicos asistenciales, limitando el ejercicio de sus derechos ciudadanos e incrementando su exclusión y vulnerabilidad social y económica.

Otro de los resultados de nuestra investigación afirma que el sexo se relaciona con la satisfacción con la vida, dado que los niveles más altos son presentados en su mayoría por las mujeres. Esto podría deberse a lo mencionado por Atchley y Miller (1983; citado por Schaie y Willis, 2003) la satisfacción con la vida expresada por las parejas de ancianos está fuertemente relacionada con la salud. Los hombres se ven más negativamente afectados por la mala salud de sus esposas que ellas por la salud de sus esposos. Las mujeres suelen esperar que sus maridos se vuelvan más dependientes de ellas con la edad, mientras que los maridos esperan justo lo contrario.

Los resultados encontrados en nuestro estudio muestran que la edad no se relaciona con la satisfacción con la vida. Este resultado se ve respaldado por lo que aseguran Diner y Suh (1998; citado por Fernández y cols., 1999) las personas mayores están igual de satisfechas que las jóvenes, pero experimentan con menor frecuencia e intensidad los sentimientos, tanto positivos como negativos.

En nuestra investigación comprobamos que el grado de instrucción se relaciona con la satisfacción con la vida. Para Gergen y Gergen (2000); Riley y Riley (1994; citado por Schaie y Willis, 2003) en muchos aspectos de rendimiento físico y mental, el anciano joven se parece más al individuo de mediana edad que al anciano – anciano. Para algunas personas inteligentes y con un cierto nivel de educación que continúan trabajando o que mantienen roles que les resultan satisfactorios después de la jubilación, la década de los setenta puede ser un periodo activo y gratificante de la vida.

Finalmente, nuestra investigación afirma que el estado civil no se relaciona con la satisfacción con la vida. Este resultado puede deberse a lo referido por Antonucci y Akiyama (1995; citado por Papalia, Olds y Feldman, 2001) las amistades tienen mayor efecto positivo en el bienestar de los adultos. Como en las primeras etapas de la vida, las amistades van en torno a la diversión y el tiempo libre, mientras que las relaciones familiares tienden a involucrar tareas cotidianas y necesidades. Como refieren Hartup y Stevens (1999; citado por Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009) los amigos y vecinos con frecuencia sustituyen a los miembros de la familia que están lejos. Y aunque los amigos no pueden sustituir a un esposo o un compañero, pueden ayudar a compensar la falta de uno. Y según Santrock (2006) contradiciendo el estereotipo popular, los adultos ancianos que no se han casado parecen mostrar menos dificultades para hacer frente a la soledad durante la vejez. Muchos de ellos ya saben cómo vivir de manera autónoma y pueden valerse por sí mismos.



Conclusiones

- PRIMERA.-** El principal resultado de nuestra investigación indica que existe relación y correlación entre apoyo social y satisfacción con la vida, dado que a mayores niveles de apoyo social, mayores son los niveles de satisfacción con la vida en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola y los que asisten a las Asociaciones del Adulto Mayor de José Luis Bustamante y Rivero.
- SEGUNDA.-** Los adultos mayores del grupo de EsSalud tienen mayores niveles de apoyo social y satisfacción con la vida que los del grupo de José Luis Bustamante y Rivero.
- TERCERA.-** El grado de instrucción tiene relación con el apoyo social, dado que los adultos mayores que presentan mejores grados de instrucción, tienen mayores niveles de apoyo social en ambos grupos de estudio.
- CUARTA.-** El sexo y el estado civil no tienen relación con el apoyo social, dado que la mayoría de adultos mayores varones y mujeres; y la mayoría de adultos mayores solteros, casados y viudos tienen apoyo social promedio en ambos grupos de estudio.
- QUINTA.-** La edad no tiene relación con el apoyo social, dado que la mayoría de adultos mayores del estadio: Ancianos Jóvenes (60 - 75 años); y la mayoría del estadio: Ancianos Ancianos (76 – 85 años) tienen apoyo social promedio y alto, respectivamente.
- SEXTA.-** El sexo y el grado de instrucción tienen relación con la satisfacción con la vida, dado que las mujeres presentan niveles más altos que los varones; y los adultos mayores que presentan mejores grados de instrucción, tienen mayores niveles de satisfacción con la vida en ambos grupos de estudio.

SÉPTIMA.- El estado civil no tiene relación con la satisfacción con la vida, dado que la mayoría de adultos mayores solteros y casados tienen satisfacción con la vida promedio; y la mayoría de los viudos tienen satisfacción con la vida baja en ambos grupos de estudio.

OCTAVA.- La edad no tiene relación con la satisfacción con la vida, dado que la mayoría de adultos mayores del estadio: Ancianos Jóvenes (60 – 75 años) y la mayoría del estadio: Ancianos Ancianos (76 – 85 años) tienen satisfacción con la vida promedio.

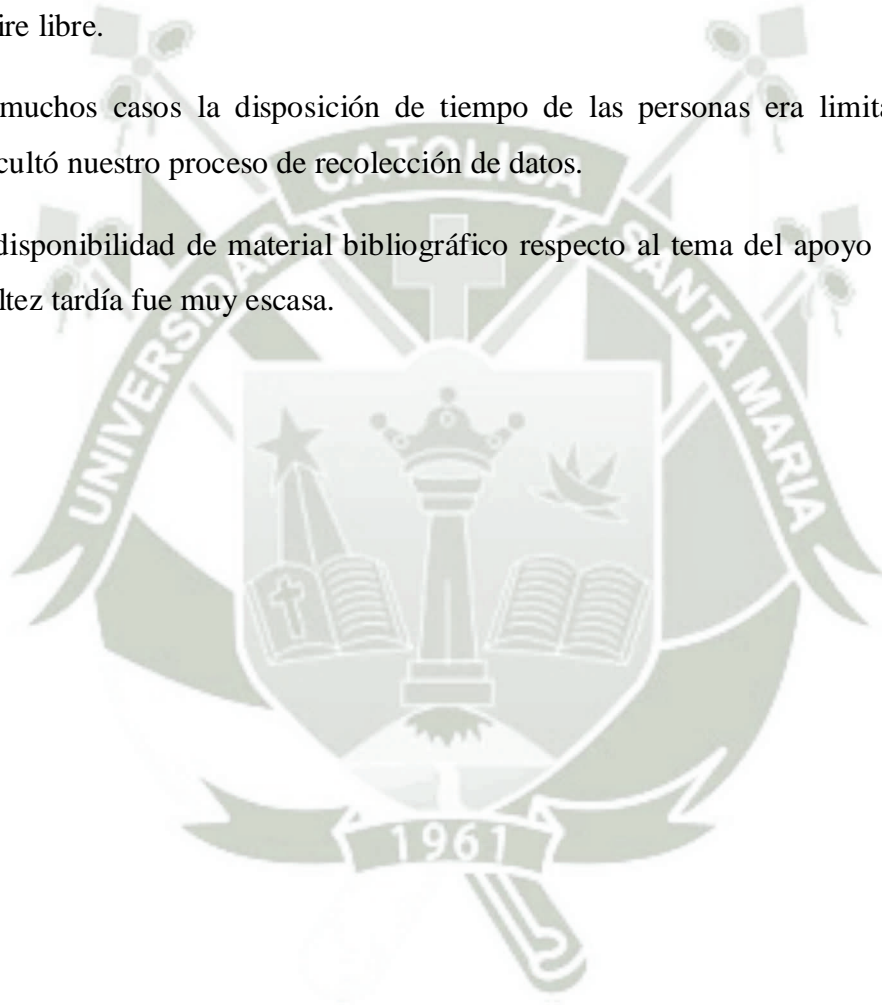


Sugerencias

1. Educar a la comunidad desde temprana edad sobre la adultez tardía, rompiendo con el estereotipo de minusvalía del adulto mayor y tomando en cuenta las experiencias y sabiduría del adulto mayor.
2. Promover en el Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola el tipo de actividades cooperativas con aquellas asociaciones de bajos recursos, para ser un ente de ayuda a la sociedad, donde ambas partes saldrían beneficiadas.
3. Aumentar la calidad y cantidad de actividades recreativas en las Asociaciones de José Luis Bustamante y Rivero, para incrementar el desarrollo social, motriz y psicológico de los adultos mayores, mejorando así sus niveles de satisfacción con la vida.
4. Desarrollar campañas altruistas por parte de la Municipalidad de José Luis Bustamante y Rivero para incentivar a la comunidad arequipeña a establecer un vínculo más cercano con los adultos mayores de las asociaciones que más lo necesiten.
5. En relación a las asociaciones de José Luis Bustamante y Rivero, creemos que deben contar con el apoyo de un psicólogo, que brinde soporte emocional a las personas que lo necesiten, puesto que se encuentran casos que requieren de ayuda profesional.
6. Promover la importancia de la etapa de la adultez tardía dentro del Programa Profesional de Psicología, logrando que los estudiantes se sensibilicen y se interesen más por el adulto mayor aportando futuras investigaciones en el área.

Limitaciones

1. Debido a la época del año, la concurrencia de adultos mayores al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Zamácola era escasa, lo cual nos dificultó reunir a las personas necesarias para completar la muestra para nuestro estudio.
2. Al trabajar con el grupo de José Luis Bustamante y Rivero, no se contó con un local adecuado para la realización del estudio, con algunas de las asociaciones se trabajó al aire libre.
3. En muchos casos la disposición de tiempo de las personas era limitada, lo que dificultó nuestro proceso de recolección de datos.
4. La disponibilidad de material bibliográfico respecto al tema del apoyo social en la adultez tardía fue muy escasa.

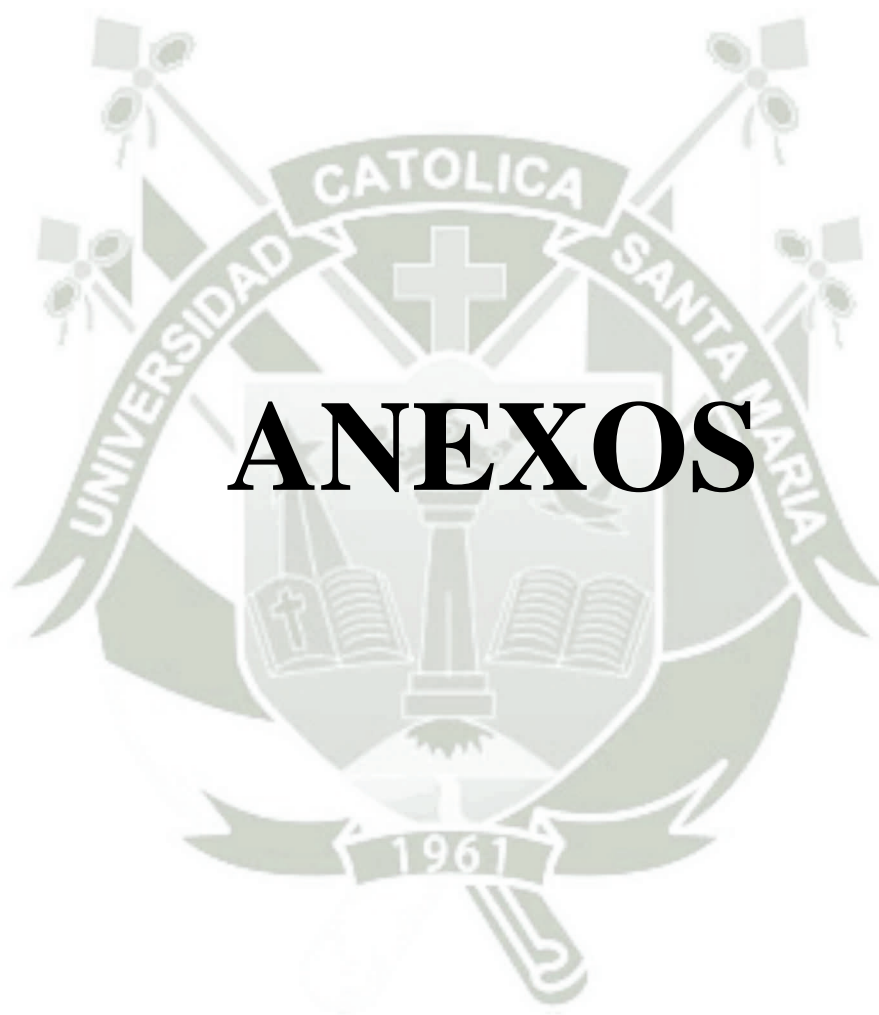


Referencias

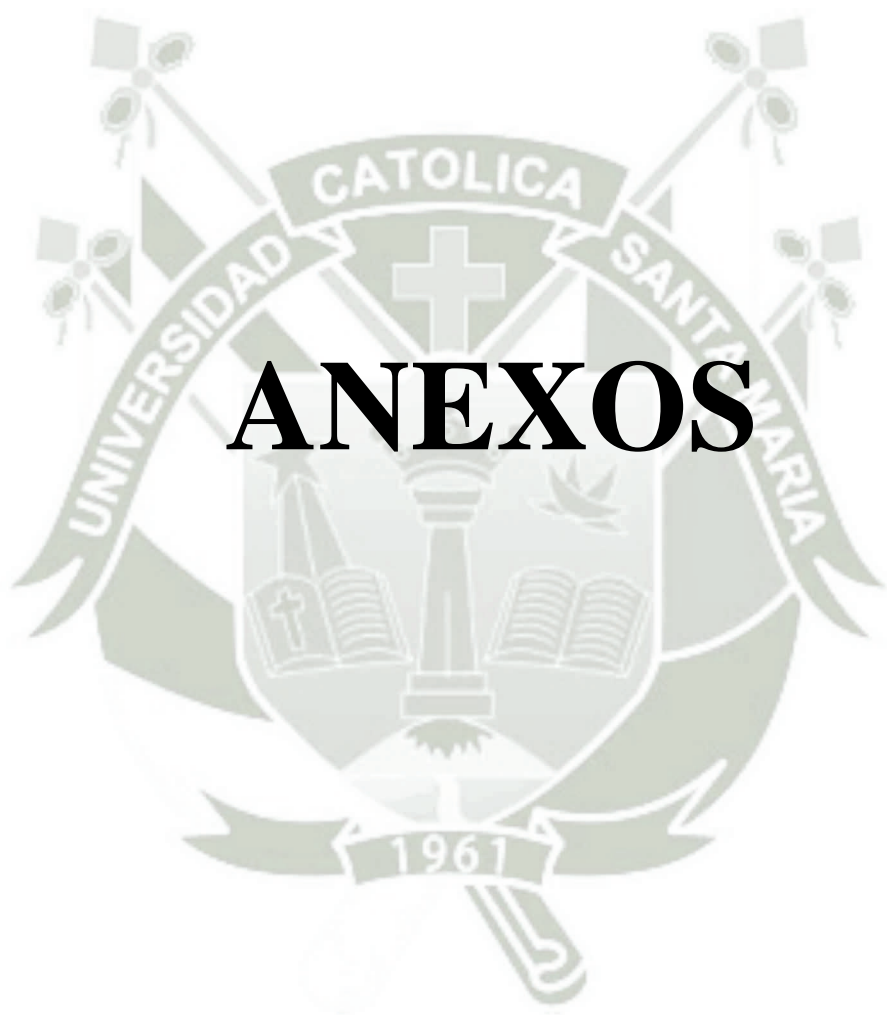
- Auer, M. (1996). *Autorrealización en la plenitud. Reflexiones sobre la tercera edad*. Perú: Servicios Integrados.
- Anastasi, A. y Urbina S. (1998). *Tests Psicológicos*. México: Pretince Hall.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Paraninfo.
- Cornachione, M. (2006). *Adultez: Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba: Brujas.
- Cornejo, L. e Icaza, P. (2006). *Satisfacción con la vida en adultos mayores*. Tesis de pregrado. Arequipa: UCSM.
- Del Risco, P. (2007). *Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor*. Tesis de pre-grado. Lima: Recobrado Octubre, 2012, de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/399/DEL_RISCO_A_IRALDI_PATRICIA_SOPORTE_SOCIAL_SATISFACCION.pdf?sequence=1
- Fernández-Ballesteros, R; Moya, R; Iñiguez, J y Dolores, M. (1999). *¿Qué es la psicología de la vejez?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gómez, M. y Sabel, E. (1999). *Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Boletín de Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.
- Hall, E., Hoffman., L, y Paris, S. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. México: Mc Graw Hill.
- INEI. *Población del adulto mayor*. Perú. Recobrado Setiembre, 2012, de <http://www.inei.gov.pe/web/NotaPrensa/Attach/14889.pdf>
- Inga, J. y Vara, A. (1999). *Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Estudio piloto y análisis psicométrico*. Boletín de Psicología, Asociación por la Defensa de las Minorías.
- Inga, J. y Vara, A. (2006). *Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú*. Recobrado Setiembre, 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750304>

- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo humano una perspectiva del ciclo vital*. México: Thomsom Editores.
- Lehr, U. (1995). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D., (2012). *Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social*. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. Recobrado Diciembre, 2012 de
- <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/viewFile/547/652>
- Maestre, F. (2002). *Era tabú: Guía de sexualidad para la familia. El adulto mayor*. Perú: Grupo Santillana.
- Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo. (2007). *Informe anual de empleo de las personas adultas mayores*. Perú. Recobrado Setiembre, 2012 de
- http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/publicacion/estudio_laboral_PAM_2007.pdf
- Mishara, B. y Riedel, R. (1995). *El proceso de envejecimiento*. España: Ediciones Morata.
- Morales J., Blanco A., Huie, C., Fernández J. (1985). *Psicología Social*. Madrid: Desclee de Bower.
- Morris Ch., (1997). *Psicología*. (9a. edición). México: Pearson Prentice-Hall.
- Myers, D. y Diener, E. (1995). *Who is happy?*. Illinois: American Psychological Society. Vol. 6.
- Olson, D. y Barnes, H. (2003). *Escala de calidad de vida*. Perú: Gráfica Arsam S.R.L.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. (3ra. edición). México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2001). *Desarrollo humano*. (6ta. edición). Colombia: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2004). *Desarrollo humano*. (9a. edición). México: Mc Graw Hill.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). *Review of the satisfaction with life scale*. Illinois: Psychological assessment. Vol 5.

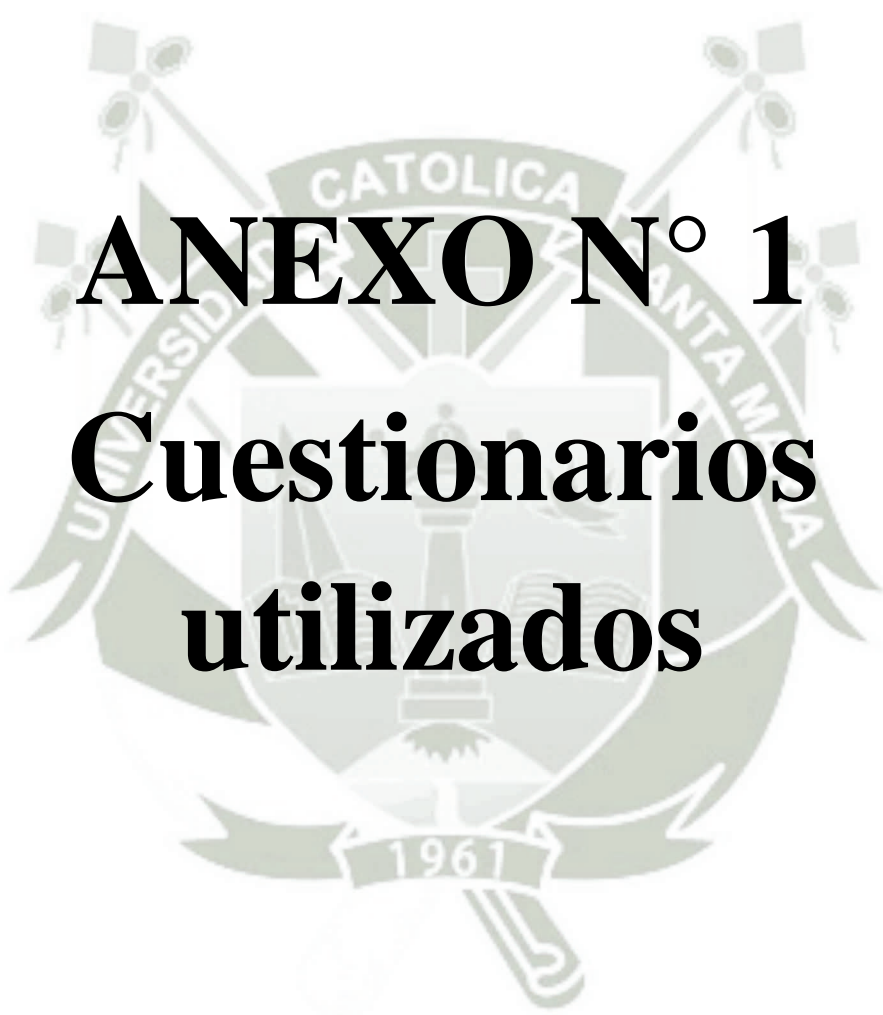
- Rebaza, E. y Rubina, G. (2003). *Bienestar subjetivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados*. Tesis de pre-grado. Arequipa: UCSM.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo humano*. México: Prentice-Hall hispano americana.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. México DF: Síntesis.
- Rondón, L. y Suárez, M. (2010). *Satisfacción con la vida en adultos mayores que participan o no en programas del adulto mayor*. Tesis de pre-grado. Arequipa: UCSM.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. (10ma. edición). España: Mc Graw Hill.
- Schaie, K. y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez* (5ta. edición). España: Pearson Prentice-Hall.
- Silvestre, N., Sole, R., Pérez, M. y Jodar, M. (1995). *Psicología evolutiva. Adolescencia, edad adulta y vejez*. Barcelona: Editorial Ceac.
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen G. (2006). *Funcionamiento social del adulto mayor*. Chile: Universidad de Concepción. Recobrado Octubre 2012 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext
- Zimmermann, M. (1998). *Psicología ambiental y calidad de vida*. Bogotá: ECOE.



ANEXOS



ANEXOS



ANEXO N° 1

Cuestionarios

utilizados

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?
(personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)
Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

PRUEBA DE SATISFACCION CON LA VIDA

FECHA: _____
EDAD: _____

SEXO: _____
FECHA DE NAC.: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación le damos a conocer algunas frases sobre la vida en general, sobre las cuales la gente opina de manera diferente. Usted lo que tiene que hacer es marcar con un aspa (x) cual es su opinión ante cada una de estas manifestando su acuerdo o desacuerdo.

PREGUNTAS	De Acuerdo	No Sabe No Opina	En Desacuerdo
1.- A medida que pasan los años, la vida me parece mejor de lo que creía.			
2.- He tenido más suerte en la vida que la mayoría de gente que conozco.			
3.- Esta es la etapa más triste de mi vida.			
4.- Soy tan feliz como cuando era joven.			
5.- Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.			
6.- Estos son los mejores años de mi vida.			
7.- La mayoría de las cosas que hago son aburridas.			
8.- Espero que me pasen cosas interesantes y agradables en el futuro.			
9.- Las cosas que hago me parecen tan interesantes como antes.			
10.- Me siento algo mayor y cansado/a.			
11.- Cuando pienso en mi vida pasada me siento bastante satisfecho/a de cómo ha sido mi vida.			
12.- Aunque pudiera, yo no cambiaría mi pasado.			
13.- Creo que me veo mejor en comparación con otras personas de mi edad.			
14.- He hecho planes sobre las cosas que hare dentro de un mes o un año.			
15.- Cuando pienso sobre mi vida, me doy cuenta de que no he conseguido la mayoría de las cosas importantes que hubiera querido tener.			
16.- Cuando me comparo con otros me siento triste con frecuencia.			
17.- He conseguido casi todo lo que esperaba de la vida.			
18.- Creo que las personas con el pasar del tiempo van empeorando en vez de mejorar.			

A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered in the background. It features a shield with a cross, a book, and a lamp, with the text 'UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA' and the year '1961' on a banner below.

ANEXO N° 2

Resultados complementarios

Tabla N°1

Apoyo emocional según institución

Apoyo Emocional	Institución				Total	
	EsSalud		J.L.B. y R.		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	6	7.5	31	38.8	37	23.1
Promedio	32	40.0	43	53.8	75	46.9
Alto	42	52.5	6	7.5	48	30.0
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 1, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores del grupo de ESSALUD presentan apoyo emocional alto (52.5%), seguido de los que presentan apoyo emocional promedio (40.0%); mientras que la mayoría de adultos mayores del grupo de J.L.B y R. presentan apoyo emocional promedio (53.8%), seguido de los que presentan apoyo emocional bajo (38.8%).

Según la prueba U de Mann Whitney, existen diferencias entre los grupos de estudio respecto al apoyo emocional, puesto que los adultos mayores de ESSALUD presentan mejores niveles de apoyo emocional que los de J.L.B. y R.

Tabla N°2

Apoyo material según institución

Apoyo Material	Institución				Total	
	EsSalud		J.L.B. y R.		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	5	6.3	42	52.5	47	29.4
Promedio	23	28.8	34	42.5	57	35.6
Alto	52	65.0	4	5.0	56	35.0
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 2, podemos apreciar que la gran mayoría de adultos mayores del grupo de ESSALUD presentan apoyo material alto (65.0%); mientras que la mayoría de adultos mayores del grupo de J.L.B. y R. presentan apoyo material bajo (52.5%), seguido de los que presentan apoyo material promedio (42.5%).

Según la prueba U de Mann Whitney, existen diferencias entre los grupos de estudio respecto al apoyo material, puesto que los adultos mayores de ESSALUD presentan mejores niveles de apoyo material que los de J.L.B. y R.

Tabla N°3

Relaciones sociales según institución

Relaciones Sociales	Institución				Total	
	EsSalud		J.L.B. y R.		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	0	0.0	43	53.8	43	26.9
Promedio	44	55.0	31	38.8	75	46.9
Alto	36	45.0	6	7.5	42	26.3
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 3, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores del grupo de ESSALUD presentan relaciones sociales promedio (55.0%), seguido de los que presentan relaciones sociales altas (45.0%); mientras que la mayoría de adultos mayores del grupo de J.L.B. y R. presentan relaciones sociales bajas (53.8%), seguido de los que presentan relaciones sociales promedio (38.8%).

Según la prueba U de Mann Whitney, existen diferencias entre los grupos de estudio respecto a las relaciones sociales, puesto que los adultos mayores de ESSALUD presentan mejores relaciones sociales que los de J.L.B. y R.

Tabla N°4

Apoyo afectivo según institución

Apoyo Afectivo	Institución				Total	
	EsSalud		J.L.B. y R.		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	0	0.0	45	56.3	45	28.1
Promedio	31	38.8	34	42.5	65	40.6
Alto	49	61.3	1	1.3	50	31.3
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 4, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores del grupo de ESSALUD presentan apoyo afectivo alto (61.3%), seguido de los que presentan apoyo afectivo promedio (38.8%); mientras que la mayoría de adultos mayores que pertenecen al grupo de J.L.B. y R. presentan apoyo afectivo bajo (56.3%), seguido de los que presentan apoyo afectivo promedio (42.5%).

Según la prueba U de Mann Whitney, existen diferencias entre los grupos de estudio respecto al apoyo afectivo, puesto que los adultos mayores de ESSALUD presentan mejores niveles de apoyo afectivo que los de J.L.B. y R.

Tabla N°5

Apoyo emocional y satisfacción con la vida

Apoyo Emocional	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	26	70.3	9	24.3	2	5.4	37	100.0
Promedio	25	33.3	40	53.3	10	13.3	75	100.0
Alto	5	10.4	25	52.1	18	37.5	48	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

C. Correlación = 0.573

En la tabla 5, podemos ver que la gran mayoría de adultos mayores que presentan apoyo emocional bajo, tienen satisfacción con la vida baja (70.3%); la mayoría de los que presentan apoyo emocional promedio, tienen satisfacción con la vida promedio (53.3%); y la mayoría de los que presentan apoyo emocional alto, tienen satisfacción con la vida promedio (52.1%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida alta (37.5%).

Según la prueba Tau de Kendall, existe relación y correlación entre apoyo emocional y satisfacción con la vida, puesto que a mayores niveles de apoyo emocional, mayores son los niveles de satisfacción con la vida.

Tabla N°6

Apoyo material y satisfacción con la vida

Apoyo Material	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	32	68.1	15	31.9	0	0.0	47	100.0
Promedio	14	24.6	31	54.4	12	21.1	57	100.0
Alto	10	17.9	28	50.0	18	32.1	56	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

C. Correlación = 0.551

En la tabla 6, podemos apreciar que la gran mayoría de adultos mayores que presentan apoyo material bajo, tienen satisfacción con la vida baja (68.1%), la mayoría de los que presentan apoyo material promedio, tienen satisfacción con la vida promedio (54.4%); y la mayoría de los que presentan apoyo material alto, tienen satisfacción con la vida promedio (50.0%), seguido de los que tienen satisfacción con la vida alta (32.1%).

Según la prueba Tau de Kendall, existe relación y correlación entre apoyo material y satisfacción con la vida, puesto que a mayores niveles de apoyo material, mayores son los niveles de satisfacción con la vida.

Tabla N°7

Relaciones sociales y satisfacción con la vida

Relaciones Sociales	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	27	62.8	14	32.6	2	4.7	43	100.0
Promedio	23	30.7	39	52.0	13	17.3	75	100.0
Alto	6	14.3	21	50.0	15	35.7	42	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

C. Correlación = 0.508

En la tabla 7, podemos apreciar que la mayoría de adultos mayores que presentan relaciones sociales bajas, tienen satisfacción con la vida baja (62.8%); la mayoría de los que presentan relaciones sociales promedio, tienen satisfacción con la vida promedio (52.0%); y la gran mayoría de los que presentan relaciones sociales altas, tienen satisfacción con la vida promedio (50.0%), seguido de los que presentan satisfacción con la vida alta (35.7%).

Según la prueba Tau de Kendall, existe relación y correlación entre relaciones sociales y satisfacción con la vida, puesto que a mayores niveles de relaciones sociales, mayores son los niveles de satisfacción con la vida.

Tabla N°8

Apoyo afectivo y satisfacción con la vida

Apoyo Afectivo	Satisfacción con la Vida						Total	
	Bajo		Promedio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	37	82.2	8	17.8	0	0.0	45	100.0
Promedio	13	20.0	36	55.4	16	24.6	65	100.0
Alto	6	12.0	30	60.0	14	28.0	50	100.0
Total	56	35.0	74	46.3	30	18.8	160	100.0

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

C. Correlación = 0.631

En la tabla 8, podemos apreciar que la gran mayoría de adultos mayores que presentan apoyo afectivo bajo, tienen satisfacción con la vida baja (82.2%); la mayoría de los que presentan apoyo afectivo promedio, tienen satisfacción con la vida promedio (55.4%); y la gran mayoría de los que presentan apoyo afectivo alto, tienen satisfacción con la vida promedio (60.0%), seguido de los que presentan satisfacción con la vida alta (28.0%).

Según la prueba Tau de Kendall, existe relación y correlación entre apoyo afectivo y satisfacción con la vida, puesto que a mayores niveles de apoyo afectivo, mayores son los niveles de satisfacción con la vida.

ANEXO N° 3

Documentación sustentatoria





Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

“IN SCIENTIA ET FIDE ESTI FORTITUDO NOSTRA”

(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 14 de enero 2013

Oficio N° 012-PPPsc-2013

**LIC.
MARÍA JESÚS OJEDA TORRES
RESPONSABLE DEL PRIMER CAM ZAMÁCOLA
RED ASISTENCIAL AREQUIPA-ESSALUD**

Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para hacerle llegar un cordial saludo y a la vez, en mi condición de Director del Programa Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, presentarle a las señoritas Bachilleres: **ROXANA KARINA ORTÍZ ORTEGA y LUZ NOELIA TAPIA NEYRA**, quien tiene especial interés en realizar una investigación de su Tesis titulada **“APOYO SOCIAL Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS”**.

En tal sentido le solicitamos se sirva otorgar las facilidades que se requiera para el desarrollo de la recolección de datos, en los ambientes y horarios respectivos, y puedan culminar con su ansiado proyecto.

Con la seguridad que el presente merecerá su fina atención, hacemos propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA


.....
Dr. Saúl Campos Tejada
Director del Programa Profesional
de Psicología

SCT/Director
lv.


15-01-2013
I CAM ZAMÁCOLA



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

“IN SCIENTIA ET FIDE ESTI FORTITUDO NOSTRA”

(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa

Oficio N° 030-PPPsc-2013

SR.

OSCAR ZÚÑIGA ROSAS

ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JOSÉ LUÍS BUSTAMANTE Y RIVERO

Presente.

De mi especial consideración:

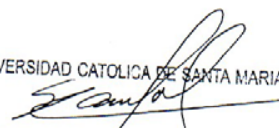
Es grato dirigirme a usted para hacerle llegar un cordial saludo y a la vez, en mi condición de Director del Programa Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, presentarle a las señoritas Bachilleres: **ROXANA KARINA ORTÍZ ORTEGA** y **LUZ NOELIA TAPIA NEYRA**, quien tiene especial interés en realizar una investigación de su Tesis titulada "APOYO SOCIAL Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS".

En tal sentido le solicitamos se sirva otorgar las facilidades que se requiera para el desarrollo de la recolección de datos, en los ambientes y horarios respectivos, y puedan culminar con su ansiado proyecto.

Con la seguridad que el presente merecerá su fina atención, hacemos propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA


.....
Dr. Saúl Campos Tejada
Director del Programa Profesional
de Psicología

