



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA
MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO
DE ZIMET EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE UN
CENTRO DE ADULTO MAYOR EN TRUJILLO”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autor:

Marycielo Yupanqui Montoya

Asesor:

Lic. Lorena Maribel Frías Saavedra

Trujillo – Perú

2016

APROBACIÓN DE LA TESIS

La asesora y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por la Bachiller **Marycielo Yupanqui Montoya**, denominada:

**“PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE
APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA
DE UN CENTRO DE ADULTO MAYOR EN TRUJILLO”**

Lic. Lorena Maribel Frías Saavedra
ASESOR

Lic. Yrina Roldan López
JURADO
PRESIDENTE

Lic. Gipsy Tacure Ortiz
JURADO

Mg. Tania Guadalupe Valdivia Morales
JURADO

DEDICATORIA

A Soledad y Anthonela, cuya presencia supuso todo el respaldo y confianza para culminar esta etapa de alegría fugaz.

A Samuel, quien con su intermitente presencia y continuo soporte, ayudó.

Al Sr. Poti, cuyo peculiar estilo de vida desestabiliza el orden de mi universo y recrea gratas vivencias.

A Rita, por el ejemplo de fuerza y voluntad.

A Virgilio, por transmitir la esperanza de un mundo mejor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Anthonela por su curiosidad e ímpetu al iniciar nuevos proyectos. Por la inspiración que significa para mí y el afectuoso soporte que siempre está dispuesta a entregar.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	13
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	30
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	35
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Análisis ítem – test corregido de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	36
TABLA 2: Análisis ítem – escala corregido del área “Familia – Otros Significativos” de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	37
TABLA 3: Análisis ítem – escala corregido del área “Amigos” de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	38
TABLA 4: Intercorrelaciones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	39
TABLA 5: Confiabilidad por consistencia interna de la escala y sus áreas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	40
TABLA 6: Baremo percentilar de las dimensiones y de la escala global de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	41
TABLA 7: Baremo por edades de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	42
TABLA 8: Baremo general por edades de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo	43

RESUMEN

Este estudio tuvo por objetivo determinar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de 291 adultos mayores de un centro del adulto mayor en Trujillo. Este instrumento evalúa la percepción que se tiene acerca del apoyo desde dos fuentes: familia – otros significativos y amigos.

En lo concerniente a los hallazgos reportados, la validez de constructo, se halló mediante el análisis ítem - test corregido, en el cual se obtuvieron valores que oscilaron entre .63 a .77 para la escala total; en lo que respecta a las áreas de “Familia - Otros Significativos” y “Amigos” se alcanzaron valores de .73 a .85; y de .85 a .90 respectivamente. En cuanto a la confiabilidad por consistencia interna se obtiene un Alfa de Cronbach de .92 para la escala total; y para las áreas “Familia - Otros Significativos” y “Amigos” se alcanzó un Alfa de Cronbach de .91 y .90, respectivamente.

Por otro lado, se elaboró normas percentilares específicas según género y edad, encontrándose diferencias significativas en cuanto al puntaje total en ambos grupos, así como en las dimensiones. Es así que de esta forma se afirma que la escala presenta características psicométricas adecuadas para la población estudiada.

Palabras Clave: Apoyo social percibido, adulto mayor, confiabilidad, validez.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the psychometric properties of the Multidimensional Scale of Social Perceived Support in a sample of 291 older adults from a Senior Center in Trujillo. This instrument evaluates the perception of support from two sources: family - significant others and friends.

Regarding the reported findings, the construct validity was found by the corrected item - test analysis, in which values ranging from .63 to .77 were obtained for the total scale; in relation to the "Family - Other Significant" and "Friends" áreas, values were reached from .73 to .85; and .85 to .90 respectively. As for the reliability by internal consistency, a Cronbach's Alpha of .92 is obtained for the total scale; and for "Family - Other Significant" and "Friends" áreas, a Cronbach Alpha of .91 and .90 were reached, respectively.

On the other hand, it was determined to develop general percentile norms by gender and age. There wasn't differences in scores from those two groups. Thus, it is stated that the scale presents suitable psychometric characteristics for the population studied.

Keywords: Perceived social support, older adult, reliability, validity

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En las últimas décadas, en Perú se ha hecho evidente que la población adulta mayor sufre grandes cambios no tanto a nivel demográfico sino que más específicamente, los cambios se dan en las condiciones tanto sociales, biológicas y psicológicas en las que se desenvuelven día a día. Estas situaciones generan que los adultos mayores estén constantemente expuestos a estresores, que requiere que el individuo reajuste sus patrones habituales de comportamiento y sus estilos de vida.

Esto se puede evidenciar, por ejemplo, en las estadísticas del año 2013 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las que señalan que en el Perú el 9,21% de la población total son habitantes mayores de 60 años, lo que supone un aproximado de dos millones 807 mil 354 habitantes, de los cuales un millón 311 mil 027 son varones y un millón 496 mil 327 son mujeres. Asimismo, para el año 2021 se proyecta que este porcentaje aumentará hasta el 11% de la población total. En el último Informe Técnico N° 3 – Setiembre 2016 acerca de la situación de la Población Adulta Mayor, INEI describe que se tiene al menos un miembro adulto mayor dentro de la familia en al menos el 40% de hogares peruanos. Además, en cuanto a su condición de actividad, del total de adultos mayores solo el 47,5% están incluidos en la Población Económicamente Activa (PEA), siendo los hombres aquellos con un mayor porcentaje 58,4%. Es así que el otro 52,5% de la población adulta mayor no pertenece a la PEA, lo que sugiere condiciones distintas al primer grupo en cuanto a su economía, salud, espacios de esparcimiento, y otros factores que influyen directamente en su estado de salud, biológico y psicológico.

Ante esta situación se torna importante y viable empezar a generar mejores condiciones de vida incluyendo las nuevas demandas y próximas necesidades que surgirán debido al envejecimiento poblacional acelerado que se presenta en el país. Estas condiciones tienen que ver sobre todo con situaciones que posicionan a esta población como vulnerable; por ejemplo en un caso puntual, el hecho de que la familia tenga que ausentarse por muchas horas de la casa debido al trabajo y/o estudios, dejando solos a los abuelos quienes en su mayoría son personas mayores de 60 años, que no trabajan más y que en muchos casos tampoco tienen redes de apoyo con quienes frecuentar. Es así que diseñar y promocionar redes de soporte social que permitan un mejor desenvolvimiento de esta población y otorguen una mejor calidad de vida, partiendo de la identificación de la percepción que se

tenga de la existencia de las mismas, es un aspecto que empieza a ser parte de investigaciones y de interés de las áreas de salud.

Se sabe que contar o no contar con apoyo tiene repercusiones significativas sobre la salud de los individuos, sobre todo en aquellos que se encuentran en una edad avanzada dada su vulnerabilidad. La percepción de que se cuenta o no con tal apoyo influye directamente con el afrontamiento al estrés y con la salud en general (Nobel, 1991). El apoyo social promueve conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés (Cutrona, Hessling & Suhr; 1997). Asimismo, se ha comprobado ya que un aspecto del apoyo social, el apoyo emocional, cumple un rol importante como recurso para afrontar amenazas en situaciones de estrés.

En un sentido amplio, el apoyo social según Vivaldi (2012), puede ser valorado a partir de dos puntos de vista, la primera cuantitativa-estructural y la segunda cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de relaciones que establece la persona con su red social, que correspondería al apoyo social recibido; mientras que, la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas. La valoración subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, correspondería al apoyo social percibido.

Es así que existen muchos instrumentos que miden el apoyo social. El SSQ, Social Support Questionnaire (Sarason, 1983), identifica a las personas a quienes con mayor frecuencia se recurre en situaciones específicas y la satisfacción con el apoyo social, tanto en áreas de sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación, ayuda física y participación social. Asimismo, el Inventory of Socially Supportive Behaviours (ISSB) (Barrera & Ainlay, 1983), evalúa el tipo de apoyo social recibido en sus dimensiones, emocional, instrumental, informativo y social, no especificando la fuente de donde proviene.

Otro instrumento es The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) (Sherbourne & Stewart, 1991), que contempla el apoyo estructural y el funcional, evaluando 5 dimensiones: emocional, informativa, tangible, afectiva y la interacción social positiva. Ambos instrumentos, si bien han sido ampliamente utilizados en estudios epidemiológicos, centran su atención más bien en los tipos de apoyo social provistos, más que en la percepción del sujeto (Calvo Francés & Díaz Palarea, 2004).

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988), posee ciertas ventajas, siendo una de ellas el hecho de haber sido diseñada específicamente para evaluar la

percepción de apoyo social de tres fuentes diferentes: familia, amigos y otros significativos. Diversos estudios han demostrado que esta escala posee un excelente comportamiento psicométrico (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Dahlem, Zimet & Walker, 1991; Kazarian & McCabe, 1991). Por último, mientras algunas escalas que evalúan apoyo social o percepción del mismo son engorrosas en su aplicación, la MSPSS es una escala de auto reporte breve y de fácil utilización.

Por lo expuesto anteriormente, contar con un instrumento que mida efectivamente el apoyo social percibido por los individuos se torna viable, siendo el propósito en esta investigación estimar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet en adultos mayores de un Centro de Adulto Mayor.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo?

1.3. Justificación

La justificación de la realización de este trabajo radica en:

A nivel metodológico, se contará con un instrumento de medición válido y confiable adecuado para la realización de futuras investigaciones relacionadas a la presente variable de estudio, cuyas propiedades psicométricas serán halladas en el medio local, y con ello futuros estudios tendrán mayor factibilidad.

Asimismo, a nivel teórico, este estudio contribuirá a la ampliación de las fuentes de información con respecto a la población y variable de investigación. Es necesario valorar la importancia que le conceden las personas mayores a sus redes de apoyo, debido al debilitamiento o pérdida que experimentan a medida que avanzan en edad.

Además, la investigación realizada, puede ser utilizada como antecedente de otros estudios así como buscar reforzar la importancia del trabajo psicológico del adulto mayor.

Asimismo, la información que se obtenga con este instrumento será útil para el uso de diagnóstico y consejería y también como base para programas preventivos.

Finalmente, facilitará la exploración de problemáticas asociadas a esta población aportando así un beneficio y desempeño a profesionales de la salud mental, vinculados e interesados con el trabajo en adultos mayores.

1.4. Limitaciones

Una de las limitaciones que presenta esta investigación consiste en la escasez de investigaciones con relación al apoyo social percibido en la población de adultos mayores a nivel local.

Asimismo, la validez externa del instrumento solo será aplicada al segmento poblacional estudiado. Sin embargo, los resultados pueden servir de referencia para futuras investigaciones con poblaciones similares.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo.

1.5.2. Objetivos específicos

- Establecer la validez interna mediante la correlación ítem – test de La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo, La Libertad.
- Identificar la confiabilidad por consistencia interna a través del Alfa de Cronbach de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Trujillo, La Libertad.
- Elaborar las normas percentilares de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Trujillo, La Libertad.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

a) Antecedentes

Zhou K, et. al. (2015) realizaron una investigación en Xi'an – China, cuyo objetivo fue determinar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en pacientes con tratamiento de metadona. Para la investigación 1212 pacientes de las dos más grandes clínicas de MMT en Xi'an fueron reclutados. En cuanto a los resultados, se obtuvo la confiabilidad a través del alfa de Cronbach, cuyo resultado para la escala general fue de 0.92 (las subescalas obtuvieron entre 0.84 y 0.89). El ICC (correlación intra clase) del MSPSS en general fue de 0.65 (subescalas entre 0.57 y 0.64). Una mejor validez convergente ($r \geq 0,40$) fue demostrada por la correlación subescala de hipótesis satisfactoria. Dos factores fueron extraídos de los 12 items, con el factor uno cubriendo principalmente las subescalas de amigos y otros significativos (explicando una varianza de 55.56%) y el segundo factor cubriendo primordialmente la subescala de familia (explicando una varianza de 11.77%). En comparación con el modelo de 3 subescalas propuesto, el modelo de 2 escalas observado no encajó adecuadamente con éste ejemplo de acuerdo con los índices de ajuste del modelo. En conclusión el MSPSS tiene una confiabilidad adecuada y validez de convergencia y discriminación en los pacientes de MMT en China.

Mientras, Ortiz, P. & Baeza, R (2011) realizaron un estudio en la ciudad de Temuco, Chile que tuvo por objetivo estimar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en una muestra de 76 pacientes diabéticos tipo 2. La escala total presenta una consistencia interna de .084. Se condujo un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax, obteniéndose los tres factores propuestos por los autores, que en conjunto explican el 66.8% de la varianza. Asimismo, en cuanto a la validez de los resultados alcanzados sugieren que esta escala posee adecuadas propiedades psicométricas para su utilización en población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Por otro lado, Wongpakaran, T.; Wongpakaran, N. y Ruktrakul, R. (2011) realizaron una investigación sobre las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) en Tailandia, en donde un total de 462 participantes fueron reclutados, 310 estudiantes de medicina de la Universidad Chiang Mai y 152 pacientes psiquiátricos. Ellos completaron la versión Tailandesa del MSPSS, el Inventario de Rasgos de Ansiedad (STAI), La escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) y el Inventario de Depresión Tailandés (TDI). La confiabilidad de test-retest fue conducida por un periodo de 4 semanas. El análisis factorial produjo soluciones trifactoriales para ambos, los pacientes

psiquiátricos como los grupos de estudiantes, así mismo el modelo en general demostró que encajaba adecuadamente. La puntuación total media y las puntuaciones de sub escalas para los estudiantes fueron estadísticamente mayores que aquellas de los pacientes psiquiátricos, excepto para el factor “otros significativos”. La consistencia interna de la escala fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.91 para los estudiantes y 0.87 para los pacientes. Luego del retest de 4 semanas para confiabilidad, el coeficiente de correlación intra-clase (ICC) se encontró que era de 0.84. La versión tailandesa del MSPSS obtuvo una correlación negativa con el STAI y el TDI, pero positiva con el RSES.

Asimismo, Arechabala, C & Miranda, C (2002) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet et al. (1988) en adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión. Con este fin, se realizó una aplicación piloto a 12 adultos mayores, la que mostró que era necesario realizar adaptaciones en el instrumento. Luego, se aplicó el instrumento adaptado a 76 adultos mayores de la Región Metropolitana de Chile, utilizando el programa SPSS para el análisis estadístico, el cual mostró que el comportamiento de los ítems permitía aplicarla en su versión original. Es así que se pudo determinar que los ítems discriminaron adecuadamente puesto que arrojaron un puntaje por encima de 0.30 en la correlación ítem – test. Por otro lado, se realizó el análisis factorial de tipo exploratorio y dio como resultado un modelo de dos factores, el cual es apoyado por la rotación oblicua y el análisis factorial confirmatorio. Finalmente en lo concerniente a la confiabilidad total del instrumento que fue calculado a través del coeficiente Alfa de Cronbach se obtuvo .86 para la escala total; y para las áreas “Familia – Otros Significativos” y “Amigos” arrojó un Alfa de Cronbach de .86 y .88 respectivamente.

Finalmente, Zimet, Dahlmem, Zimet y Farley (1988) realizaron una investigación en la que se describe el desarrollo de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Para ello se incluyeron 136 mujeres y 139 varones de la universidad de Duke de Carolina del Norte, Estados Unidos. Se identificaron tres subescalas, cada una dirigiéndose a una fuente diferente de apoyo, y se encontró que tenían una elevada validez factorial: “Familia”, “Amigos”, y “Otros Significativos”. Finalmente, en cuanto a la confiabilidad por consistencia interna se obtiene un Alfa de Cronbach de .88 para la escala total; y para las áreas “Familia”, “Otros Significativos” y “Amigos” se alcanzó un Alfa de Cronbach de .87, .91 y .85, respectivamente mostrando un elevado nivel de confiabilidad. Asimismo, se aplicó el método test –retest a 39 mujeres y 30 hombres obteniendo .72, .85 y .75 en “Otros significativos”, “Familia” y “Amigos” respectivamente, evidenciando una adecuada consistencia interna y adecuada estabilidad a lo largo del tiempo

b) Bases teóricas

Apoyo social

1. Delimitación conceptual:

El apoyo social es un tema que ha sido estudiado a profundidad por otros investigadores; no obstante han surgido tantas definiciones del mismo que en la actualidad es difícil delimitarlo conceptualmente (Turner & Helms, 1994). A pesar de ello, varios autores concuerdan en que consiste en cierto tipo de transacción en una relación entre individuos cuya naturaleza difiere según el contexto. Es decir, este dependerá del significado que las personas implicadas le otorguen.

Existen múltiples definiciones de apoyo social. Por ejemplo en Peiró y Salvador (1993), se enumeran diversas definiciones, como la de Caplan (1975) que lo define como la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas, Cobb (1976) lo considera como la información que permite a las personas creer que se preocupan de ellos y les quieren; son estimados y valorados y que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Posteriormente, House (1981) describe que el apoyo social es la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas y Thoits (1982) señala que es el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con el entorno próximo. Finalmente, quien conceptualiza mejor esta variable, son Lin, Dean y Ensel (1986) que consideran que el apoyo social tiene que ver con las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. En esta última se describe de manera más amplia el concepto de apoyo social, dado que se toman en cuenta todas las dimensiones implicadas e importantes para esta investigación.

En la misma línea, Gottlieb (1993) concibe al apoyo social como la información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosas en el receptor. En última instancia ambas concepciones hacen hincapié en las ventajas o beneficios que tal apoyo supone no solo para la salud física sino que consecuentemente, con la salud emocional.

Finalmente, Gallar (2006) considera que en un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una

determinada crisis, como pueden ser, una enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, entre otros. En la misma línea, Lin (1986) muestra una perspectiva que concibe al apoyo social como las provisiones expresivas objetivas o percibidas brindadas por la comunidad, redes sociales y compañeros confiables,

Por otro lado, se sabe que el apoyo social cumple ciertas funciones dentro de la vida del ser humano, es así que se ha generado cierta polémica respecto a las distintas formas como el apoyo social podría influir en las experiencias de estrés. Por ejemplo, unas de ellas tiene que ver con el cambio que se da en la apreciación subjetiva del estresor, la modificación en las estrategias de afrontamiento, el incremento de la motivación y/o la autoestima, y por último, la alteración del estado de ánimo, contribuyendo a que el estresor afecte menos (Peiró & Salvador, 1993).

Más allá de todas las definiciones, el estudio del impacto del apoyo social en la vejez, tiene ciertas peculiaridades producto de las características distintivas de este grupo etéreo, como por la mayor probabilidad de que este grupo pierda relaciones sociales, producto de sucesos característicos de esta edad como son, la jubilación, viudez, institucionalización, entre otros; y además, por características personales tales como la salud o escasos recursos educativos, que es lo que haría pensar que los adultos mayores cuentan con menores posibilidades de recibir el apoyo social necesario para afrontar los diversos acontecimientos estresantes (Fernández-Ballesteros et. al, 1992), hecho alarmante en la medida que lo necesitan para hacer frente al deterioro propio de esta edad (Barros, 1996a).

En función de lo mencionado en el párrafo anterior, es preciso mencionar que habrían razones para suponer que la experiencia de la jubilación y/o separación de sus grupos de interés afecte mayormente a los varones, en la medida que es este subgrupo el que mayoritariamente deja de trabajar remuneradamente, siendo ellos quienes enfrentan de una manera más intensa esta pérdida (Meyer, Muñoz, Ortiz & Parada, 2002), y contando además con menos redes de apoyo (Weber, 1998).

A pesar de estar comprobada una disminución en la actividad social de los adultos mayores a causa de la pérdida de relaciones sociales importantes como la viudez o el hecho de que la familia se extienda y/o se separen físicamente, diversos estudios realizados en países distintos culturalmente demuestran lo escaso del sector de adultos mayores que no cuenta con alguna persona que le preste ayuda diaria, aun cuando hay diferencias en cuanto a quién se recurre. Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, los adultos suelen acudir con mayor frecuencia a los vecinos, mientras que los europeos buscan más apoyo emocional en sus hijos que sus contrapartes africanos o asiáticos (Fleishman & Shmueli, 1984). En cuanto

a nuestra realidad nacional, se percibe como más viable el recurrir a familiares directos, como son los hijos.

En general, tiende a pensarse que producto de las pérdidas sufridas, los adultos mayores cuentan con redes sociales integradas por un número menor de miembros que los individuos más jóvenes (Minkler, 1985 en Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Una investigación realizada por Antonucci y Akiyama (1987), llegó a la conclusión de que no existen diferencias entre los distintos grupos de edad en el número de relaciones sociales mantenidas. Se encontró que la familia es la fuente de apoyo más común en todos los grupos etáreos, pero los adultos mayores informaron contar con un número mayor de amigos en su red social en comparación con los demás grupos más jóvenes.

1.1 Apoyo social percibido

Por otro lado, al hablar de manera específica sobre el apoyo social percibido, se tiene que este forma parte del constructo de apoyo social, y se determina de acuerdo a la experiencia subjetiva que es vivenciada por la persona, esta se puede evidenciar luego de haberse efectuado una experiencia de apoyo social real o recibido; es decir, existe primero una dimensión objetiva, que se experimenta en transacciones verídicas de apoyo respecto a un individuo, y posteriormente una dimensión subjetiva que es evaluada por el individuo que recibe la ayuda.

Ambos procesos influyen en el bienestar de la persona; sin embargo, si bien el apoyo real resulta útil circunstancialmente como herramienta para adaptarse y sobrellevar la situación estresante, es el apoyo percibido, que se experimenta después, el que genera una sensación de bienestar estable debido a que se caracteriza por la valoración consciente de estar enlazado de forma confiable con otros.

En la misma línea, el apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros (personas del entorno próximo, familia, amigos, compañeros) y los recursos que con evaluados de manera subjetiva en términos de disposición y satisfacción. Esta percepción se evalúa al cuestionar en qué medida se cree que se dispone de apoyo social. Evidentemente, esta valoración puede estar sujeta a diferentes cambios debido a la estructura mental de cada individuo; sin embargo, se cree que puede llegar a un nivel objetivo en cuanto se evalúen determinadas conductas de apoyo, como ser escuchado, el préstamo de dinero, etc.

Existe una marcada controversia según los efectos tanto del apoyo real como del percibido en relación con el bienestar que generan. De acuerdo a esto se han generado dos hipótesis validadas científicamente. La primera de habla de efectos directos, argumentando que a mayor apoyo social percibido se presenta menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social se encuentra mayor presencia de trastornos; esto indicaría que el apoyo social genera bienestar tanto en una situación estresante, como en ausencia de ésta, en otras palabras actuando independientemente de la presencia de estresores.

La segunda es de efectos indirectos, en ésta se argumenta que el apoyo social se presenta más como un efecto amortiguador frente a situaciones estresantes, es decir que de carecer o presentar un nivel bajo de apoyo social, éstos estresores generarán efectos negativos; sin embargo en ausencia de estresores sociales, el apoyo social percibido no influiría en el bienestar de la persona, es decir tiene un papel activo de moderación únicamente en situaciones estresantes.

Así mismo, estos dos efectos a pesar de aparentar ser opuestos como parte de la comunidad científica asume, pueden darse simultáneamente. Esto es debido a que mientras exista un nivel estable de apoyo social percibido, la presencia de un mayor apoyo social no influiría en situaciones normales, excepto en las estresantes, no generando, por ende mayor bienestar; sin embargo causando estragos en caso éste se desestabilice, generando de por sí estrés social.

Además, se ha podido encontrar que algunas características individuales ejercen gran influencia en el apoyo social percibido, puesto que a que al ser de origen subjetivo, una persona con características como optimismo, alta autoestima o buenas habilidades sociales percibe mayor nivel de apoyo social, refieren sentirse más satisfechos con éste y son más objetivos y tolerantes al afrontar dificultades en torno a sus redes de apoyo, mientras que el pesimismo, negatividad o ánimo deprimido suele generar una menor percepción de apoyo social.

En ambos casos, los beneficios de percibir un nivel de apoyo social adecuado permiten a las personas implicadas, aceptar consejos, soluciones y/o aportes benéficos que ayudan a la resolución de problemas, lo que al mismo disminuye la respuesta del sistema neuroendocrino y colaboran a que la persona sea menos reactiva al estrés y en todo caso, pueda afrontarlo.

Al haber expuesto un panorama acerca de la percepción del apoyo social, cabe resaltar que para esta investigación se ha optado por utilizar la definición de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988), que describen al apoyo social percibido como la percepción subjetiva del individuo respecto a la adecuación de los recursos de afrontamiento proporcionados por la red social.

1.2 Funciones del apoyo social

Algunos autores han analizado las funciones que desempeñan determinadas relaciones para el sujeto, consideradas como proveedoras de apoyo y el ámbito en que ese apoyo se produce. Estas pueden ser el plano afectivo, el plano cognitivo y el plano conductual. El tipo de apoyo más útil depende del problema con el que se enfrenta el individuo y por el cual es apoyado. Por ejemplo, tras la pérdida de una persona significativa, el apoyo emocional y tangible es muy relevante pero posteriormente son más necesarios los contactos sociales que faciliten la participación social.

Desde esta perspectiva funcional del apoyo social y siguiendo la clasificación que aparece en la mayoría de las taxonomías reconocida por casi todos los autores, podemos distinguir entre apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo material. El plano afectivo corresponde a la función expresiva; el plano cognitivo podría albergar lo que numerosos autores denominan apoyo informacional, consejo o guía; el plano conductual, por último, posibilitaría el apoyo conductual que puede incluir ayuda financiera, ayuda material o servicios. El apoyo informacional o estratégico y la ayuda material o tangible, serían funciones instrumentales. En cuanto al apoyo emocional, afectivo o expresivo, este se refiere al uso de las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas como un medio a través del cual el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas; es decir, compartir sentimientos, sentirse querido, valorado y aceptado por los demás. La función expresiva deriva de acciones expresivas, acciones que el individuo realiza y cuyo fin está en ellas mismas. El apoyo emocional supone un aumento de la autoestima al sentirse valorado y aceptado por los demás. Este tipo de apoyo desempeña un papel muy importante sobre todo en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar.

Lowenthal y Haven (1968) demostraron por primera vez el papel de un confidente para aumentar el bienestar y prevenir la depresión entre las personas de más edad. Strain y Chappel (1982) sugirieron que las relaciones sociales con semejantes no pertenecientes a la familia son fundamentales y que la relación de confianza podía ser más importante para la calidad de vida y el bienestar que la cantidad de interacciones con familiares y amigos.

Asimismo, el apoyo informal o estratégico tiene que ver con el consejo o información que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas por resolver. No es fácil en ocasiones separarlo del apoyo emocional, ya que recibir consejo puede ser percibido por el receptor como expresión de cariño y preocupación por él.

Finalmente, en cuanto al apoyo material, tangible o instrumental, este se refiere a la prestación de ayuda material directa o algunos servicios. Es muy efectivo cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada pero puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de 'estar en deuda'. El apoyo instrumental hace referencia al uso de las relaciones sociales como un medio para conseguir objetivos y metas (ayuda en el hogar o acompañamiento para visitar al médico). La función instrumental (también llamada material o tangible) deriva de actos instrumentales, es decir, actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlos. El apoyo instrumental se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades sociales y poder dedicarse a un mayor crecimiento personal.

1.3 Efectos curativos del apoyo social

Los investigadores se han interesado en los procesos y mecanismos por los que las relaciones sociales afectan positivamente a la salud y el bienestar (Sarason, Sarason y Pierce, 1989). El apoyo social se relaciona con distintas enfermedades bien a través de su influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos o bien por su efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos.

Se ha hablado de dos efectos del apoyo social en la salud: el efecto directo y el efecto amortiguador. La literatura científica basada en el efecto directo del apoyo social sugiere que las personas están protegidas o preparadas positivamente para enfrentarse con un evento estresante por las relaciones de apoyo que poseen previas a su ocurrencia. La asociación positiva entre apoyo social y bienestar se atribuye a un efecto beneficioso global del apoyo social.

Según la hipótesis del efecto directo o principal, a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes.

Por otro lado, se ha comprobado también que los efectos percibir apoyo social a un nivel adecuado inciden directamente en la estabilidad emocional del adulto mayor; así también impacta en la percepción que tiene de sí mismo, la autoeficacia para realizar cualquier tipo de actividad y la salud física en sí.

La literatura científica basada en el efecto amortiguador del apoyo social sugiere que las relaciones sociales ayudan a las personas en el afrontamiento de crisis durante los eventos y tras ellos. La hipótesis del efecto amortiguador o protector afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Según esta hipótesis, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar; su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés.

Algunos autores (Antonucci y Jackson, 1990) diferencian incluso entre la relación entre apoyo social y salud física, y apoyo social y salud mental. Las relaciones sociales próximas tienen funciones protectoras contra la enfermedad (Cassel, 1974); pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces sustituir la red asistencial pública; el apoyo social puede disminuir la necesidad de hospitalización o el tiempo de permanencia en el hospital (Wan y Weisser, 1981); prevenir o posponer la necesidad de institucionalización y disminuir la necesidad de servicios sociales u oficiales; aumentar la adhesión a un régimen médico (Caplan, 1976); y aumentar la probabilidad de que un individuo intente practicar y mantener conductas de salud preventiva (Cohen y Syme, 1985).

2. El adulto mayor

De acuerdo con la información recaudada, se ha podido connotar dos clasificaciones del adulto mayor relevantes. La primera propuesta por Robert J. y Cavanaugh K., en la que se los clasifica en tercera edad (de los 60 a los 80 años) y en la cuarta edad (80 años a más).

La tercera edad vendría a ser la edad de las “buenas noticias”, caracterizada por el aumento de la esperanza de vida: estos ancianos viven más tiempo y envejecen exitosamente, las grandes posibilidades de salud física y mental, que mejora en las generaciones sucesivas, la evidencia de reservas cognitivas y emocionales en la mente que envejece. Un gran bienestar personal y emocional. Y el contar con estrategias idóneas para dominar los aspectos positivos y negativos de la senectud.

La cuarta edad se denominaría la edad de las “malas noticias”, caracterizada por una considerables pérdidas de la capacidad cognoscitiva y la de aprender, el aumento de los efectos negativos del estrés crónico, la elevada frecuencia de demencia (50% en personas mayores de 90 años), fragilidad y múltiples padecimientos crónicos y finalmente los problemas con la calidad de vida y con una muerte digna.

La segunda clasificación vendría a ser la propuesta en el libro de Papalia D., denotando al “viejo joven”, “viejo viejo” y “viejo de edad avanzada”.

Se menciona un envejecimiento primario, que es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años, de manera independiente de lo que la gente haga para evitarlo. El envejecimiento secundario consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente. Al comer de manera sensata y mantenerse en buenas condiciones físicas durante la edad adulta, muchas personas evitan los efectos secundarios del envejecimiento.

La salud y la longevidad están vinculadas con la educación y otros aspectos de la posición socioeconómica. En un estudio longitudinal realizado durante 60 años de 237 estudiantes de Harvard y 332 jóvenes urbanos pobres, la salud de los hombres pobres se deterioró con mayor rapidez a menos que hubieran terminado la universidad. Algunos predictores de la salud física y mental y de la duración de la vida estaban fuera del control del individuo: clase social de los padres, cohesión en la familia en la niñez, longevidad ancestral y temperamento en la niñez. Pero otros predictores además de la educación superior, eran controlables, al menos en parte: abuso del alcohol, tabaquismo, índice de masa corporal, ejercicio, estabilidad matrimonial y mecanismos de afrontamiento.

En la actualidad, los científicos sociales que se especializan en el estudio del envejecimiento se refieren a tres grupos de adultos mayores: el “viejo joven”, el “viejo viejo” y el “viejo de edad avanzada”. De manera cronológica, el viejo joven por lo general se refiere a personas entre 75 y 74 años, que usualmente son activas, vitales y vigorosas. Es más probable que el viejo viejo, entre los 75 y 84 años, y que el viejo de edad avanzada, de 85 años en adelante, sean frágiles y enfermizos y que tengan dificultades para controlar las actividades de la vida diaria.

2.1 Teorías biológicas del envejecimiento.

Hay cuatro grandes grupos de teorías biológicas del envejecimiento. La teoría de deterioro y desgaste propone que el cuerpo, igual que cualquier máquina, se deteriora gradualmente hasta que termina por desgastarse totalmente. Explica bastante bien algunas enfermedades como la osteoartritis. Por largos años de uso de las articulaciones se desgasta el cartílago que las recubre, ocasionando dolor y rigidez. Pero esta teoría no explica tan bien otros muchos aspectos del envejecimiento.

Las teorías celulares explican el envejecimiento concentrándose en los procesos que ocurren dentro de las células y que pueden hacer que se acumulen sustancias nocivas o que las células se deterioren con una larga vida.

Una segunda familia de teorías se centra en el nivel celular para explicar las causas del envejecimiento. Para una de ellas, el número de veces que las células pueden dividirse impone un límite al ciclo vital de un organismo complejo. Las células cultivadas en el laboratorio pasan por un número fijo de divisiones antes de morir; el número de las divisiones disminuye según la edad del organismo donador; a este fenómeno se le llama límite de Hayflick. Por ejemplo las células del tejido de un feto humano pueden dividirse de 40 a 60 veces; las del adulto apenas unas 20 veces. ¿A qué se debe que el número de divisiones sea limitado? La evidencia indica que los extremos de los cromosomas, llamados telómeros, cumplen una función importante. La encima telomerasa se necesita en la replicación del ADN para reproducir totalmente los telómeros. Pero con cada replicación se acortan, pues normalmente las células no contienen telomerasa. Con el tiempo los cromosomas se vuelven inestables y no logran replicarse porque los telómeros son demasiado cortos. Según algunos investigadores, en algunos casos las células cancerosas proliferan con tanta rapidez que activan la telomerasa; en otras palabras pueden lograr la inmortalidad funcional y apoderarse del sistema orgánico.

Otras teorías celulares ponen de relieve los efectos destructivos que ciertas sustancias tienen en el funcionamiento celular. Por ejemplo algunos piensan que el daño celular que deteriora el funcionamiento se debe a los radicales libres, sustancias químicas producidas de manera aleatoria durante el metabolismo celular normal, que se une con facilidad a otras sustancias del interior de la celular. El envejecimiento se debe a los efectos acumulados de los radicales libres durante el ciclo vital. Intervienen en algunas enfermedades como la aterosclerosis y el cáncer. La formación de los radicales libres puede prevenirse mediante los antioxidantes. Se sabe que administrando antioxidantes, como las vitaminas A, C y E se retrasa la aparición de enfermedades relacionadas con la edad; pero no está comprobado

que aumente la longevidad promedio. Otra teoría celular se centra en el enlace cruzado, en que algunas proteínas interactúan al azar con determinados tejidos celulares, entre ellos los músculos y las arterias. El tejido elástico se endurece a causa del enlace; así que con el tiempo músculos y arterias serán menos flexibles. Los resultados pueden ser serios en algunos casos; por ejemplo, el endurecimiento del músculo cardíaco obliga al corazón a trabajar más y esto a su vez, aumenta el riesgo de ataques cardíacos. Aunque sabemos que estas sustancias se acumulan, hay poca evidencia de que el enlace cruzado cause algunos aspectos del envejecimiento.

Las teorías metabólicas se centran en algunos aspectos del metabolismo corporal para explicar el envejecimiento. Dos procesos importantes son la ingestión de calorías y el estrés. Se sabe que quienes limitan las calorías que ingieren en una dieta bien balanceada viven más largo tiempo y sufren menos enfermedades. Así los habitantes de Okinawa, que consumen apenas 60% de la dieta japonesa normal, tienen 40 veces más personas de 100 años per cápita y la incidencia de enfermedad cardiovascular, de diabetes y cáncer es la mitad que el resto de Japón. Aún no se comprueba si el tipo de dieta o el número de calorías son el secreto. Según otra variante de la teoría metabólica, disminuye la capacidad del sistema regulatorio hormonal para adaptarse al estrés. Muchas investigaciones indican que los adultos jóvenes toleran niveles más altos de estrés que los adultos mayores. Es posible que la muerte se deba a que el organismo ya no logra adaptarse al estrés.

Las teorías de la muerte celular programada establecen que el envejecimiento es un proceso genéticamente programado. Es una posibilidad que va cobrando fuerza conforme la explosión del conocimiento de la genética humana sigue develando los secretos del código genético. Aun cuando la muerte celular parezca aleatoria, hoy los investigadores creen que puede formar parte de un programa genético maestro. La muerte celular programada sería una función de los procesos fisiológicos, de la capacidad innata de las células para autodestruirse y de la capacidad de las moribundas para desencadenar procesos básicos en otras. En el momento actual, desconocemos cómo se activa el programa autodestructor y su funcionamiento. Pese a ello, el conocimiento de la muerte celular programada es indispensable para entender como los genes y los procesos fisiológicos interactúan con los factores psicológicos y socio culturales para causar el envejecimiento.

La teoría del desgaste sostiene que el cuerpo envejece como resultado del daño acumulado por el sistema más allá de la capacidad de repararlo. Se cree que a medida que las células envejecen son menos capaces de reparar o reemplazar los componentes dañados. Los estresores internos y externos pueden agravar el proceso de desgaste.

La teoría autoinmune sugiere que el sistema inmunológico que envejece puede “confundirse” y liberar anticuerpos que atacan las propias células del cuerpo. Se cree que este mal funcionamiento, llamado autoinmunidad, es responsable de algunas enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Una parte del proceso es la forma en que se regula la muerte celular. De manera normal, este proceso está genéticamente programado. Sin embargo, cuando los mecanismos para la destrucción de las células innecesarias funcionan mal, la falla en la eliminación produce apoplejía, enfermedad de Alzheimer, cáncer o enfermedad autoinmune. En ocasiones el mal funcionamiento es disparado por la exposición a “ataques” ambientales como la exposición a rayos ultravioleta, rayos X y quimioterapia. Por otro lado la muerte de células necesarias puede causar problemas. La creciente receptividad de las células T a señales de autodestrucción, ayuda a explicar el debilitamiento del sistema inmunológico envejecido.

En el libro de Papalia D., se clasifica a las teorías autoinmune, de la tasa de vida, de los radicales libres y del desgaste como teorías de tasa variable, o incluso teorías del error.

2.2 Salud en la edad tardía

La mayoría de los ancianos tienen una o más condiciones físicas crónicas o discapacidades. Dichas condiciones se hacen más frecuentes con la edad; pero cuando una condición no es severa, usualmente es manejada de manera que no interfiera con la vida diaria.

La proporción de ancianos con discapacidades físicas ha disminuido desde mediados de la década de 1980. Solo alrededor de 14% tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria, como vestirse, comer, bañarse y moverse alrededor de la casa. Las discapacidades se incrementan de manera considerable con la edad; casi tres cuartas partes de las personas de 80 años y más reportan al menos una discapacidad, y más de la tercera parte requiere asistencia debido a las discapacidades.

Es evidente que todo ello, puede ser contrarrestado con la vivencia de mejores estilos de vida tales como una dieta saludable, una rutina diaria de ejercicios acorde a su edad, una adecuada alimentación rica en vitaminas y nutrientes necesarios para el adulto mayor y sobre todo teniendo un respaldo emocional activo y que ejerza un rol de soporte ante situaciones imprevistas y de riesgo frente a las características y singularidades que se deben tener en cuenta durante el cuidado de esta población.

2.3 Influencias en la salud

2.3.1. Actividad Física

Un programa permanente de ejercicio, previene muchos cambios físicos asociados con el “envejecimiento normal”. El ejercicio regular fortalece el corazón y los pulmones y disminuye el estrés. Además, protege contra la hipertensión, el endurecimiento de las arterias, la enfermedad cardíaca, la osteoporosis y la diabetes. Ayuda a mantener la velocidad, el vigor, la fortaleza y la resistencia y funciones básicas como la circulación y la respiración. También reduce la posibilidad de lesiones al hacer más fuertes y flexibles las articulaciones y los músculos, ayuda a prevenir o a aliviar el dolor de la parte baja de la espalda y los síntomas de artritis. Al mejorar el estado de alerta mental y el desempeño cognoscitivo, ayuda a aliviar la ansiedad y la depresión ligera, y a menudo aumenta la moral. En la gente con enfermedad pulmonar y artritis ayuda a mantener la independencia. La inactividad contribuye a enfermedades crónicas importantes como la enfermedad cardíaca, la diabetes, el cáncer de colon y la alta presión sanguínea, así como a la obesidad.

2.3.2 Nutrición

Muchas personas ancianas no comen tan bien como deberían, sea por la disminución de los sentidos del gusto y el olfato, problemas dentales, dificultad para comprar y preparar los alimentos o un ingreso inadecuado. Muchos viven solos y quizá no sientan deseos de preparar alimentos nutritivos para una sola persona. Los estudios han encontrado evidencia de desnutrición o deficiencias dietéticas específicas en las dietas de muchos ancianos, especialmente la falta de zinc, vitamina E, magnesio y calcio y el consumo excesivo de grasas.

Cada vez más ancianos están conservando sus dientes naturales, pero existen marcadas diferencias por raza y posición socioeconómica. La pérdida de dientes debida a las caries o a la periodontitis, que a menudo se atribuyen al cuidado dental poco frecuente, tienen serias implicaciones para la nutrición.

La nutrición juega un papel en la susceptibilidad a enfermedades crónicas como la arterosclerosis, la enfermedad cardíaca y la diabetes. Comer frutas y vegetales, en especial los que son ricos en vitamina C, cítricos y jugos, vegetales verdes frondosos, brócoli, col, coliflor y col de Bruselas, disminuye el riesgo de apoplejía. La deficiencia de vitamina D incrementa el riesgo de sufrir fractura de cadera.

2.3.3 Sueño

Al llegar a una edad avanzada, los patrones de sueño cambian. Existen dificultades para conciliar el sueño, las personas adultas mayores se despiertan con más frecuencia durante la noche y se levantan más temprano por la mañana. Ello acarrea diversos síntomas como un estado de mal humor, cansancio y fatiga al día siguiente. Cabe mencionar que lo descrito

se presenta como primeros síntomas; sin embargo, con el pasar del tiempo y si aumenta la frecuencia de este fenómeno, ello podría traer problemas más graves tales como insomnio, que es uno de los más frecuentes. Asimismo, podrían presentarse diferentes trastornos del sueño como el síndrome de las piernas inquietas, narcolepsia o hipersomnio.

3. Las redes de apoyo social en el adulto mayor

Las redes de apoyo tienen un importante significado para la calidad de vida de los adultos mayores. Esto no solo es porque se perciben posteriormente mejoras en el plano material e instrumental; sino que también su repercusión es en el ámbito emocional. Siendo este el que mayor impacto genera en la persona. La presencia o ausencia de esa red pronostica el nivel de autonomía, autoeficacia y bienestar del adulto mayor (Hooyman, 1988).

Las fuentes de apoyo que se reciben pueden ser tanto formales como informales. El sistema formal de apoyo posee una estructura burocrática (Sanchez Ayendez, 1994). Es brindado a través de las políticas públicas que se traducen en programas regulares de prestación de servicios, otorgamiento de subsidios, acciones específicas o prestaciones sociales (Barros, 1994). Mientras que las fuentes informales están constituidas por las redes personales y comunitarias no estructuradas bajo ningún régimen específico ni burocrático. Es decir, pueden ser parte de ello, los amigos, familiares, vecinos y/o algunas organizaciones comunitarias (Sanchez, 1996)

Las redes informales personales se estructuran sobre la base de contactos más o menos frecuentes y de relaciones significativas desarrolladas por un período más o menos largo o durante toda la vida (Antonucci y Akiyama, 2001).

Al hablar de la familia, ésta se percibe como la primera red de soporte frente a las adversidades; no obstante, el grupo de los vecinos también supone una fuente importante; sobre todo para adultos mayores quienes se encuentran alejados de sus familiares y que tienen redes limitadas. En cuanto a los amigos, ellos son quienes pueden suplir la ausencia de una familia, convirtiéndose en esa primera fuente de soporte y apoyo emocional.

Con la finalidad de que se den este tipo de redes de apoyo formales, es indispensable contar con el espacio físico que provea bienestar al adulto mayor. Para ello se tiene en mente, diversos métodos y/o estrategias que suman a todo un programa detrás. El hecho de pertenecer a una organización de adultos mayores contribuye al mantenimiento de la autonomía, al aumento de la autoestima, tiene efecto en la identidad social y el sentido de pertenencia así como también contribuye al intercambio de información, proporciona

compañía y afectos (Barros, 1991). Constituye un espacio de libertad personal, de cuidado de sí mismo, un encuentro afectivo, un espacio de compañía y un espacio de seguridad.

Por todo lo mencionado es importante adecuar las condiciones en las que vive esta población a fin de brindar también un mayor cuidado de sus relaciones interpersonales, pues se encuentra evidencia de que esto sugiere un gran soporte al momento de enfrentar diversas dificultades propias de esa etapa.

3.1 Bienestar y apoyo social

Como ya se mencionó párrafos atrás, es indiscutible ahora la preocupación que conlleva el panorama descrito en relación con la calidad de las condiciones de vida a las que se someterá la población de adultos mayores. Tanto a nivel micro y macro; se está evaluando mejorar las condiciones que tienen que ver con el bienestar de la población en mención, es así que se ha llegado a la pregunta de sí el aumento en los años de vida van acompañados de aumentos en los años de vida saludable.

Estas preocupaciones se relacionan con la necesidad de estudiar no solamente los sistemas de protección social con que cuentan las personas mayores, su independencia financiera y su estado de salud sino también la apreciación individual y valoración de estas condiciones en lo personal. Dado ello, ha surgido con fuerza los conceptos de bienestar y calidad de vida de las personas mayores (National Research Council, 2001), como una combinación óptima de factores objetivos y subjetivos. Diferentes autores señalan que el concepto de calidad de vida es multidimensional, incluye factores subjetivos y objetivos. Ello implica que habrá que contemplar factores personales como la salud, autonomía, satisfacción, etc., así como también factores socio-ambientales; por ejemplo, redes de apoyo, servicios sociales, entre otros (National Research Council, 2001; Palomba, 2002).

Diversas investigaciones en diferentes lugares señalan la importancia y los efectos positivos de la presencia de redes de soporte y como estos influyen de manera positiva en la calidad de vida de las personas, y de manera especial, en los adultos mayores; quienes son más propensos a sufrir diferentes eventualidades en el ámbito emocional a causa de la ausencia de lo mencionado (Pillemer et al, 2000).

Los autores sostienen que los apoyos sociales, promueven el bienestar entre las personas mayores y sus familias y mencionan las vías a través de las cuales estos efectos se producen. Por un lado, por la reducción de los sentimientos de aislamiento e indirectamente a través de la promoción de conductas saludables que provoca un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y el bienestar y a través de los apoyos emocionales directos.

En el campo de la salud donde la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido más analizada, Antonucci y Akiyama (2001) en un balance de las evidencias empíricas en esta área concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. Asimismo, mencionan que las relaciones de calidad pueden tener efectos en los niveles de depresión y también impactan la frecuencia de enfermedades y la respuesta inmunológica. Varios hallazgos epidemiológicos han documentado “la relación positiva entre apoyo social y la morbilidad/mortalidad utilizando medidas relativamente grandes de apoyo social” (Berkman, 1984), Blazer (1982) observó que “la mortalidad estaba inversamente relacionada con el apoyo social en un estudio longitudinal de individuos de más de setenta años”. También se ha documentado sobre la relación positiva entre apoyo social y salud física, incluyendo la “salud específica de los ancianos” (Kahn 1979, Kasl y Berkman, 1981, Parkes y Pilisuk, 1981, en Antonucci y Jackson, 1987). Lo mismo ocurre con la salud mental (Heavy, 1983). Sánchez (1990) al hacer referencia a la situación de los mayores discapacitados nos señala que “la familia, amigos y vecinos proveen aproximadamente el 80% de los servicios de apoyo que necesitan los ancianos impedidos” e investigaciones acerca de la familia y los mayores “han demostrado ampliamente que la familia es la que provee la mayor parte de los servicios de cuidado de la salud a ancianos con discapacidad física y mental (Townsend, 1965 en Sánchez 1990). Miguel Krassoievitch (1998), por su parte, ha mencionado que es un hecho demostrado que las personas que reciben un mayor apoyo social en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participación en actividades sociales, gozan de mejor salud.

El impacto positivo en la salud es mayor cuando la actividad que realiza la persona mayor es significativa y no se limita a una asistencia pasiva. Esta información es consistente con algunos hallazgos en los cuales señalan la relación negativa entre redes sociales y mortalidad (Berkman y Syme, 1979; citado en Chappell, 1992) o la relación negativa entre hospitalización y redes sociales (Lubben et al, 1989; citado en Chappell, 1992). Sin embargo, anota el mismo autor que es necesario subrayar que la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva que cada persona hace de este apoyo.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

1.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS – nro ítems
Apoyo social Percibido	"Percepción subjetiva del individuo respecto a la adecuación de los recursos de afrontamiento proporcionados por la red social" (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).	Puntuaciones obtenidas en la Escala de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988) de 12 ítems que describen la percepción de apoyo social en dos dimensiones; familia -otros significativos y amigos.	Familia - Otros Significativos	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo la seguridad de que mi familia realmente trata de ayudarme (1) • Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero (2) • Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia (3) • Mi familia me ayuda a tomar decisiones (4) • Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar (5) • Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar (6) • Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito (7) • Hay una persona que se interesa por mis sentimientos (8)
			Amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Mis amigos realmente tratan de ayudarme (9) • Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas (10) • Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos (11) • Puedo conversar de mis problemas con mis amigos (12)

Aplicación de la escala de Likert con 1: nunca o casi nunca; 2: a veces; 3: con frecuencia; 4: siempre o casi siempre.

1.2 Diseño de investigación

No experimental – Instrumental. (Montero y León, 2002)

Estudio	T1
M	O

Dónde:

M: Asistentes de un centro de adulto mayor en Trujillo.

O: Apoyo social percibido

1.3 Unidad de estudio

La unidad de estudio para la presente investigación, es un adulto mayor inscrito en un Centro del Adulto Mayor.

1.4 Población

La población utilizada para la presente investigación estuvo conformada por 400 adultos mayores inscritos en un Centro del Adulto Mayor.

1.5 Muestra (muestreo o selección)

La muestra estará constituida por 291 adultos mayores inscritos en un Centro del Adulto Mayor. Para obtener el tamaño muestral, se recurrió a la fórmula de Cochran, utilizando un nivel de confianza de 95% ($z=1.96$) y un margen de error de 0.03. Con respecto a los criterios que determinarán el estudio, se seleccionaron de manera homogénea a adultos de entre 55 a 90 años, de sexo femenino y masculino, formalmente inscritos en un Centro del Adulto Mayor. Por otro lado, no pueden ser parte del estudio, los adultos mayores que no deseen colaborar con la investigación, los que no han completado la escala o los participantes que no firmen el consentimiento informado.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

Z= Valor Z curva normal (1.96)

p= Probabilidad de éxito (0.50)

q= Probabilidad de fracaso (0.50)

N= Población (400)

e= Error muestral (0.03)

Criterios de inclusión

- Adultos mayores inscritos en el Centro del Adulto Mayor
- Adultos mayores cuyas edades oscilan entre 55 a 80
- Adultos mayores que hayan firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación
- Adultos mayores que no logren completar el instrumento

1.6 Técnicas, instrumento y procedimientos de recolección de datos

1.6.1 TÉCNICA:

La técnica utilizada fue la evaluación psicométrica, a través de la aplicación de un instrumento psicométrico denominado Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet”

1.6.2 INSTRUMENTOS:

En la presente investigación se utilizó la versión adaptada por Arechabala, C & Miranda, C. (2002) quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet et al. (1988) en adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión.

De este modo, esta versión consta de 12 ítems que se agrupan en dos áreas. La primera área mide la percepción del apoyo social de la Familia (ítems 1, 2, 3 y 4) y Otros Significativos (ítems 5, 6, 7 y 8) y la segunda área que mide la percepción del Apoyo Social de los Amigos (ítems 9, 10, 11 y 12). En cuanto al formato de respuesta, este es de tipo Likert, de cuatro puntos (1 = nunca o casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre). A mayor puntaje obtenido, se estima mayor percepción de apoyo social.

1.6.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

En primer lugar, se seleccionó la muestra. Posteriormente se procedió a la aplicación de prueba piloto en una muestra alternativa. Se vaciaron los resultados y estos fueron ingresados en una hoja de cálculo Excel y procesados con el soporte estadístico SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales) versión 20 para Windows. Al ser el instrumento válido y confiable se procedió la aplicación a la muestra que se utilizará en la presente investigación. Luego, se localizó y coordinó con las autoridades pertinentes de la institución, solicitando la aplicación del instrumento al número de muestra establecida. En el momento de la aplicación, se procedió a explicar la investigación a los presentes y se solicitó la participación voluntaria de estos. A quienes accedieron voluntariamente a la aplicación se les entregó la hoja con el instrumento y se procedió a explicarles las instrucciones de la Escala Multidimensional de apoyo social Percibido. Finalmente la encargada de la investigación procedió a recoger los instrumentos llenos. Posteriormente, los datos obtenidos fueron analizados por medio de técnicas de estadística descriptiva e inferencial a través del programa informático SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales) versión 20 para Windows.

1.7 Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos:

Para la ejecución de la presente investigación se procedió, en primer lugar, a seleccionar la muestra. Asimismo, con la finalidad de corroborar la validez y confiabilidad del instrumento a utilizar se procedió a la aplicación de una prueba piloto en una muestra alternativa de 100 personas con características similares a los de la muestra elegida. Al culminar la aplicación de vaciaron los resultados y estos fueron ingresados en una hoja de cálculo Excel y procesados con el soporte estadístico SPSS 22.0 obteniéndose puntuaciones altas para validez y un alfa de Cronbach de 0.87 concluyendo que el instrumento es válido y confiable para su aplicación.

Al ser el instrumento válido y confiable se procedió la aplicación a la muestra que se utilizará en la presente investigación. Posterior a ello, se coordinó con la asistente social, encargada del programa del Adulto Mayor, para realizar la aplicación del test y se hizo entrega del documento de presentación y permiso respaldado por la universidad. Asimismo, se le hizo entrega del consentimiento informado; en el que se le señaló los nombres e institución de la encargada de la investigación y el objetivo del estudio, explicitándose la voluntariedad de la participación, así como el carácter anónimo y confidencial del uso de la información. Luego se coordinaron las fechas y horarios de aplicación.

En el momento de la aplicación, se procedió a abordar por grupos a los miembros del programa en el Centro del Adulto Mayor y se les explicó a grandes rasgos la investigación y se les solicitó su participación voluntaria. A quienes accedieron voluntariamente a la aplicación se les entregó la hoja con el instrumento y se procedió a explicarles las instrucciones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Al culminar la explicación varias personas solicitaron ayuda para leer y llenar el instrumento dado que no habían llevado lentes, este paso supuso un retraso en la aplicación dado que en su mayoría la investigadora tuvo que aplicar individualmente el instrumento. Finalmente la encargada de la investigación procedió a recoger los instrumentos completos y agradeció la participación de las personas.

Obtenidos los 291 instrumentos pertenecientes a la muestra establecida se inició el vaciado de datos. Los datos obtenidos fueron analizados por medio de técnicas de estadística descriptiva y la utilización de baremos. Se utilizó el programa informático SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales) versión 20 para Windows. A continuación se examinó la consistencia interna del cuestionario, así como de cada una de las escalas, utilizando para ello el estadístico Alpha de Cronbach, el resultado tiene un valor $p = 0.921$ lo que indica que este instrumento tiene un alto grado de confiabilidad validando su uso para la recolección de datos. Al analizar ítem por ítem los valores de los ítems estuvieron más cercanos a 1 según el alfa de Cronbach, por lo que mayor es la consistencia interna de los ítems que componen el instrumento de medida.

Asimismo, se elaboró las normas percentilares de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Trujillo, La Libertad.

De ese modo, para el análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. En lo que concierne a la estadística descriptiva se hizo mediante la aplicación de fórmulas de medida de tendencia central, como la media, mediana, moda, la desviación estándar, valor máximo y mínimo. Con respecto a la estadística inferencial, se aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov, para encontrar la normalidad de los datos de la muestra; en razón de los resultados se determinó trabajar con la estadística no paramétrica. Para encontrar la validez se utilizó Spearman Brown, en la confiabilidad se trabajó con el Alfa De Cronbach y para diferenciación los baremos según edad y sexo se hizo la U de Mann – Whitney y finalmente se realizan los baremos con puntuación Percentilares.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Tabla 01

Análisis Item – test corregido de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo.

Nº	Items	ritc
1	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	0.76
2	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	0.77
3	Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia	0.77
4	Mi familia me ayuda a tomar decisiones	0.69
5	Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	0.70
6	Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar	0.73
7	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	0.74
8	Hay una persona que se interesa por mis sentimientos	0.73
9	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	0.70
10	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	0.68
11	Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	0.69
12	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	0.63

En esta tabla 1 se puede observar que luego de realizar el análisis ítem test corregido de la escala multidimensional de apoyo social percibido, se evidencian valores fluctuantes entre 0.63 a 0.77 lo que demuestra un nivel de validez elevado.

Tabla 02

Análisis ítem – escala corregido del área "Familia – Otros Significativos" de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo.

Nº	Items	Ritc
1	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	0.83
2	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	0.85
3	Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia	0.84
4	Mi familia me ayuda a tomar decisiones	0.79
5	Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	0.74
6	Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar	0.77
7	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	0.76
8	Hay una persona que se interesa por mis sentimientos	0.73

Se muestran los valores del análisis ítem-escala del área familia en el cual se evidencian puntajes que oscilan entre 0.73 a 0.85, lo que demuestra un nivel de validez elevado.

Tabla 03

Análisis ítem – escala corregido del área “Amigos” de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo.

Nº	Ítems	R1
9	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	0.88
10	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	0.90
11	Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	0.87
12	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	0.85

En la tabla 3 se muestran los valores del análisis ítem escala del área amigos en el cual se evidencian puntaje que oscilan entre 0.85 a 0.90, lo que demuestra también una elevada validez.

Tabla 04

Intercorrelaciones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo.

Correlaciones		
	Familia - Otros significativos	Apoyo social percibido
Familia - Otros significativos		,933**
Amigos	,505**	,769**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 4 se puede apreciar que en las áreas familia y amigos se da una correlación positiva y altamente significativa con la escala multidimensional de apoyo social percibido.

Tabla 05

Confiabilidad por consistencia interna de la escala y sus áreas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo

Instrumentos	Alfa de Cronbach	N de elementos
Ítems Familia -Otros significativos	0.919	8
Ítems Amigos	0.902	4
Total Ítems	0.921	12

En la tabla 5 se puede apreciar valores por encima de 0.9 lo que indica que este instrumento tiene un alto grado de confiabilidad validando su uso para la recolección de datos

Tabla 06

Baremo percentilar por género, de las dimensiones y la escala global de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo.

PC	Puntaje directo						PC
	Familia - Otros Significativos		Amigos		PT - Apoyo Social percibido		
	M	F	M	F	M	F	
99	32	40	16	16	48	48	99
95	32	32	16	16	48	48	95
90	32	32	16	16	47	48	90
85	32	32	15	16	44	48	85
80	30	32	14	15	42	47	80
75	29	32	13	14	40	44	75
70	28	30	13	13	39	41	70
65	27	29	12	13	37	40	65
60	26	28	12	12	36	39	60
55	25	27	11	12	36	37	55
50	24	26	11	12	35	36	50
45	24	25	11	12	33	36	45
40	23	24	10	11	32	36	40
35	22	24	9	11	32	35	35
30	21	24	8	11	31	34	30
25	19	23	8	10	30	33	25
20	18	23	7	10	27	32	20
15	17	22	7	9	26	32	15
10	16	20	5	8	23	31	10
5	12	19	4	8	17	30	5
1	8	18	4	7	12	27	1
Me	23.82	17	10.52	7	34.34	26	Me
E.T	0.48	16	0.27	5	0.65	23	E.T
D. S	6.31	11	3.61	4	8.57	17	D. S
Mín.	8	6.3	4	3.59	12	8.54	Mín.
Máx.	32	0.48	16	0.27	48	0.65	Máx.

En la tabla 6 se visualiza el baremo por género, de las dimensiones y la escala global correspondiente a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Trujillo. En este baremo se pueden apreciar los puntajes para hombres y mujeres.

Tabla 07

Baremo por edades de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo, La Libertad.

PC	Puntuación Directa										PC
	Familia					Amigos					
	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	
99	32	32	32	32	-	16	16	16	15		99
95	31	30	32	32	29	15	16	16	14	13	95
90	30	27	30	30	27	13	14	14	12	12	90
85	30	28	30	30	28	14	16	15	13	12	85
80	29	27	30	28	26	12	13	12	12	12	80
75	28	24	28	25	24	12	12	12	12	12	75
70	26	24	27	24	24	11	12	11	11	12	70
65	26	24	26	24	23	11	12	11	11	9	65
60	24	24	25	22	22	11	10	11	10	7	60
55	23	21	23	20	19	10	8	10	9	5	55
50	23	23	24	21	21	10	10	10	10	7	50
45	22	20	23	18	18	9	8	8	8	4	45
40	21	18	20	16	17	8	8	8	5	4	40
35	21	19	22	18	18	8	8	8	6	4	35
30	20	18	18	15	15	7	8	8	4	4	30
25	19	17	16	12	10	7	7	7	4	4	25
20	18	16	15	11	8	6	7	6	4	4	20
15	15	14	12	9	8	5	6	5	4	4	15
10	12	12	10	8	8	4	4	4	4	4	10
5	8	8	8	8	8	4	4	4	4	4	5
Me	23.6	21.8	23.4	20.7	19.7	9.9	10.2	10.1	8.9	7.7	Me
E.T	0.7	0.7	0.7	1.1	1.8	0.4	0.5	0.4	0.5	1	E.T
D. S	5.9	5.9	7	7.9	7.2	3.5	3.7	3.7	3.8	3.9	D. S
Mín.	8	8	8	8	8	4	4	4	4	4	Mín.
Máx.	32	32	32	32	29	16	16	16	16	14	Máx.

Tabla 08

Baremo general por edades de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo, La Libertad.

PC	Puntuación Directa - Apoyo Social percibido					PC
	55-61	60-66	65-71	70-76	75-81	
99	48	45	48	47	-	99
95	44	44	48	42	40	95
90	41	40	41	38	37	90
85	42	43	43	39	38	85
80	40	36	41	36	36	80
75	38	36	40	36	36	75
70	36	35	39	35	36	70
65	36	33	37	34	31	65
60	35	33	36	33	30	60
55	33	32	32	30	27	55
50	35	32	34	31	29	50
45	31	31	32	29	26	45
40	30	28	28	25	21	40
35	30	31	30	27	24	35
30	29	25	27	23	19	30
25	25	24	26	18	14	25
20	25	23	23	15	12	20
15	23	20	20	13	12	15
10	18	18	15	12	12	10
5	12	12	12	12	12	5
Media	33.5	32	33.5	29.6	27.4	Media
E.T	1	1.1	1	1.4	2.5	E.T
D. S	8.2	8.5	9.5	10.1	10	D. S
Mínimo	12	12	12	12	12	Mínimo
Máximo	48	48	48	48	41	Máximo

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

En la presente investigación se realizó las Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, en donde se logró determinar la validez, estimar la confiabilidad y elaborar los baremos con puntuaciones percentilares en una muestra de 291 adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Trujillo; asimismo, esta investigación se realizó ya que proporciona una herramienta para la detección del nivel de apoyo social que los adultos mayores perciben de su medio. Por otro lado, así como, tener un instrumento válido, confiable y con sus respectivas normas, que permita obtener datos fiables de las características psicológicas de la población de Trujillo.

Este Cuestionario posee fundamento teórico basado en Zimet (1998), el cual refiere que el apoyo social percibido es la “percepción subjetiva del individuo respecto a la adecuación de los recursos de afrontamiento proporcionados por la red social”

En base a lo mencionado la presente investigación tiene como propósito estudiar las propiedades psicométricas de validez, confiabilidad y la elaboración de baremos de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, con la finalidad de contar con un instrumento de evaluación psicológica de fácil aplicación, tanto por el número de ítems que lo configuran como por la formulación de los mismos, facilitando su comprensión y evitando errores de interpretación; el cual permita medir las características propias de la percepción del apoyo social en los adultos mayores de Trujillo.

Asimismo, la importancia de la investigación radica en brindar a los profesionales de la salud mental un instrumento válido, confiable y con baremos con características propias de la población adulta mayor de la ciudad de Trujillo con el cual se pueda estudiar y medir la variable apoyo social percibido de manera segura.

Señalado el propósito de la investigación se llevaron a cabo un conjunto de fases o momentos en el proceso de determinar las propiedades psicométricas del instrumento en estudio. En ese sentido, en primera instancia se optó por realizar una prueba piloto, con el fin de corroborar la comprensión de los ítems y las instrucciones de la escala, en este proceso no hubo dificultades ya que los todos los ítems fueron entendidos por la población objetivo. Posteriormente se recogió información de 291 adultos mayores por medio de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido para luego con los datos de esta evaluación proceder al respectivo tratamiento estadístico, para esto se utilizó el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS (versión

20 para Windows), migrando los datos a este programa donde se calculó datos de la estadística descriptiva.

A continuación, se discutirán respecto a los hallazgos referidos a la validez y confiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo, La Libertad.

En cuanto al primer objetivo de la investigación, el cual se orientó a determinar la validez de constructo del instrumento debido a que desde una perspectiva científica ésta explica de manera más fehaciente si el instrumento mide el concepto teórico planteado (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Para ello se tomó en cuenta el análisis ítem - test corregido, según Morales (2008) la correlación ítem-test corregido o corrección de las correlaciones de una parte con el todo permite corregir el cálculo de la correlación entre cada uno de los ítems de un test o escala y el total del test. Se procede a hacer esto porque el problema surge de que ese ítem también está sumado en el total, lo cual implica que la correlación resultante es artificialmente alta. En realidad lo que importa es la correlación de cada ítem con la suma de todos los demás, es decir, con el total menos el ítem en cuestión.

De esta manera, para la escala global se encontraron valores que oscilaron entre .63 a .77; así también se evaluó el análisis ítem-test corregido de las áreas, y en base a esto se obtuvo para el área de “Familia - Otros Significativos” valores de .73 a .85; y para el área “Amigos” se hallaron valores de .85 a .90; con estos resultados se demostró que los ítems si contribuyen de manera efectiva a la medición de la variable de la escala de Apoyo Social, ya que cumplen con el criterio de tener un valor de correlación ítem – test corregido mayor a 0.20 (Kline, 1982; citado por Tapia & Luna, 2010), acorde a lo señalado, el instrumento evaluado cuenta con una validez de constructo aceptable, lo que muestra que la escala de Apoyo Social Percibido mide la variable en estudio.

El hallazgo reportado en el párrafo anterior, se corrobora con lo encontrado por Arechabala y Miranda (2002), quienes en su estudio con adultos mayores de la Región Metropolitana de Chile determinaron que los ítems discriminaron adecuadamente dado que arrojaron puntajes mayores a 0.30 en la correlación ítem – test. Asimismo, en un análisis factorial exploratorio lograron determinar que los ítems se ajustan a un modelo de dos factores, destacándose como un solo factor, “Familia – Otros Significativos”; y como segundo factor “Amigos”. Complementariamente, en un análisis factorial confirmatorio legitimaron la existencia de un modelo de dos factores relacionados.

En relación con el segundo objetivo que giro en torno a determinar la confiabilidad del instrumento, se recurrió al método de consistencia interna haciendo uso del coeficiente Alfa de Cronbach. Donde los valores de .25 indican una baja confiabilidad; si el resultado es .50, la fiabilidad es media o regular; si superan el .75, la confiabilidad es aceptable; y si es mayor a .90, es una confiabilidad elevada (Hernández. et al., 2010). Siendo, así en la presente investigación, se reporta un valor .92, que califica a la consistencia interna de la escala global de Apoyo Social como elevada; como también la consistencia interna para las áreas “Familia - Otros Significativos” y “Amigos” que obtiene un valor de .91 y de .90 respectivamente, la cual es catalogada como elevada.

De acuerdo a lo señalado anteriormente se puede corroborar con los hallazgos encontrados por Arechabala y Miranda (2002) en donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de .86 para la escala total; y para las áreas “Familia – Otros Significativos” y “Amigos” se alcanzó un Alfa de Cronbach de .86 y .88 respectivamente.

En consecuencia, se corrobora satisfactoriamente la confiabilidad de la versión adaptada.

Otra investigación que cabe resaltar es la de Ortiz y Baeza (2011), la cual procedió a realizar el análisis de la confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo valores de .84 para la escala total; en cuanto a las áreas “Familia”, “Amigos” “Otros Significativos” obtuvo un Alfa de Cronbach de .82, .87 y .74 respectivamente. Así también se puede confirmar en la investigación dada por Zimet et al. (1988), evidenciando a través del coeficiente un Alfa de Cronbach de .88. para la escala global; y para las áreas “Otros Significativos”, “Familia” y “Amigos” se hallaron valores de .91, .87 y .85 respectivamente. Complementariamente a lo señalado los autores también procedieron a una confiabilidad por el método test - retest que permitió un valor de .85. en la escala global y ; y para las áreas “Otros Significativos”, “Familia” y “Amigos” valores de .72, .85 y .75 respectivamente.

Finalmente, en relación al último objetivo, y teniendo en cuenta que se reportaron adecuados valores de validez y confiabilidad, se procedió a realizar las normas percentilares correspondientes a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo, La Libertad.

Por ende, en un primer análisis, se determinó por medio del estadístico Kolmogorov - Smirnov someter los datos al ajuste de la curva normal. Luego de realizado el procedimiento, se determinó la existencia de valores significativos en la escala global y en las áreas “Familia - Otros Significativos” y “Amigos”. Por lo tanto se estableció trabajar con estadísticos no paramétricos, es

así que se empleó la Prueba de U Mann - Whitney tanto para la escala global, como para las áreas “Familia - Otros Significativos” y “Amigos”. Por todo lo descrito, se determinó elaborar normas percentilares específicas por género y edad.

Al respecto, lo encontrado guarda cierta afinidad con lo encontrado por Zimet et al. (1988) quienes encontraron puntajes similares entre mujeres y hombres.

Considerando el análisis estadístico realizado se puede decir que se logró cumplir con los objetivos de la investigación, logrando brindar a la población de Trujillo un instrumento válido, confiable y con baremos con las características de la población de adultos mayores que permita medir la percepción del apoyo social. Por medio de esta investigación se ha podido comprobar, que la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido es un instrumento que presenta suficiente evidencia psicométrica.

CONCLUSIONES

De la presente investigación se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- Se alcanzó satisfactoriamente los objetivos planteados en el estudio, llegando a obtener las Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet en Trujillo, entre las edades de 55 y 79 años, de ambos sexos.
- La validez de constructo de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido se obtuvo mediante el análisis ítem - test corregido en el cual se alcanzaron valores que oscilaron entre .63 a .77; así también se evaluó el análisis ítem-test corregido de las áreas, y en base a esto se obtuvo para el área de "Familia - Otros Significativos" valores de .73 a .85; y para el área "Amigos" se hallaron valores de .85 a .90.
- El alfa de Cronbach de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet en Trujillo, se reporta un valor .92, que califica a la consistencia interna de la escala global de Apoyo Social como elevada; como también la consistencia interna para las áreas "Familia - Otros Significativos" y "Amigos" que obtiene un valor de .91 y de .90 respectivamente, la cual es catalogada como elevada.
- Se elaboraron Baremos Percentilares por sexo y edad para la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet en Trujillo.

RECOMENDACIONES

Ante los resultados reportados, se sugiere que futuros investigadores interesados en indagar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en poblaciones geriátricas, efectúen una labor provechosa al tener en cuenta:

- Contrastar las propiedades psicométricas del instrumento en poblaciones distintas a la abordada; por ejemplo en el trabajo con adolescentes y jóvenes quienes se encuentran en diferentes contextos del país.
- Del mismo modo, se debe hallar la validez y confiabilidad del instrumento a través de otros métodos estadísticos; como la validez convergente, divergente, análisis factorial y para confiabilidad el método de test – retest y así poder profundizar en la medición del constructo de la investigación presentada.
- Propiciar el aumento de investigaciones haciendo uso de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, como un aporte en lo que corresponde a la evaluación del Apoyo Social.
- Elaborar talleres y/o programas en base a resultados obtenidos con el instrumento en mención, facilitando así, el abordaje de problemáticas relacionadas a la población estudiada.
- Utilizar resultados de su aplicación para generar programas preventivos que permitan mejorar las condiciones de vida de la población geriátrica. Estos programas pueden ser de corte cognitivo conductual u ocupacional, de preferencia en una modalidad de abordaje grupal.

REFERENCIAS

Abello, R., Mandariaga, C. & Hoyos de Los Rios, O. (1997). Redes sociales comomecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29, 115-137.

Arechabala, M. & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55.

Arias, Claudia (2001), "Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad", tesis magister en psicología social, Mar del plata, Universidad del Mar de Plata, inédito.

Asili, N. & Julian, T. (1998). Apoyo social y bienestar psicológico en la juventud y la vejez. *La psicología social en México*, 7, 423-428.

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.

Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teorías, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.

Development, Coping and Psychological Adjustment during a Life Transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.

Castro, R., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Saúde Pública*, 31(4), 425-435.

Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2), 310-357.

Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia*, 95(263)-12.

Florenzano, R. (1993). *En el camino de la vida: Estudios sobre el ciclo vital*. Chile: Universitaria.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Situación de la Población Adulta Mayor*, Setiembre 2016. (Informe técnico No 3). Lima: INEI.

Mella, et al. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. 2004, de sCIELO Sitio web: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_arttext

Vivaldi, Flavia; Barra, Enrique. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter Psicol* 2012; 30(2): 23-29. Doi: 10.4067/S0718-48082012000200002

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

Morales, P. (2008). Estadística Aplicada En Las Ciencias Sociales: Correlación y covarianza. Recuperado de: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/correlacion.pdf>

Rodríguez-Marín, J., Pastor M. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5.

Lin, N., & Ensel, W. (1981). Social support scales: a methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 73-89.

López-Cabanas, M., & Chacón, F. (1999). *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales: Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.

Ortiz, M., & Baeza, M. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Universitas Psychologica*, 10(1), 189-196

Thoits, P. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(3), 145-159.

Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory Research an Intervention*. Nueva York: Prager.

Zimet, G., Dalhen, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multimensional Scale of Perceived Social Support. Colorado: Lawrence.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Características de la muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Trujillo, La Libertad.

Características		n _o	%
Grupo etáreo	55-59	70	24.1
	60-64	64	22.0
	65-69	91	31.3
	70-74	50	17.2
	75-79	16	5.5
Sexo	Femenino	174	59.8
	Masculino	117	40.2
Total		291	100.0

ANEXO N° 02

Prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov sobre las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo, La Libertad.

Variable	Z de Kolmogorov-Smirnov	Probabilidad p	Significancia	
Apoyo Social Percibido	8.23	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales	
R1	3.78	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales	
R2	3.63	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales	
R3	3.67	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales	
Familia - Otros Significativos	R4	3.41	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	R5	3.77	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	R6	3.63	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	R7	3.38	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	R8	4.23	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	1.39	0.04	Altamente Significativa. Los datos no son normales	
Amigos	R9	3.53	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	R10	3.86	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	R11	3.43	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	R12	3.51	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales
	1.81	0.00	Altamente Significativa. Los datos no son normales	

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto que se me ha brindado información para la participación en la investigación científica que se aplicará al Centro del Adulto Mayor.

Se me ha explicado que:

- El objetivo del estudio es evaluar las propiedades psicométricas de La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo, La Libertad.
- El procedimiento consiste en responder un cuestionario de 12 ítems.
- El tiempo de duración de mi participación es de 10 minutos.
- Puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración.
- Soy libre de rehusarme en participar en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello me perjudique.
- No se identificará mi identidad y se reservará la información que yo proporcione. Sólo será revelada la información que proporcione cuando haya riesgo o peligro potencial para mi persona o para los demás o en caso de mandato judicial.
- Puedo contactarme con Marycielo Yupanqui Montoya mediante correo electrónico, llamada telefónica o visita domiciliaria para presentar mis preguntas y recibir respuestas.

Finalmente, bajo estas condiciones acepto ser participante de la investigación.

Nombre y Apellidos

En caso de alguna duda o inquietud a la participación en el estudio puede dirigirse a la dirección: San Andrés 5ta. Etapa Mz. C' Lt. 33, llamar al teléfono 944475962 o escribir al correo electrónico: marycielo.yupanqui@gmail.com

ANEXO N° 04

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente e indique su acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4
Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre

ITEMS	1	2	3	4
1. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme				
2. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
3. Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				
4. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
5. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
6. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar				
7. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
8. Hay una persona que se interesa por mis sentimientos				
9. Mis amigos realmente tratan de ayudarme				
10. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
11. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

ANEXO N° 05

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

AUTORES: Arechabala, C & Miranda, C (2002)

PROCEDENCIA: Región Metropolitana de Chile

APLICACIÓN: Individual y colectiva, adultos; tiempo: variable, entre 15 a 20 minutos.

FINALIDAD: Evaluación de la percepción del apoyo social en dos dimensiones: Familia – otros significativos, Amigos.

MATERIAL: Instrumento de evaluación, lápiz.

TIPIFICACIÓN: Baremos percentilares para sexo y edad, en muestras de la población general adulta mayor en la ciudad de Trujillo.