

Trabajo Fin de Máster

Influencia del Apoyo Social en el Bienestar
Subjetivo y Salud de los usuarios del Centro
Asistencial Santa Ana de Utebo

*Influence of Social Support on the Subjective well-
being and Health of the users of the Santa Ana
Healthcare Center in Utebo*

Autora

Elena Comenge Gracia

Directora

Reyes Torres Sánchez

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud
2019

Agradecimientos

En primer lugar agradecer a la Directora de Centro Asistencial Santa Ana, por autorizarme y facilitarme el proceso de recogida de información, para llevar a cabo nuestro estudio con los usuarios del Centro.

En segundo lugar a mi futuro marido, David, porque me ha sido de gran ayuda en la parte de análisis estadístico.

En tercer lugar a mi compañero Enrique Villa, Terapeuta Ocupacional del Centro, que me ha ayudado y asesorado. Le deseo lo mejor en su Tesis Doctoral y en su futuro laboral más próximo.

Por último, pero no por ello menos importante, a Reyes Torres, como tutora de este trabajo, por ir marcando el camino desde que le presente mi propuesta hasta la finalización y exposición del mismo.

Por supuesto a todos los participantes.

A mis padres y a mi tía

Contenido

1.	RESUMEN	5
2.	INTRODUCCIÓN	7
2.1	Justificación	8
3.	ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	13
3.1	Contextualización	13
3.2	Apoyo Social	14
3.3	Bienestar Subjetivo.....	16
3.4	Salud Subjetiva y Calidad de Vida	17
3.5	Familia como principal fuente de apoyo social	19
3.6	Redes sociales.....	20
3.7	Centro Asistencial	22
4.	HIPÓTESIS	24
5.	OBJETIVOS	24
6.	MATERIAL Y MÉTODOS	24
6.1	Tipo de estudio	24
6.2	Población (muestra): criterios de inclusión e criterios de exclusión	25
6.3	Método, variables e instrumentos de medida	26
6.3.1	Metodología	26
6.3.2	Instrumentos	27
6.3.3	Variables	30
6.4	Análisis de los resultados	31
6.5	Consideraciones éticas	31
7.	RESULTADOS	32
7.1	Datos Socio-demográficos.....	32
7.1	Variables de Apoyo Social	34
7.2	Felicidad o Bienestar Subjetivo	37
7.4	Variable de Salud Percibida	38
7.3	Correlaciones	40
7.4	Entrevista de Apoyo Social	42
8.	DISCUSIÓN	45
8.1	Limitaciones del Estudio	48
8.2	Aportaciones del Estudio	48
9.	CONCLUSIONES	49
10.	BIBLIOGRAFÍA	51
	ANEXO I: FICHA DATOS	54
	ANEXO II: INSTRUMENTOS	55
	ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
	ANEXO IV: AUTORIZACIONES	69

Índice de Gráficos y Tablas

Gráfico 1: Pirámide de Población España.....	8
Gráfico 2: Población Aragón.....	9
Gráfico 3: Selección de la muestra.....	32
Gráfico 4: Procedencia del Apoyo Social.....	42
Tabla 1: Variables Socio-demográficas.....	33
Tabla 2: Apoyo Social.....	35
Tabla 3: N° visitas en semana.....	36
Tabla 4: Tabla de Contingencia Buenas relaciones familiares * Género usuario.....	37
Tabla 5: Bienestar Subjetivo/ Felicidad.....	38
Tabla 6: Salud.....	39
Tabla 7: Correlaciones.....	41
Tabla 8: Afirmación I Entrevista.....	44
Tabla 9: Afirmación II Entrevista.....	45

1. RESUMEN

Este trabajo fin de máster estudia la influencia del apoyo social en el bienestar subjetivo y salud subjetiva de los residentes de Centro Asistencial Santa Ana de Utebo.

Consiste en un estudio descriptivo y transversal, en el que han participado un total de 55 usuarios, siendo 43 institucionalizados y 12 usuarios de Centro de Día. Sus edades están comprendidas entre los 57 y 92 años. Cumpliendo con los criterios de inclusión, se ha seleccionado la muestra, según su nivel cognitivo.

Se han utilizado como instrumentos de medida, las adaptaciones españolas de la escala Subjetiva de Felicidad (SHS) de Lyubomirsky y Lepper), la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS de Zimet), la escala de Salud/Calidad de Vida SF12 de (Med Care) y la Entrevista semi-estructurada de Apoyo Social percibido Manheim.

El apoyo social aporta bienestar y satisfacción de vida a las personas mayores, se han demostrado casos de su influencia en el estado de salud emocional, en la depresión etc.

En relación a los datos estadísticos obtenidos, se pone de manifiesto la influencia del apoyo social tanto en la felicidad o bienestar subjetivo, como en la salud, siendo más significativa la relación de apoyo social que la de salud. Así mismo se demuestra que la familia es la principal fuente de apoyo social para los usuarios.

PALABRAS CLAVE

Apoyo social, envejecimiento, salud, bienestar subjetivo, calidad de vida, mayores, residencias, tercera edad, vejez, anciano, familia.

ABSTRACT

This master's degree project studies the influence of social support on the subjective well-being and subjective health of residents of the Santa Ana Utebo Care Center.

It consists of a descriptive and transversal study, in which a total of 55 users participated, with 43 institutionalized and 12 users of Day Center. Their ages are between 57 and 92 years. Fulfilling the inclusion criteria, the sample has been selected, according to its cognitive level.

The Spanish adaptations of the subjective scale of happiness (SHS) of Lyubomirsky and Lepper), the Multidimensional Scale of Perception of Social Support (MSPSS of Zimet), the scale of Health / Quality of Life SF12 have been used as measuring instruments. (Med Care) and the Semi-structured Interview of Social Support perceived Manheim.

Social support brings well-being and life satisfaction to the elderly, cases of its influence on the state of emotional health, depression etc. have been demonstrated.

In relation to the statistical data obtained, the influence of social support on happiness or subjective well-being, as well as on health, becomes more evident, being more significant the relationship of social support than health. It also shows that the family is the main source of social support for users.

KEY WORDS

Social support, aging, health, subjective well-being, quality of life, elderly, residences, old age, elderly, family.

2. INTRODUCCIÓN

Este trabajo estudia la posible influencia del apoyo social percibido, en la salud y bienestar subjetivos de los usuarios de Centro Asistencial Santa Ana. Para ello se han recogido una serie de datos socio-demográficos. Se ha planteado una pregunta de investigación: a mayor apoyo social percibido, mayor bienestar subjetivo o felicidad y mejor estado de salud percibida y se han aplicado cuestionarios y una entrevista, para medir qué nivel de apoyo social perciben, de qué personas lo perciben y cómo perciben su felicidad y su salud.

El apoyo social es un factor clave en todos los aspectos del ser humano, ya que aporta confianza y seguridad, y es nuestro entorno más cercano el que nos influye en nuestra propia vida, ya que la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y las personas que comparten en general nuestra vida, forman parte de nuestra felicidad o en algunos casos de nuestras preocupaciones, por la importancia que suponen estas personas para nosotros.

Se tratará de analizar la percepción del apoyo social en la tercera edad, ya que es una etapa en la que los roles cambian, los hijos cuidan de los padres, los matrimonios se separan al enviudar y la enfermedad aparece en muchas ocasiones, cambiando a las personas, dejando una huella irreversible. Entre los parámetros positivos, podemos observar que en la tercera edad se dispone de tiempo para disfrutar de actividades de ocio y tiempo libre, de amigos y de la familia, todo ello en un contexto de relaciones sociales positivas.

Este estudio, investiga a las personas mayores institucionalizadas, con las que trabajo. Desde mi profesión, puedo percibir cómo sienten el apoyo que les presta la familia, cómo valoran nuestro apoyo profesional y principalmente el cuidado sanitario y de qué forma también se relacionan entre ellos, creando sus propios grupos de apoyo y relaciones interpersonales.

Del mismo modo es inspirador, la desolada mirada de muchos residentes que no perciben ningún tipo de apoyo familiar, o bien porque carecen de parientes o porque la familia está desestructurada y “abandonan” a la persona en la institución, sin realizar

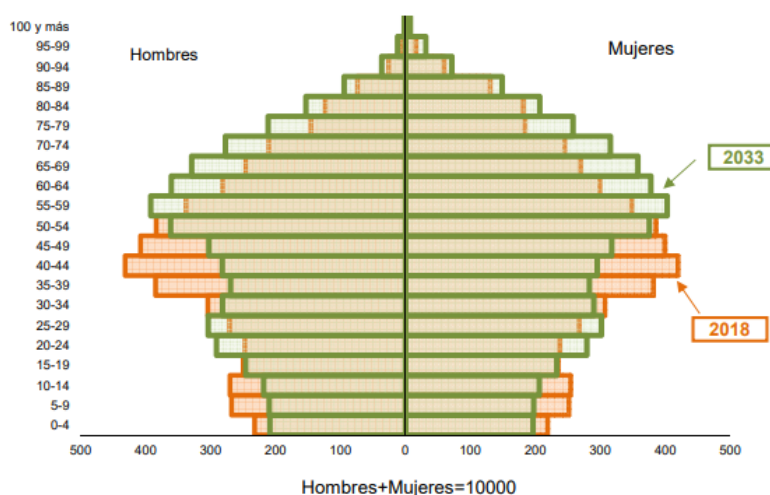
ninguna visita o llamada, que pueda hacer que la persona sienta que alguien se preocupa por ella. Parece significativo realizar este estudio y poder comprobar la influencia del apoyo social en el bienestar subjetivo y la salud del sujeto, para desarrollar intervenciones al respecto.

2.1 Justificación

La reducción de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida ha provocado y seguirá provocando en los próximos años en España, un progresivo envejecimiento de la población, lo que conlleva otras nuevas necesidades. En el caso de Aragón la media de personas mayores de 65 años supera la media de España. “Aragón perderá 1.071 habitantes en quince años y, así, a 1 de enero de 2033 la población será de 1.312.392 personas frente a las 1.313.463 de enero de 2018, un 0,1% menos, y de ellas el 27,2% tendrá más de 65 años”, según (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Otro de los problemas, es el aumento de la despoblación del medio rural. “La población de 65 y más años supondría el 25,2% del total en el año 2033 en España”, según (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Por lo Tanto Aragón seguirá superando la media en mayores de 65.

Gráfico 1: Pirámide de Población España

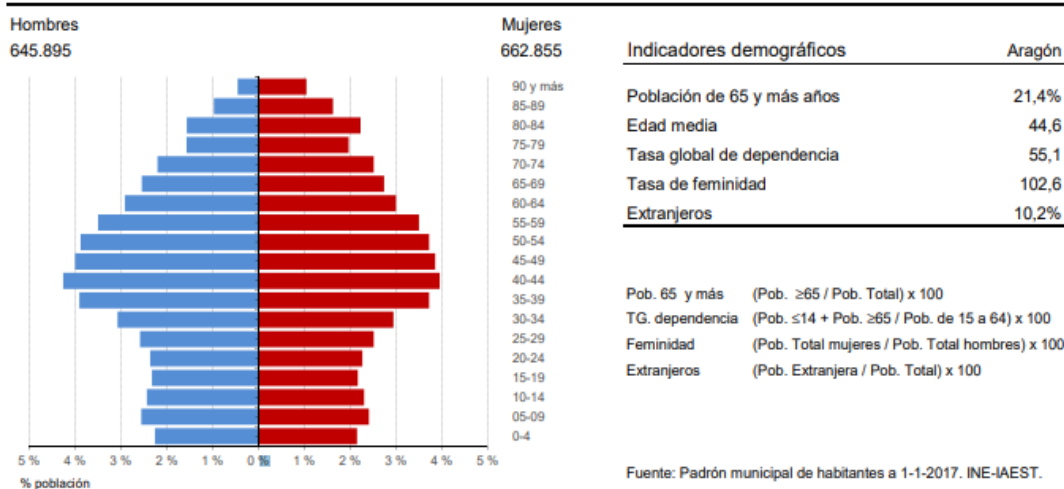
Pirámides de población de España (años 2018 y 2033)



Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 2: Población Aragón

Estructura de población a 1 de enero de 2017



Instituto Aragonés de Estadística

Se evidencia el futuro cercano de nuestra población, por lo tanto hemos de adelantarnos a las nuevas demandas que van a ir apareciendo a nivel sanitario y social, referentes al envejecimiento, ya que supone una serie de cambios e impactos a distintos niveles de la persona. En términos generales podría decirse, desde la psicología de la vejez, que la evolución normal que lleva asociada a la edad está causada por la conjunción de cuatro factores (Sarabia Cobo, 2009):

- El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
- La declinación progresiva de las facultades y de las funciones mentales.
- La transformación del medio familiar y de la vida profesional.
- Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

A distintos niveles, sabemos que se producen cambios genéticos tanto biológicos como neurológicos, relacionados con la edad, que afectan a la aparición de enfermedades propias del envejecimiento.

Desde el punto de vista psicológico, también existe una afección, ya que cambian las relaciones y en general el estado de salud puede afectar a la realización de actividades cotidianas o a las relaciones sociales, puede desembocar en estados de ansiedad y depresivos. Relacionaremos las variables de salud, bienestar subjetivo y apoyo social percibido. Debemos de analizar las necesidades de las personas mayores, tal y como las manifiestan ellos mismos y tenerlas en consideración, tanto como profesionales como

familiares y en el conjunto de la sociedad y tratar de dar respuestas a las necesidades reales que pueden aparecer en esta etapa de la vida.

Desde el punto de vista social, también se dan cambios en las relaciones sociales, y esto es lo que nos interesa para este trabajo de investigación, ya que el envejecimiento se da una serie de cambios a nivel del entorno socio familiar, y pueden aparecer situaciones de depresión que afloran con las pérdidas de personas, como por ejemplo cuando una persona enviuda, ya que supone uno de los principales factores que puede generar soledad en el mayor, ya que posiblemente hayan compartido toda su vida con esa persona, que ahora no está y esto puede generar una ansiedad y sentimiento de soledad.

“El paso a la vejez significa que entramos en una nueva etapa, donde será necesario atender nuevas necesidades y requerimientos de la persona, con importancia en la adaptación a los cambios físicos que se irán produciendo, además de los cambios de los roles familiares y sociales” según (Matellanes, 2010). Con esas nuevas necesidades, aparecen nuevos términos como “envejecimiento saludable”, “calidad de vida en la vejez”, “envejecimiento exitoso”, “bienestar” etc. Para ello debemos conocer cuáles son las causas que pueden producir mayor bienestar o por el contrario cuáles lo reducen y si se relaciona con el apoyo social.

La calidad de vida en la vejez se relaciona con la seguridad económica y con la inclusión social a través de infraestructuras de apoyo y redes sociales y una percepción de la salud, estos términos parecen ir unidos, según encontramos en algunos artículos:

Todo ello promueve la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, y además implica un apoyo social y familiar. También la calidad de vida se verá afectada por la importancia del papel de los diferentes cuidadores que pueden aparecer en la etapa de la vejez, que se explica a continuación. Calidad de Vida es el bienestar personal y social en todas sus dimensiones (Gómez Llorens & Olatz, 1998).

Aparece en un gran número de estudios el tema de la salud, en relación a este término como un componente de la calidad de vida. Como dicen (Gómez Llorens & Olatz, 1998): “el dolor y el disconfort son algunos sistemas relacionadas con la salud y los únicos representantes de la calidad de vida percibida”.

Cuando hablamos del término bienestar, nos referimos a un bienestar subjetivo, es decir el bienestar subjetivo que cada usuario percibe, que engloba un bienestar físico y psicológico, o lo que es lo mismo, qué grado de felicidad sienten. “La dimensión de felicidad, se referiría tanto a un estado afectivo positivo duradero como a una valoración cognitiva de tal estado, esto es, la felicidad incluye aspectos afectivos y cognitivos, ya que requiere procesos cognitivos” (Gómez Llorens & Olatz, 1998).

En cuanto al término envejecimiento exitoso, también es un concepto complejo al igual, que los anteriores, pero se podría decir que hay un envejecimiento exitoso, cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las nuevas situaciones de esta etapa de su vida (Sarabia Cobo, 2009). También existen otros ámbitos, que integran el concepto de “envejecimiento exitoso”, como puede ser la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social (Sarabia Cobo, 2009)

Se evidencian los grandes cambios en las personas mayores, comenzando por el aumento de la esperanza de vida, como se ha comentado en primer lugar, los avances conseguidos en medicina, tecnología, incluyendo ayudas técnicas, teleasistencia etc. Los diferentes cambios sociales que se han producido en nuestro país, como la incorporación de la mujer al mercado laboral, disminución de la estabilidad familiar, el aumento de la movilidad social y laboral y la disminución del tamaño de viviendas, hacen que haya menos personas en disposición de cuidar y se precisan más cuidados profesionales (IMSERSO, 2007). Por lo tanto el entorno o apoyo social de cada persona, también ha ido cambiando, ya que la estructura familiar y los roles de cuidado han cambiado.

Durante las últimas décadas, la vida familiar, y en particular los modos de vida familiares, han experimentado transformaciones importantes que van unidas a las transiciones demográficas y al aumento del número de mujeres que se incorporan al mercado de trabajo. Estos cambios se acompañan de la transformación gradual de las expectativas sociales en torno a la vejez y a la familia en distintas sociedades. La diversidad de formas familiares, normas y conductas ha aumentado. Esto ha producido un cambio en las relaciones familiares (Bazo, M. T. 2004).

Las diferentes problemáticas entorno a la persona mayor, que van a ir surgiendo en nuestro presente y en futuro cercano, no pueden pasar desapercibidas. “La puesta en marcha de servicios adecuados para las personas mayores se ha convertido en uno de los retos más importantes para los gobiernos de todo el mundo” Bazo, M. T. (2004). A pesar de todos estos cambios, y de contar con servicios y recursos, los vínculos relacionales de la persona son necesarios. Cuando una persona mayor ingresa en un Centro, los cuidados principales prestados en muchos casos por la familia pasan a un segundo plano y la familia pasa a ser un soporte, ya que la atención directa pasa a los profesionales, pero debe permanecer el contacto y el afecto, puesto que el apoyo social es relevante.

Encontramos un gran número de estudios que investigan la relación entre apoyo social, mortalidad y salud tanto física como mental.

Según Antelo & Espinosa (2015) definen el Apoyo Social como un conjunto de transacciones que implican ayuda, afecto y afirmación. Calvete, E (1994), afirma que el apoyo social está dividido en 3 subsistemas que son:

Informal (familia, amigos y vecinos), formal (organismos públicos y asociaciones privadas que suministran servicios) y semi-formal (organizaciones que vinculan a la persona a su comunidad). Teóricamente estos subsistemas contribuyen conjuntamente a satisfacer las necesidades de los ancianos, dentro de una institución, tienen que darse estos 3 sistemas de igual modo. Con este estudio veremos si estos tres subsistemas están presentes y de qué forma influyen en la persona.

Cuando la salud se deteriora la familia y los amigos son quienes tienden a cuidar de los mayores. “La «red informal» se convierte así en el primer recurso y fuente primaria de asistencia a los ancianos en la sociedad contemporánea” (Calvete, E. 1994). La familia actúa como fuente más directa de apoyo, si la persona siente que tiene alguien que le ayuda cuando lo necesita, es probable que sienta una satisfacción con las relaciones con esa persona y sienta mayor bienestar, por la confianza que este le ofrece.

G. Jock-Hung, Y. Taser-Álvarez, I. D.-C. (2017), definen bienestar subjetivo como la evaluación que el individuo hace de su propia vida, a través de dos dimensiones: una cognitiva y otra afectiva. La primera se expresa en la satisfacción (consigo mismo, con la familia y con la sociedad) y la otra incluye los afectos (emociones,

sentimientos y estados de ánimo), tanto positivos como negativos. Por otro lado, también definen el apoyo social como los recursos sociales percibidos por el individuo que le son accesibles y/o disponibles en el contexto de sus relaciones interpersonales en el que se encuentra inmerso. Hay una relación entre los términos anteriormente definidos. Para continuar se va a profundizar en qué estudios han relacionado, apoyo social con aspectos positivos de la persona mayor y con bienestar.

Se han encontrado estudios, que relacionan apoyo social con mortalidad, con salud mental, con calidad de vida y principalmente con autoestima o con aislamiento. “El apoyo social aporta calidad de vida a la persona y conlleva a la satisfacción con la vida” (Castellano, 2014). Este estudio, investiga en un ámbito institucional y concreto si influye el apoyo social percibido, en el bienestar subjetivo y salud subjetiva de los usuarios del Centro.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

3.1 Contextualización

Puesta en evidencia la influencia del apoyo social en algunos factores como la salud o la autoestima, este estudio consistirá, en investigar la influencia del apoyo social en los residentes y usuarios de Centro Asistencial Santa Ana de Utebo. Centro Residencial y Centro de Día de Titularidad pública, puesto que pertenece a la Red de Centros del Instituto Aragonés de Servicios Sociales del Gobierno de Aragón, pero gestionada por una empresa de carácter privado, de alcance nacional e internacional en atención sociosanitaria (DomusVi).

Dispone de 135 plazas residenciales y 30 de Centro de Día. Actualmente con una ocupación de 154 plazas.

Desempeño mi trabajo como Trabajadora Social en dicho Centro. Se trata de un Centro Público, en el cual diez usuarios están Tutelados por la Comisión de Tutela de Adultos del Gobierno de Aragón, que en general han accedido al centro por el reconocimiento de una plaza residencial por riesgo de exclusión social. Varios usuarios no reciben ningún apoyo familiar o no tienen familia, otros tienen familia, pero reciben escaso

apoyo, puesto que no reciben ni visitas, ni llamadas. Estas situaciones de abandono y soledad se suplen con la relación que crean entre los propios residentes, que muchas veces se aprecia que es positiva, pero otras también genera conflictos como en cualquier grupo social. La familia forma una parte importante de los usuarios dentro de la institución, por lo que se les implica en el funcionamiento de ésta, y se incentiva su participación en actividades de ocio y tiempo libre, ya que se considera que su presencia es esencial para los usuarios. Por ello como parte del método se ha realizado búsqueda de artículos y estudios relacionados, para constatar si el apoyo social es un tema estudiado y tener el soporte bibliográfico, para emprender este estudio y a través de los instrumentos seleccionados, veremos si se cumplen nuestra hipótesis y nuestros objetivos, y lo relacionaremos con los estudios encontrados.

3.2 Apoyo Social

El estudio del apoyo social emergió, en la década de los 70, sin embargo no se trataba de un término novedoso, ya que al menos dos décadas antes, se había tratado este concepto. En este sentido, Rogers (1942) introdujo el concepto de conducta de apoyo como el centro de su teoría en la psicoterapia y el consejo. Por su parte, Likert señaló en 1961 que el elemento principal para el éxito en el trabajo de supervisión eran las relaciones de apoyo.

De particular importancia en estas primeras investigaciones, de acercamiento al apoyo social, fue el estudio antropológico de las redes sociales realizado por científicos europeos (Bott, 1957; Boisservain, 1974), donde se destacó la importancia que tienen los lazos afectivos dentro de las redes y los beneficios mutuos que proporcionaban para todos los miembros de la red. También en este estudio destacan la importancia de diferenciar las dimensiones del apoyo social: “Casi todos los autores coinciden en señalar la importancia de distinguir dos dimensiones diferentes del apoyo social:

- Por un lado, el aspecto cuantitativo del apoyo, reflejado en parámetros tales como el tamaño de la red, la frecuencia de los contactos, duración de las visitas, etc.
- Por otro lado, el aspecto cualitativo del apoyo, reflejado, por ejemplo, en la valoración subjetiva que el propio anciano hace del apoyo social recibido”. (Calvete, E. 1994).

La Organización Mundial de la Salud, incluye el término apoyo social dentro de un Programa de Acción de Salud Mental, “para las personas que han tenido pensamientos de hacerse daño o han trazado planes a tal efecto en el último mes o que han cometido actos con esa intención en el último año, ¿es mejor el apoyo social que el tratamiento corriente?, se plantean esta cuestión desde la Organización Mundial de la Salud. El apoyo social (proveniente de los recursos informales o formales que ofrece la comunidad) se deberá prestar a las personas que declaren espontáneamente haber tenido pensamientos de hacerse daño, o que han trazado planes con esa intención en el último mes, o que se han hecho daños a sí mismas en el último año” (OMS,2019).

Para las personas mayores, el apoyo social es importante, por las repercusiones que tiene. Una de las fuentes principales de apoyo social para la persona anciana es la familia, tiene unas connotaciones especiales y una profunda implicación en la salud y el bienestar.

La familia contribuye al desarrollo de la identidad y al sentimiento de pertenencia y en ello participan de forma significativa las personas mayores, es finalmente la que les proporciona una permanente disponibilidad al afecto, apoyo, intimidad, compañerismo, aceptación y respeto incondicional. Encontramos estudios que reconocen el papel esencial que los servicios y los intercambios familiares juegan en el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores (Bazo, 2004).

De todo ello se deduce que un buen apoyo social o una carencia de apoyo social puede influir en la autoestima del anciano, según cómo lo percibe como hemos visto anteriormente. Encontramos un estudio que relaciona también autoestima y autonomía funcional, teniendo en cuenta el factor: apoyo social. Resultado de dicho estudio muestra lo siguiente “se confirma la relación entre la autoestima y la capacidad que tienen los ancianos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida cotidiana como comer, bañarse, vestirse y desplazarse”. Entre los determinantes más fuertes de la autoestima en ancianos se encuentran el apoyo social y la autonomía funcional (Nanthamongkolchai, Makapat, Charupoonphol & Munsawaengsub, 2007). En esta edad, el apoyo social proviene principalmente de la familia. En este sentido, un estudio de Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen

(2006) aseguran que los adultos mayores que cuentan con apoyo familiar presentan mayor autoestima que quienes se sienten ignorados por la familia.

Hoz, M. G.-M. (2015), en contraposición a los autores que relacionan apoyo social, concluyen su estudio según sus resultados, que influye más en la autoestima, la autonomía funcional de cada uno, que el apoyo social que puedan recibir externo.

En el estudio de L. Reguera (2016) define apoyo social, como: “diferentes factores que pueden influir en el individuo en cuanto a su entorno social”, según un artículo: Incluye la cantidad, la calidad y las características de las relaciones sociales, junto con cómo las percibe el individuo. En él influyen:

- La noción de proximidad emocional o intimidad.
- La procedencia del apoyo: si son amigos, cuidadores profesionales, familia, organizaciones sociales o religiosas, etc.
- El tipo de apoyo.
- La cantidad de apoyo recibido.
- La percepción de apoyo por parte de la persona: el grado en el que percibimos la existencia de relaciones suficientes y adecuadas que nos den apoyo. Según, L. Reguera (2016).

Según González & Palma (2016) Los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes severos perciben un nivel de apoyo social funcional, especialmente en la dimensión de confianza.

3.3 Bienestar Subjetivo

El estudio de G. Jocik-Hung, Y. Taser-Álvarez (2017) consideran el bienestar subjetivo como: “la evaluación que el individuo hace de su propia vida, a través de dos dimensiones: una cognitiva y otra afectiva. La primera se expresa en la satisfacción (consigo mismo, con la familia y con la sociedad) y la otra incluye los afectos (emociones, sentimientos y estados de ánimo), tanto positivos como negativos”.

Algunos autores han demostrado que, aunque el apoyo social no es un determinante como tal del bienestar subjetivo, pero sí interviene en su variabilidad (Diener, 2000, citado en Rojas, 2015). Sin embargo en el estudio de Legrá, N. Laffita M., Cardero L, &

Castillo P, (2016) que además concretamente se trata de usuarios institucionalizados, concluyeron que las enfermedades crónicas, la ausencia de pareja y el apoyo social son uno de los factores que más inciden en el bienestar subjetivo. G. Jocik-Hung y Taser-Álvarez (2017), consideran necesario explicar que el apoyo social percibido, es una variable condicionada por la subjetividad como adaptación a circunstancias, por lo tanto brinda un apoyo real.

Con respecto a la correlación que existe entre el bienestar subjetivo y el apoyo social se determinó que existen relaciones significativas entre ambas variables, por lo que las variaciones en el apoyo social percibido por los adultos mayores estudiados, varían también su bienestar subjetivo (...) El bienestar subjetivo de los adultos mayores estudiados está influenciado significativamente por la percepción que poseen del de apoyo social, contribuyendo a este en mayor medida la dimensión funcional del apoyo social”(G. Jocik-Hung, Y. Taser-Álvarez, 2017).

En el estudio de Bueno Martínez, Buz, Navarro, & López-Martín, (2017), muestran que en general, para las mujeres, el apoyo emocional (recibido y dado) entre cónyuges se relacionaba significativamente con un mejor bienestar. En cuanto a los hijos adultos, también el bienestar variaba dependiendo del tipo de apoyo siendo: “las relaciones emocionales equitativas generan la satisfacción vital más elevada en los padres mayores”.

Observamos una relación entre apoyo social percibido y bienestar subjetivo, son dos conceptos completamente subjetivos que dependen de cómo la propia persona lo percibe, aunque el apoyo social tiene una parte más objetiva, cuantificable. No encontramos muchos estudios que relacionen directamente apoyo social con bienestar subjetivo, dentro de una institución.

3.4 Salud Subjetiva y Calidad de Vida

Podría decirse que la salud, supone calidad de vida, es decir es un factor que puede influir positivamente si hay un buen estado de salud o así lo percibe la persona, entre otros factores podrá decirse que tiene calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud define Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como el conjunto de factores relacionados con el estado de salud que forman parte del concepto multidimensional de Calidad de Vida.

Según Sarabia Cobo, (2009), toma definiciones de diferentes autores, resumiendo en que la calidad de vida es la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida, dándose para ello diferentes factores, según valores de la propia persona, es decir según su percepción. Por lo tanto también puede considerarse un término subjetivo.

Haciendo referencia a que “calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien”. (Sarabia Cobo, 2009). Por lo tanto es un término asociado también a bienestar subjetivo y a salud subjetiva.

Por salud subjetiva entendemos la percepción que cada persona tiene en el momento de su propia salud a nivel físico y mental, teniendo en cuenta si tiene limitaciones, si tiene dolor y cómo se encuentra en general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por salud un “estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La propia OMS incluye dentro de su definición aspectos subjetivos y objetivos.

La salud va en relación a la calidad de vida y al apoyo social, puesto que, cuando una persona se encuentra en un estado de dependencia, como dice el término “depende” de alguien, ciertamente puede ser el entorno más cercano, es decir la familia, pero si se carece de ese apoyo, debe suplirse con un apoyo profesional. Por lo tanto ya se crean unos lazos indelebles de salud y apoyo social, y sin ello no hay calidad de vida. Encontramos diferentes estudios que confirman la relación de apoyo social y calidad de vida y salud.

En el estudio de Legrá, N., Laffita, M., Cardero L, & Castillo P, (2016) determinan apoyo social como punto clave de mantenimiento de la salud y un factor que disminuye la posible prevalencia de enfermedades, principalmente de carácter emocional.

Según los resultados del estudio de Jing W, Willis R, Feng Z. (2012), sugieren que hay una diversidad de factores que pueden influir en la calidad de vida de las personas mayores con demencia, y que cubren los aspectos demográficos, físicos, psicológicos, sociales y religiosos. También refieren que “los factores que influyen en la calidad de

vida de las personas mayores con demencia son diferentes en los diferentes entornos de vida (instituciones y comunidades de atención)” (Jing W, Willis R, Feng Z. 2012).

Barrientos-Prada & Díaz-Gervasi, (2018), va un paso más allá, en un estudio más sanitario en el que analiza la sintomatología depresiva y el número de hijos. Es evidente que el apoyo de los hijos (y otros cuidadores) es fundamental en la tercera edad, ya que son ellos quienes normalmente les prestan afecto y cuidados directos, adaptándose a las necesidades de salud de la persona. Si se produce una ausencia de esto, puede incrementarse las situaciones de tristeza y apatía, como consecuencia para el adulto mayor que experimenta por el síndrome de fragilidad, los sentimientos de soledad y abandono, el incremento de la dependencia, la reducción de la interacción social, entre otras (Barrientos-Prada & Díaz-Gervasi, 2018).

El apoyo social influye a nivel emocional, como consecuencia puede afectar a la salud emocional, cita en su estudio (Vivaldi & Barra, 2012) una afirmación de (Aguerre & Bouffard, 2008; Fernández, Clúa, Báez & Ramírez, 2000), en la que refiere que el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, puesto que reduce los efectos negativos del estrés y contribuye así al bienestar y satisfacción con la vida en general, de lo contrario puede afectar negativamente, llegando a niveles de depresión, es decir afectan directamente a la calidad de vida.

3.5 Familia como principal fuente de apoyo social

La vejez supone un antes y un después en los vínculos familiares y más cuando se trata del ingreso en un Centro, por ello es importante trabajar tanto con la persona como con la familia para no perder esos vínculos y mantener a la familia implicada.

En el momento del ingreso en una institución y después llevando un seguimiento, es importante conocer algunos aspectos que aconsejan trabajar con la familia desde el Trabajo Social y la Psicología en el ingreso en un centro de día o residencia, pueden ser:

- La culpa. El sentimiento que pueden presentar los familiares, sobre todo en el caso de las mujeres porque sienten que tienen una responsabilidad de cuidar del mayor y creen no estar haciéndolo bien.
- Rigidez relacional, poca capacidad para adaptarse a nuevas situaciones etc. (Arrazola, 2003).

Ya en los primeros trabajos encontrados sobre apoyo social, como se ha citado anteriormente, (Cassel, 1976; Cobb, 1979). Destacaban el papel positivo de la familia y de los amigos como punto de fomento de salud y prevención de la salud, es decir es un factor positivo. El estudio de (Antelo & Espinosa, 2015), confirma que el apoyo afectivo por parte de los familiares y las visitas recibidas dentro de una institución predicen la satisfacción de los mayores.

Según Sheehan (1991), citado por (Calvete, 1994) en algunas casos las visitas familiares, se realizan más por un motivo de sentimiento de culpabilidad que por una razón de afecto, esto como profesionales observamos que a día de hoy continúa, ya que además esa frustración la vuelcan en quejas o disconformidades hacia el personal del Centro, dudando del trabajo profesional y creando climas de desconfianza, cuando la realidad es que la persona está correctamente atendida. También se crea una sobreprotección en muchos casos, quizás por ese sentimiento de culpa, sin concienciarse de que tiene una atención integral en la institución.

3.6 Redes sociales

Es evidente que las últimas décadas se ha dado mayor importancia al impacto del apoyo social y redes socio familiares que influyen al individuo en sus diferentes etapas de la vida. Al igual que se estudia cómo el apoyo social afecta en la infancia y adolescencia, ya que son etapas claves para el desarrollo de la personalidad, es cierto que en la vejez, va a influir, puesto que es la última etapa de la vida, y el entorno que nos rodea puede ser un punto de interés importante para un buen desarrollo de la persona, dentro de unos niveles de bienestar que son imprescindibles en los últimos años de vida, a pesar de las circunstancias y el estado de salud de cada uno.

Vamos a ver qué estudios encontramos relacionados con el tema y qué resultados se han hallado:

En primer lugar, debemos conocer cuáles son las principales redes sociales que rodean al anciano. Encontramos en un estudio de apoyo social en un centro residencial que “El tamaño promedio de las redes sociales informales de los residentes es de 12.69 miembros (± 7.10), de los cuales el 45.31% son familiares (hijos, nietos y hermanos, fundamentalmente)” En minoría un 13% corresponde a amigos en el exterior, un 14%

relación con el personal del Centro, un 28% relación con otros residentes y un 45% relación con la familia. (Calvete, E. 1994).

Añadimos otro de los estudios encontrados, que define la red social:

“La red social es el tejido de relaciones sociales que los individuos tienen y, según Berkman y Glass se relaciona con la salud a través de diversos mecanismos psicosociales:

- a) Por el hecho de proporcionar apoyo social, tanto emocional como instrumental o de ayuda en la toma de decisiones o en la facilitación de información;
- b) Por la influencia social que existe entre los actores de la red;
- c) Por la participación y el compromiso social;
- d) Por el contacto persona a persona, y
- e) Por el acceso a recursos materiales.

Estos mecanismos psicosociales tienen efecto en la salud a través de los cambios en los estilos de vida (p. ej., consumo de tabaco o alcohol), de mecanismos psicológicos (autoestima o autoeficacia) y fisiológicos (relacionados con el sistema inmunitario o la reactividad cardiovascular, entre otros factores)” (Nebot, C. L.-S. 2003).

Según refiere en su estudio Laura Reguera, (2016) es nuestra red de apoyo la que nos puede ayudar a regular nuestras propias respuestas emocionales y en general nos da un refuerzo ante situaciones de conflicto, por lo que potencia nuestro crecimiento personal, también de forma negativa resalta, que un excesivo apoyo puede generar una sobreprotección y un nulo apoyo social, puede generar unos efectos contrarios, cuando en general lo que hace es beneficiar nuestra salud y nuestro bienestar.

Imprescindible la mención del apoyo de los profesionales sanitarios, ya que desarrollan una labor profesional, pero pasan horas junto a los usuarios y les dan los cuidados, que en muchos casos hasta el momento del ingreso se habían realizado por los familiares en el domicilio, por lo que crea un vínculo de confianza y de afecto, desde las auxiliares que ejercen un contacto directo diario, hasta enfermería, Médico, Trabajadora Social etc.

Por último es muy importante en las relaciones, las propias redes que crean entre usuarios, ya que cuando ingresan en el Centro, es un lugar nuevo y rodeados de gente nueva, pero poco a poco y también a través de las actividades del Centro, se van integrando y van creando sus propios grupos de amistad, con quién toman café, charlan, juegan a las cartas, y en ocasiones estas relaciones de convivencia también generan conflicto.

3.7 Centro Asistencial

Nuestro estudio se realiza dentro de una Institución Asistencial que incluye residencia y centro de día. Los Centros Residenciales, son instituciones destinadas a personas mayores con enfermedades crónicas y/o discapacidad física o psíquica, que ofrece el mayor nivel de atención, sin llegar a ser unidades hospitalarias. Además de alojamiento y alimentación, proporcionan cuidados de enfermería de forma permanente, asistencia en las actividades de la vida diaria, cuidados personales, servicios médicos, rehabilitación con fisioterapia, terapia ocupacional, y actividades de ocio y tiempo libre. (Martín, 2012)

En 2006 se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y se puso en marcha un sistema cuyo principal propósito fue garantizar los servicios de apoyo al cuidado, profesionalizar la atención y respetar el principio ético de la autonomía personal (Boletín Oficial del Estado, 2006). Que contempla en su catálogo, el acceso a plazas públicas, dentro de una Red de Centros, según el Grado de Dependencia reconocido. Tras la aprobación de La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se produjo un importante crecimiento del sector residencial, que fue modulándose a lo largo de los años siguientes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Al ingresar en una residencia o en un centro de día; se hace uso de la valoración geriátrica integral, la cual es un procedimiento diagnóstico, que incluye una valoración inicial del sujeto, es multidimensional (valora la esfera de salud, la capacidad funcional, la situación mental en sus aspectos cognitivos, anímicos y afectivos y también la salud social, el entorno en el que vive) e interdisciplinar (participan médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales). La valoración integral

ofrece una visión global del paciente y de sus necesidades e incapacidades, incluyendo entre su finalidad el elaborar un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica., & Valverde Sánchez, 2007). Para ello han de cubrirse las necesidades básicas junto con aquellas de carácter sanitario, psicológicas y/o cognitivas, teniendo en cuenta que el bienestar de la persona, puede estar basado en su control de enfermedad, su atención higiénico-sanitaria, su apoyo social y su autonomía.

Además del Centro Residencial, nos encontramos el Centro de Atención Diurna para mayores, que es un recurso social intermedio que se define como: “centro gerontológico socio-terapéutico y de apoyo a la familia, que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual. Sirve de medida de respiro para los cuidadores no profesionales y favorece el mantenimiento de las personas en situación de dependencia en su entorno habitual”. (DECRETO 14/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón). El centro de día supone un recurso intermedio que es de gran aceptación para el propio usuario, ya que duerme en su domicilio y supone un respiro para la familia, además de que supone menos coste que una residencia.

4. HIPÓTESIS

En multitud de artículos gerontológicos encontramos estudios que relacionan el apoyo social, con el bienestar y/o calidad de vida de las personas de mayor edad. En nuestro caso, se estudiará si esto mismo les ocurre a los usuarios institucionalizados en el Centro Asistencial Sana Ana de Utebo. Consecuentemente nos planteamos la siguiente hipótesis: Los usuarios con mayor apoyo social percibido, son los que muestran mejor estado de bienestar subjetivo o felicidad, y mejor estado de salud subjetiva.

5. OBJETIVOS

General: Conocer el estado de bienestar subjetivo y salud de los usuarios en relación al apoyo social percibido.

Específicos:

- Relacionar las variables apoyo social con las variables, bienestar subjetivo y salud.
- Determinar si la familia constituye una de las principales fuentes de apoyo social percibido.
- Detectar qué otras relaciones perciben con importancia.
- Averiguar si hay casos de relevante sentimiento de soledad o abandono.
- Conocer el nivel de felicidad general.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo Descriptivo, Transversal.

En este tipo de estudio en primer lugar, debemos identificar la población a estudiar, definiendo la muestra concreta, definir objetivos, y cuál es el objeto de estudio, siendo en este caso el apoyo social, definiremos variables y se analizarán los resultados, ya que lo que se pretende es la relación del apoyo social con el bienestar subjetivo y salud subjetiva de los usuarios.

6.2 Población (muestra): criterios de inclusión e criterios de exclusión

La población seleccionada es los usuarios de Centro Asistencial Santa Ana de Utebo, que incluyen Centro Residencial y Centro de Día, suponen un total de 154 usuarios. Los criterios de exclusión en el estudio para la selección de la muestra han sido los siguientes:

- Personas con deterioro cognitivo grave, tras obtener resultado de escala de MiniMental.
- Personas incapacitadas legalmente.
- Usuarios que por sus condiciones de salud en el momento de responder cuestionarios, no sean las apropiadas.

También se ha determinado unos criterios de inclusión:

- Residentes de Centro Asistencial Santa Ana y usuarios de Centro de Día
- Nivel cognitivo mayor a 24 puntos en MiniMental.
- Que se encuentren en el momento, en un buen estado de Salud.
- Se incluirán tres usuarios con un nivel cognitivo según resultado de MiniMental óptimo, pero por sus condiciones sociales están Tutelados por la Comisión de Tutela de Adultos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, solicitando la autorización firmada por la Directora Provincial de IASS.

Tras estos criterios obtenemos una muestra de 60 usuarios en total, siendo estos 13 usuarios de Centro de Día y 47 residentes, como primer criterio se ha utilizado una metodología selectiva, utilizando la escala de valoración de deterioro cognitivo (Minimental). Se han incluido los usuarios que han obtenido en Minimental una puntuación, que no se asocie con un deterioro cognitivo grave, es decir de ≥ 24 o > 24 .

Se ha tenido en cuenta como criterio de exclusión, a las personas que estaban hospitalizadas o no se encontraban en óptimo estado de salud y otro de los criterios de exclusión ha sido la voluntad a la hora de participar. Dos personas se excluyeron por encontrarse hospitalizadas, y otras tres personas se negaron a participar, por lo tanto se ha sufrido una mortalidad experimental, ya que de la muestra principal ha habido que reducirla por las causas anteriormente citadas. Por lo tanto finalmente se ha obtenido una muestra total de 55 participantes siendo, 43 residentes y 12 usuarios de Centro de Día.

6.3 Método, variables e instrumentos de medida

6.3.1 Metodología

Este estudio es un diseño descriptivo y transversal, en el que los datos se han obtenido mediante la realización de cuestionarios validados y una entrevista semi-estructurada, por lo tanto hablamos de una metodología mixta, ya que tenemos datos cuantitativos, pero tenemos una parte cualitativa, más nominal, en la que se mide la procedencia del apoyo social, en diferentes situaciones y según nivel de percepción de la persona.

Una de las técnicas utilizadas para realizar el trabajo, ha sido el análisis de contenido mediante la lectura de artículos que tratan sobre tercera edad, en relación al apoyo social y el bienestar subjetivo, Las principales fuentes de información han sido *Dialnet*, *PubMed*, *AlcorZe*, *PsicoDoc*, *Google School*.

El análisis cualitativo, supone obtener unas conclusiones validadas para justificar este proyecto. En primer lugar la población objeto o universo que son todos los usuarios de Centro Asistencial Santa Ana, se someten a Mini-Mental State Examination, escala que mide el nivel de deterioro cognitivo, para así ser el primer criterio de inclusión o exclusión. Estos datos se obtienen del sistema informático, ya que han sido pasadas por los/las Terapeutas Ocupacionales y nos sirven como referencia para escoger la primera selección de participantes.

De la población muestra, seleccionada tras los resultados de Escala MiniMental, se han recogido datos socio-demográficos relevantes, que nos han constituido en variables, como edad, sexo, número de hijos, número de visitas semanales, obtenida también del registro del sistema informático. Se han recogido en una ficha de elaboración propia (ver Anexo I). Sí hay buena relación familiar, y sí se relaciona dentro del Centro, se consigna a través de un registro de observación y del registro en el sistema. Posteriormente los participantes han respondido a los cuestionarios y a la entrevista semi-estructurada. Tras recoger todos los datos y completar cada participante sus cuestionarios y realizarles la entrevista, se procede al volcado de datos en el Sistema Informático estadístico: SPSS, Tras la obtención de los datos estadísticos, se realiza el análisis de estos, para la obtención de los resultados y la discusión.

6.3.2 Instrumentos

Las escalas o cuestionarios aplicados han sido las siguientes (ver modelos en Anexo II):

- Apoyo Social: La escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS de Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Versión española de Arechabala y Miranda (2002)

Compuesta por 12 ítems, recoge información sobre el apoyo social percibido por los participantes en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Su escala de respuesta corresponde a una escala tipo Likert que abarca desde: 1= muy en desacuerdo a 7= muy de acuerdo.

A nivel general los ítems se clasifican en: Amigos (ítems 6, 7, 9, 12) Familia (3, 4, 8, 11) y Otros significativos (1, 2, 5, 10) donde un mayor puntaje en cada una de las escalas antes señaladas indica la presencia de mayor apoyo social; los puntajes finales de cada subescala se suman y se obtienen los puntajes brutos. En la medida que están más cercanos al puntaje máximo mejor es el apoyo social percibido; al contrario si están más cercanos al puntaje mínimo, más deficitario es el apoyo social percibido (Arechabala y Miranda, 2002).

Este instrumento ha sido traducido al español y se ha validado en Chile, fue necesario realizar adaptaciones en la escala de respuesta cambiada por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos, 1= casi nunca; 2= a veces; 3= con frecuencia; 4= siempre o casi siempre. El instrumento en su versión chilena, presenta adecuadas propiedades psicométricas y de fiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,86 para la escala total (Arechabala y Miranda, 2002). Esta adaptación es la que se va a utilizar para la realización de este estudio.

- Bienestar Subjetivo: Se trata de la Escala Subjetiva de Felicidad (SHS: Lyubomirsky, and Lepper, 1999)

Esta escala mide la felicidad subjetiva global mediante enunciados en los que la persona se evalúa a sí mismo o bien se compara con quienes le rodean. Comprende cuatro ítems con respuesta tipo Likert de siete puntos, tratando los siguientes aspectos:

- Item 1: mide el componente cognitivo del bienestar: la felicidad global con la vida
- Item 2: evalúa la felicidad desde una perspectiva de comparación social
- Item 3: evalúa la identificación con los afectos positivos
- Item 4: evalúa la identificación con los afectos negativos.

La puntuación máxima en esta escala es de 22 puntos, dado que todos los ítems correlacionan positivamente con el bienestar, salvo el nº 4, donde se invierten las puntuaciones, ya que la cuestión es en negativo.

Extremera, Salguero y Fernández-Berrocal (2011), condujeron un estudio con estudiantes universitarios españoles en el cual examinaron la relación entre el meta-carácter y los niveles de felicidad subjetiva, observando una relación moderada.

Tanto estudios de la versión original, a pesar de tener cierta antigüedad, como las adaptaciones al castellano han mostrado una estructura unifactorial, como validez convergente y discriminante: los valores del coeficiente alfa de Cronbach estuvieron en el rango .79 y .94 ($M = .86$).

Calidad de Vida/Salud: SF-12, (Med Care. 1996 Mar; 34(3):220-33). Validado al español por (Alonso J, QualityMetric) Se trata de una versión reducida del SF 36.

Se ha utilizado la versión reducida, ya que los usuarios suelen presentar déficits, auditivos y visuales, y han de responder 2 cuestionarios más, tratando de evitar el cansancio y la participación del estudio y que sea algo más breve, y lo más fluida posible. La versión original de los SF consta de treinta y seis ítems (SF-36) desarrollados y utilizados en la década 1990-99 en investigaciones de corte epidemiológico, por el hecho de proporcionar un perfil del estado de salud percibido, que valora tanto estados positivos como negativos en población con y sin patología. Esto hace de este instrumento uno de los más ampliamente utilizados en el mundo, por relacionar salud con calidad de vida (P. Vera-Villaruel, Jaime S., Karem C y P. Pavez, 2014).

La versión reducida SF-12, se trata de un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de

fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas, en este caso de personas mayores institucionalizadas.

Según el estudio de validez de P. Vera-Villaruel, Jaime S., Karem C y P. Pavez, (2014), el SF-12 es una escala con medidas válidas y fiables que permite la obtención de un perfil acabado del paciente que caracterice su estado de salud no sólo físico, sino que también mental y social, en relación a la calidad de vida relacionada con la salud, que es lo que nos interesa en este estudio, para relacionarlo con el apoyo social.

- Entrevista semiestructurada: Entrevista Manheim de Apoyo Social, (Soc Psychiatry Psitriatic Epidemiol 1997; 32: 208-14) Antonio J. Vazquez Morejón.

Se ha solicitado mediante mail la autorización al autor, encontrado a través de BiblioPro, y dicho autor ha respondido facilitando la entrevista para su utilización.

Esta entrevista consiste en diferentes bloques de preguntas relacionadas con:

- A. Apoyo Psicológico Cotidiano
- B. Apoyo Instrumental Cotidiano
- C. Apoyo Instrumental en Crisis
- D. Apoyo Psicológico en Crisis
- E. Relaciones conflictivas

Cada bloque tiene varias preguntas, las primeras son de tipo cualitativo, ya que preguntan sobre qué persona, cuál es el parentesco etc. Y el resto de preguntas, tienen la respuesta estructurada con puntuación. Con una plantilla de respuesta se van analizando los resultados, según puntuación en base a la respuesta abierta que haya dado el participante.

La Entrevista Manheim original, realizada por Veiel (1990), y validada al español por Antonio J. Vazquez Morejón y R. Jiménez G^a Bóveda, en 1997. En la original, Veiel (1990), midió la validez, con una duración de cuatro semanas, a un grupo de estudiantes y durante 6 meses a un grupo de estudiantes con depresión, mostrando un buen coeficiente.

Antonio J. Vazquez Morejón y R. Jiménez G^a Bóveda, (1997), realizaron el estudio para validación al español, pasando la entrevista a pacientes con tratamientos de salud mental en Centros especializados de Salud Mental, obteniendo unos resultados satisfactorios, mostrando resultados correlacionando variables de salud y bienestar, que es precisamente lo que nos interesa para este estudio.

6.3.3 Variables

En cuanto a las variables que tomamos son:

Variable dependiente:

- Apoyo Social percibido en los usuarios de Centro Asistencial Santa Ana. Medido a través de la Escala de Percepción de Apoyo Social Zimet y a través de la Entrevista de Apoyo Social Percibido Manheim.

Variables independientes:

1. Cualitativas:

- Soltero o casado
- Con o sin hijos
- Residente o usuario de Centro de Día
- Buena Relación con Familia, con respuesta dicotómica.
- Relaciones dentro del Centro, con respuesta dicotómica.

2. Cuantitativas:

- Salud percibida
- Bienestar subjetivo y/o Felicidad percibida.
- Edad
- N° de hijos
- N° de visitas durante la semana

6.4 Análisis de los resultados

Tras realizar todas las escalas y la entrevista a cada uno de los participantes seleccionados en la muestra de estudio, sometemos los datos a análisis. En primer lugar se han extraído los datos de las encuestas, en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel, para utilizar el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para entorno Windows®, en su versión 21.0, volcando los datos correspondientes. Se ha realizado un análisis descriptivo, para contextualizar el estudio estadístico, y un análisis inferencial mediante la asociación entre variables.

6.5 Consideraciones éticas

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta algunas consideraciones éticas. En primer lugar, para el desarrollo del mismo, se solicitó valoración al Comité de Ética de Aragón, emitiendo dictamen favorable para la realización del estudio. (Ver Anexo IV).

Del mismo modo se ha informado y solicitado autorización a D^a Raquel Méndez Maluenda, como Directora de Centro Asistencial Santa Ana, para acceder a la base de datos y a poder llevar a cabo el estudio en el Centro.

En cuanto a los participantes, como se ha comentado anteriormente, la participación ha sido voluntaria, han sido informados mediante el consentimiento informado (ver Anexo III) y se ha respetado su decisión de participar o no en el estudio.

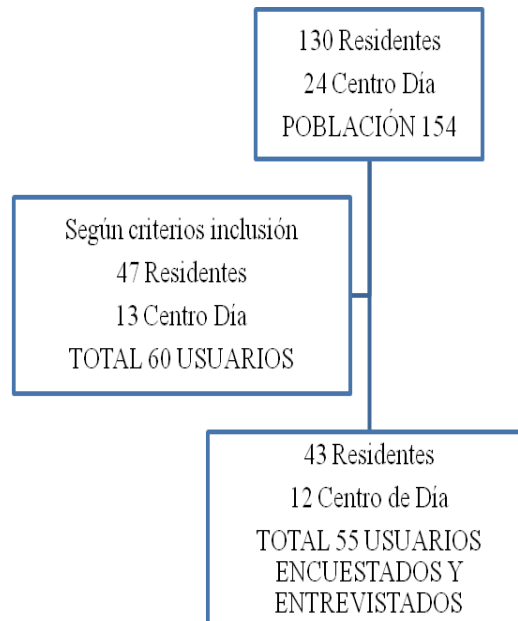
Por último hacer mención a la protección de los datos personales, manteniendo el anonimato.

7. RESULTADOS

7.1 Datos Socio-demográficos

La muestra participante en el estudio realizado ha sido de 43 residentes y 12 usuarios de Centro de Día.

Gráfico 3: Selección de la muestra



Fuente: Elaboración Propia

Se ha realizado el análisis de datos mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences© (SPSS), para entorno Windows©, en su versión 21.0. Antes de comenzar a exponer los resultados obtenidos, a través de las tablas generadas en el programa citado anteriormente, se procede a la validación de los datos. A pesar de haber utilizado cuestionarios validados, se ha realizado en primer lugar un análisis de fiabilidad de los mismos, obteniendo un Alfa de Cronbach = 0,889. Esto certifica una alta calidad en los datos obtenidos. El número de ítems totales de cuestionarios es de 28.

Para contextualizar nuestro estudio se ha continuado con un análisis descriptivo de las variables: edad, género, estado civil y número de hijos/as de cada usuario.

Tabla 1: Variables Socio-demográficas

Edad usuario		
Mínimo	Máximo	Media
57	92	79,67
Género usuario		
	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	30	54,5
Hombre	25	45,5
Total	55	100,0
E. Civil usuario		
	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	14	25,5
Viudo/a	24	43,6
Soltero/a	14	25,5
Divorciado/a	3	5,5
Total	55	100,0
Hijos usuario		
	Frecuencia	Porcentaje
0	16	29,1
1	8	14,5
2	18	32,7
3	5	9,1
4	4	7,3
5	1	1,8
6	1	1,8
7	1	1,8
8	1	1,8
Total	55	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Las edades de los participantes oscilan entre 57 y 92 años, aunque la media nos indica una ligera inclinación hacia edades más altas, ya que representa un promedio de 79,67 años. Es interesante que haya un predominio de edades altas con un buen estado cognitivo, que es el principal criterio de inclusión para la selección de la muestra. Por el contrario, mencionar que en el Centro Asistencial la edad de los usuarios oscila entre un abanico amplio de edades, debido posiblemente a la temprana aparición de demencias incapacitantes.

De todas las personas entrevistadas y encuestadas, un 54,5% son mujeres, frente a un 45,5%, son hombres, con un ligero influjo femenino posiblemente relacionado con una

mayor esperanza de vida en la mujer. Según INE (2017), la esperanza de vida de las mujeres en España es de 85,73, superando a la de los hombres que es 80,39.

En cuanto al estado civil vemos un porcentaje igualitario, tanto de personas casadas como solteras, ambos representan un 25,5% frente a un porcentaje que constituye casi el doble de personas viudas (43,6%). Todas las personas solteras del Centro no tienen descendencia, por lo que en general, podemos deducir que el apoyo social lo perciben de otros familiares, de amigos o de los propios profesionales del Centro. Por el contrario tenemos a las personas casadas, que en algunos casos viven con sus cónyuges en la Residencia, en otros uno de ellos vive en su domicilio, mientras que el otro vive en Residencia. En el caso de Centro de Día, hay varias personas que viven en el domicilio con su cónyuge, pero acuden solos al Centro. Esto puede significar que al vivir uno de los dos, se tiende al mantenimiento en el domicilio, antes que a un ingreso residencial. Cabe destacar que al ser un Centro Público, hay muchos casos que su plaza residencial se ha adjudicado por situación de Dependencia en uno de los dos cónyuges. El otro accede al Centro en calidad de acompañante, a pesar de ser más autónomo, y decide dejar el domicilio e ingresar en Centro con su pareja.

Otro dato simbólico en cuanto al apoyo social recibido por nuestros usuarios, es el número de hijos/as. Los usuarios que tienen solo un hijo/a suelen focalizar el apoyo en esa persona, mientras que los que no tienen, lo focalizan en otros familiares o amigos. También existen varios casos de personas que tienen un gran número de hijos/as, aunque la media es baja (1,84 hijos). En resumen, un 29.09% de los participantes no tienen, un 32,72% tienen dos y el resto tiene uno solo o más de 3. Más adelante, con la entrevista analizaremos la procedencia del apoyo, y veremos la preponderancia de respuesta hijos en todos los aspectos de apoyo social percibido.

7.1 Variables de Apoyo Social

A continuación vemos el análisis del Apoyo Social, mediante la Escala multidimensional de percepción de Apoyo Social (MSPSS de Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Versión española de Arechavala y Miranda (2002).

Tabla 2: Apoyo Social

	Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me ayuda	Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me ayuda	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	Puedo conversar de mis problemas con mi familia	Cuando tengo alegrías o penas, puedo compartirlas con amigos	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	Mi familia me ayuda a tomar decisiones	Puedo conversar de mis problemas con amigos
N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
\bar{x}	3,56	3,20	3,45	3,31	3,18	2,69	2,64	3,25	2,64	3,47	3,38	2,56
σ	,898	1,007	1,015	1,153	1,107	1,153	1,296	1,058	1,223	,836	1,063	1,151
Mín	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Máx	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Amigos

Familia

Otros

Fuente: Obtenida en SPSS

Esta escala aborda en 12 ítems, el apoyo social en tres ámbitos: la familia, los amigos y otros. En la tabla hemos sombreado, según leyenda, diferenciando estos ítems dentro de cada dimensión citada anteriormente. Las respuestas de los siguientes ítems, son respuestas ordinales mediante escala Likert. Además están reflejadas las medias (\bar{x}) de cada uno de los ítems. En primer lugar, las preguntas formuladas y referidas al grupo que no comprende ni a familia ni a los amigos, representan una media entre 3 y 4. Es decir, ellos mismos sienten que con frecuencia alguien les ayuda, les consuela y se interesa por lo que sienten. En segundo lugar, los ítems relacionados con familia, muestran unas medias entre 3,25 y 3,45, también bastante elevada. Por último el apoyo relacionado con los amigos, es bastante inferior a las otras medias (entre 2,56 y 2,69). En general vemos que se sienten bastante apoyados, pero cuando se les pregunta en concreto por familia o por amigos, hay una clara inclinación de preferencia hacia la familia. Esto puede darse debido al estar ingresados en un centro, ya que se tiende a la pérdida o disminución de las relaciones sociales. Aunque se hagan nuevas relaciones en el Centro, la familia como es evidente ocupa un lugar prioritario.

Relacionado también con el Apoyo Social percibido, analizamos la variable número de visitas que recibe cada usuario a lo largo de la semana. Se incluye únicamente a los 43 usuarios residentes. Este tamaño muestral no coincide con los dos anteriores, ya que en el Centro de Día, de forma habitual no se reciben visitas, puesto que residen, o bien en su domicilio, o bien en el de algún familiar, generalmente en el de los hijos.

Tabla 3: N° visitas en semana

	Frecuencia	Porcentaje
0	9	21,0
1-3	9	21,0
3-5	8	18,5
5-7	17	39,5
Total Centro	43	100,0
Centro de día	12	0,0
Total	55	100,0

Fuente: Obtenida en SPSS

En la tabla se observa una alta frecuencia de visitas por norma general. No obstante hay varios residentes que no tienen apoyo familiar por diferentes causas. La mayoría de estos casos son personas cuya tutela ha sido asumida por la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. En estos casos el único apoyo que reciben es el del propio Centro, mediante las relaciones entre otros residentes, el apoyo de los profesionales y también del voluntariado, la cual cabe mencionar por la importancia que adquiere en estos casos de ausencia de apoyo social familiar.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta, es la buena relación con la familia que poseen nuestros participantes. Estos datos se han obtenido del sistema informático de nuestro Centro, que fueron recogidos por la Trabajadora Social durante el ingreso del usuario. Estos datos se analizan mediante una tabla de contingencia, asociando la variable citada y el género.

Tabla 4: Tabla de Contingencia Buenas relaciones familiares *
Género usuario

	Género usuario		Total
	Mujer	Hombre	
Buenas relaciones familiares Si	25	24	49
No	5	1	6
Total	30	25	55

Fuente: Obtenida en SPSS

Resulta significativo que los hombres tengan mejor relación con sus familiares, con respecto a las mujeres. La diferencia es mínima, pero son las mujeres las que exponen peores relaciones en esta cuestión. Estos datos pueden variar con el transcurso del tiempo, ya que se recogen en ingreso. Posteriormente al ingreso, es cuando se observa la importancia que tienen estos seres para la familia y si hay algún tipo de conflicto o malestar latente.

7.2 Felicidad o Bienestar Subjetivo

La Felicidad se ha medido a través de la Escala Subjetiva de Felicidad (SHS: Lyubomirsky and Lepper, 1999), compuesta por 4 ítems que miden: satisfacción global (aspecto cognitivo), comparativa con iguales, afectos positivos (alegría, optimismo, etc.) y afectos negativos (pesimismo, celos, envidias, etc.). Al realizar la escala, las dos últimas preguntas estaban formuladas de tal forma que resultaban de difícil comprensión para nuestros participantes. Por consiguiente, se observó que esos dos ítems podían generar sesgos o errores de comprensión, por lo que a pesar de que se respondieron con cierta inseguridad, no se han incluido en el análisis estadístico. Consecuentemente sólo hemos incluido, los dos primeros ítems, que tratan de felicidad global y comparación con iguales.

Tabla 5: Bienestar Subjetivo/ Felicidad

	En general se considera una persona feliz	En comparación a sus semejantes se considera
N	55	55
\bar{x}	5,16	4,45
σ	2,053	1,438
Mín.	1	1
Máx.	7	7

Fuente: Obtenida en SPSS

La satisfacción global en nuestra muestra es relativamente alta ($\bar{x}= 5,16$). Sin embargo, cuando se trata de compararse con los demás ($\bar{x}= 4,45$), es decir si se consideran igual de felices que los demás, su resultado es ligeramente inferior. Es un dato muy positivo que se sientan felices, dado que residir en un Centro en muchas ocasiones está ligado a la satisfacción general dentro del Centro. Además esta satisfacción puede estar asociada a la consecución de logros alcanzados en su vida, buen estado de salud y con las relaciones personales.

7.4 Variable de Salud Percibida

Para la variable Salud, se ha utilizado el cuestionario SF-12 (Med Care, 1996). Se trata de una versión reducida del SF-36 original, que abarca tanto la salud física, como la emocional. En la siguiente tabla se analiza cada ítem. Las zonas sombreadas representan con cada color, según leyenda, las preguntas de salud física, emocional o incluye ambas.

Tabla 6: Salud

	En general usted diría que su salud es	Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados?	Su salud actual ¿le limita para subir varios pisos por escalera?	En las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido o hacer a causa de su salud física?	En las 4 últimas semanas ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas cotidianas a causa de su salud física?	En las 4 últimas semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido o hacer, por algún problema emocional?	En las 4 últimas semanas ¿No hizo sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	En las 4 últimas semanas ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su actividad habitual?	En las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió tranquilo y calmado?	En las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	En las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	En las 4 últimas semanas ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitas a amigos o familiares)?
N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
\bar{x}	2,44	2,07	1,93	1,58	1,67	1,71	1,80	3,49	4,53	3,82	4,09	5,13
σ	,714	,663	,766	,498	,474	,458	,404	1,439	1,464	1,467	1,405	1,123
Mín.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Máx.	4	3	3	2	2	2	2	5	6	6	6	6

Salud Emocional

Salud Física

Ambas

Fuente: Obtenida en SPSS

Puntúa cada pregunta de forma diferente, siendo todas las respuestas positivas con mayor puntuación que las negativas, para obtener mayor puntuación a mejor estado de salud y viceversa. En cuanto a las preguntas generales, la primera y la que se podría considerar más importante, es cómo se siente en general, la media obtenida es de 2,44, siendo una media baja. Esto se traduce en que es lógico pensar que a la hora de preguntar a una persona de mayor edad por su salud, su respuesta lo más natural es que sea negativa, puesto que suelen sentir algún dolor. Este pensamiento puede incrementar debido a la residencia en un Centro, como es nuestro contexto de estudio. Si están institucionalizados, en general es porque su salud les ha limitado a continuar en el domicilio.

En cuanto a la última pregunta, referida a la limitación de actividades sociales, la media es muy alta ($\bar{x}= 5,13$), ya que una gran mayoría han respondido que no les limita. En cuanto a la salud física, en general todas las preguntas tienen medias bastante intermedias. Es decir, en general hay personas que encuentran limitaciones en su día a día para realizar esfuerzos, para subir escaleras, y/o tienen algo de dolor, como hemos comentando anteriormente. Encontramos medias algo más elevadas cuando hablamos de limitaciones por estado emocional. La depresión entre las personas mayores es un factor que influye a nivel psíquico, emocional y físico, puesto que pierden ilusión por realizar según qué actividades y les limita su actividad diaria, pero en general aquí sienten que les limita más la salud física que la emocional, ya que han obtenido mayor puntuación en las cuestiones referidas a la esfera emocional.

Todas las personas del Centro padecen algún tipo de enfermedad o patología, tanto física, como psíquica. Su salud se ve mermada, aunque esto se controla a nivel farmacológico, médico y por cuidados de enfermería, manteniendo así su calidad de vida. Por ello su percepción de su estado de salud es positiva. Por otro lado, se encuentra la salud objetiva, que en mayor o en menor medida les afecta al 100% de los usuarios del Centro, de lo contrario estarían en su domicilio. Es por ello, que el Centro dispone de un equipo interdisciplinar sanitario que trabaja con cada uno de ellos. Pero lo más relevante para este estudio es su percepción de salud, que en general no es baja debido a los resultados obtenidos. Ellos mismos pueden llegar a sentir que reciben una buena atención sanitaria en el Centro, con un buen control de administración de tratamientos, curas y controles periódicos.

7.3 Correlaciones

Una vez analizados y comentados los resultados estadísticos descriptivos, se realiza una asociación entre las variables cuantitativas expresadas en nuestra hipótesis de partida. Para realizar este análisis estadístico inferencial, utilizamos como técnica una correlación de Pearson. Mediante el software SPSS, analizamos la significatividad de los resultados obtenidos en los diferentes cuestionarios, e interpretamos los valores de dicha correlación. Para sintetizar los resultados de los distintos cuestionarios, se han agrupado las puntuaciones obtenidas en cada una de las variables: Salud percibida

(SUMASALU), Bienestar Subjetivo y/o Felicidad percibida (SUMAFELI) y Apoyo Social percibido (SUMAAPS).

Tabla 7: Correlaciones

		SUMAFELI	SUMAAPS	SUMASALU
SUMAFELI	Correlación de Pearson	1	,546**	,496**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	55	55	55
SUMAAPS	Correlación de Pearson	,546**	1	,308*
	Sig. (bilateral)	,000		,022
	N	55	55	55
SUMASALU	Correlación de Pearson	,496**	,308*	1
	Sig. (bilateral)	,000	,022	
	N	55	55	55

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

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

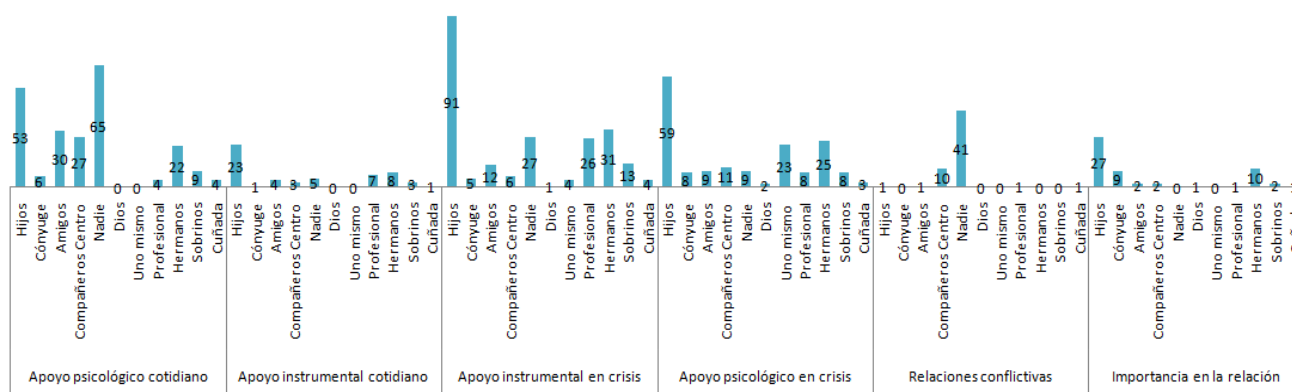
Fuente: Obtenida en SPSS.

Debido a la interpretación de los resultados obtenidos, podemos establecer una relación entre las variables Apoyo Social y Felicidad. Se tratan de unas correlaciones medias, ya que los resultados oscilan entre 0,3 y 0,6. A su vez ambas correlaciones son positivas, por lo que la asociación entre variables es directa. Así mismo, entenderíamos esta relación como: a mayor Apoyo Social, mayor felicidad en nuestros participantes. Normalmente al encontrarse en un Centro Asistencial, el nivel de autoestima o depresión de los residentes no suele ser óptimo. Esto puede ser debido a la separación de los vínculos más cercanos, y todo lo que supone el ingreso en un Centro de este tipo. Por ello es todavía más importante percibir un apoyo, para sentir esa satisfacción. Aunque en menor medida, también existe una relación entre Apoyo Social y Salud percibida, en este caso puede referirse más a la salud física que emocional, por las respuestas obtenidas en el cuestionario, como hemos visto anteriormente, pero consta una relación. La salud subjetiva, puede ir ligada al estado de autoestima o al estado de bienestar que la persona sienta, por lo que es posible que a mayor Apoyo Social percibido, mejor hayan manifestado encontrarse de salud tanto física como emocional. Sin Embargo no presenta una significatividad tan distinguida como la de la Felicidad. De tal modo, se han relacionado las variables Felicidad y Salud, mostrando una relación significativa.

7.4 Entrevista de Apoyo Social

Una vez analizados los datos de los cuestionarios y extraída la información con respecto a la relación de nuestras variables de interés, para profundizar y abordar más con respecto al Apoyo Social, se ha utilizado la Entrevista Semi-Estructurada Manheim. Consta de unas preguntas abiertas, en las que se pregunta por quién es la persona con la que realizan determinadas acciones en su día a día. Además, durante el transcurso de las entrevistas, se han recogido algunos testimonios interesantes para el desarrollo de nuestro estudio. La entrevista se divide en seis bloques de preguntas, relacionadas y agrupadas en diferentes situaciones de la vida de la persona.

Gráfico 4: Procedencia del Apoyo Social



Fuente: Elaboración propia

En primer lugar se pregunta por apoyo psicológico cotidiano, con preguntas tales como: ¿con quién le gusta tomar un café, charlar, etc.? Dentro de este mismo bloque, también se pregunta por ¿quién le ha pedido salir a tomar algo, a comer etc.? De todas las respuestas escuchadas, destaca la respuesta de “nadie”. La misma respuesta ha obtenido la pregunta que se refiere, a si alguien les pide consejos u opiniones para la realización de un acto. Incluso algún participante llegó a expresar: *“los hijos ya no piden consejo, ya saben buscarse la vida”*.

En el segundo bloque, trata de apoyo instrumental cotidiano. Recoge una única pregunta que expresa lo siguiente: si tuviera que pedir un pequeño favor ¿a quién se lo pediría? En esta pregunta encontramos variedad de respuestas, aunque predomina la respuesta hijos. Es anecdótico, que solamente un 7 % respondiera que se lo pedirían a algún

profesional del Centro. Es interesante que los trabajadores muestren también cercanía, y los usuarios perciban que pueden contar con el personal del Centro, no solo para su cuidado personal y necesidades primarias.

En el tercer bloque, trata de apoyo instrumental en situaciones de crisis. En este apartado predomina la respuesta a hijos, ya que les consideran como fuente de apoyo cuando tienen un problema más severo. Estos problemas pueden ser, desde la necesidad económica, hasta decisiones personales muy importantes. En este bloque además, preguntan sobre quién les cuidaría si caen enfermos. Curiosamente en esa cuestión, hubo un gran número de respuestas refiriéndose a los profesionales del Centro (26%). Lo que supone que un gran número de usuarios, consideran que no les va a faltar el cuidado profesional y se sienten cuidados en ese aspecto. Los usuarios que nombran a familiares, normalmente es porque son conscientes de que si enferman van a recibir más visitas. Ellos mismos asocian estos dos factores.

El cuarto bloque, trata de apoyo psicológico en crisis. Llama la atención que un 23% de los entrevistados respondiera, que cuando tienen que desahogarse o animarse, sean ellos mismos los que lo hagan. Algunos de los testimonios recogidos sobre esta respuesta fueron: *“Me pongo a cantar yo solo y me animo”*, *“Lloro mucho sola en la cama”*, *“No se puede confiar en nadie”*. Dada que la tipología de las preguntas son abiertas, ellos mismos responden con sinceridad y además exponen situaciones que se repiten día a día. Es destacable también, que un 2%, nombra a Dios como respuesta de apoyo o consuelo, mediante su propia oración. La religión y las creencias espirituales forman una parte importante del bienestar en esta etapa de la vida, y esto abre nuevas puertas de estudio también a la hora de enfrentar la soledad, la muerte o la enfermedad. Refiriéndose a si tienen algún tipo de relación conflictiva con alguien, se aprecia que un 41% no tienen ningún tipo de conflicto, lo que resulta positivo que valoren que tienen buenas relaciones interpersonales. Por el contrario, llama la atención que un 10% responde tener algún tipo de conflicto en relaciones con otros compañeros residentes del Centro, dato que como profesional del área, no es sorprendente.

El último bloque está referido a las personas más importantes para ellos. Destacan con un 27% los hijos, aunque un 10% se declina por sus hermanos o hermanas, ya que también hay bastantes usuarios que no tienen descendencia y su único apoyo es este.

Como dato anecdótico, es que un usuario responde que lo más importante para él es Dios, y otros dos responden que la persona más importante es otro compañero/a residente.

Además dentro de nuestra entrevista, se han incluido dos preguntas acerca de la confianza con respecto a su entorno y de si sienten que están o son capaces de resolver sus propios problemas. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Tabla 8: Afirmación I Entrevista

Si las cosas se ponen realmente mal, uno solo puede confiar en uno mismo. ¿Está de acuerdo?

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	28	50,9
Más bien de acuerdo	9	16,4
Más bien en desacuerdo	11	20,0
Totalmente en desacuerdo	7	12,7
Total	55	100,0

Fuente: Obtenida en SPSS

Según los resultados, en la mitad de los usuarios predomina la desconfianza para afrontar los problemas. En general intentan resolver sus problemas por sí solos/as, ya que prefieren “no molestar”, y no incomodar a sus más cercanos. Si la cuestión perdura, prefieren seguir confiando en sí mismos y no contar con nadie. Solamente en los casos más extremos, es cuando piden ayuda. Como podemos observar en el Gráfico 2, según que cuestiones prefieren guardarlas para sí mismos. Haciendo alusión a la pregunta sobre quién les consuela o quién consigue que se animen, la respuesta “uno mismo” ha predominado frente a otras. Por lo que a la hora de resolver ciertos problemas, saben que pueden contar con familiares o amigos, pero intentar tener autonomía para solventarlos sin ayuda. Por último, para enfatizar más estos resultados adjuntamos la siguiente tabla:

Tabla 9: Afirmación II Entrevista

Tienes a pedir ayuda a los demás solo cuando ya no le queda más remedio.

	Frecuencia	Porcentaje
Verdad	35	63,6
Más bien verdad	18	32,7
Más bien falso	2	3,6
Total	55	100,0

Fuente: Obtenida en SPSS

8. DISCUSIÓN

Tras la obtención e interpretación de los resultados, destacamos que nuestra hipótesis se contrasta. Podemos establecer una relación significativa entre el Apoyo Social percibido, y el Bienestar subjetivo y/o Felicidad de nuestra muestra. Y aunque con una menor significación, también se ha podido establecer una relación con la salud. El apoyo social influye en la variabilidad del bienestar subjetivo, como ya exponía el estudio de Diener (2000). A pesar de la escasa literatura que encontramos sobre influencia de Apoyo Social en el Bienestar subjetivo de personas mayores, y en concreto participantes institucionalizados, encontramos otros estudios en consonancia con el nuestro. Algunos han demostrado la importancia del apoyo social, siendo la familia el mayor proveedor de apoyo social en el mayor.

En relación al apoyo social, hemos analizado el número de visitas que reciben en semana. Bien es cierto que se dan bastantes visitas por semana a cada usuario, pero eso compensa con las personas que no reciben nunca visitas. Conocer el número de visitas y principalmente qué personas no las reciben, es un dato importante porque se ve reflejado en el bienestar de la persona, como se confirma en el estudio de Antelo y Espinosa (2015), dónde se afirma que las visitas que reciben los usuarios en una institución pueden predecir la satisfacción de los mayores. Sin embargo, no hemos contrastado la parte menos positiva de las visitas familiares, como puede ser una sobreprotección de la persona o por sentimiento de culpabilidad, y no por una razón de afecto, como cita (Calvete, 1994). Podría resultar interesante de abordar, la posibilidad

de cuantificar el sentimiento de culpabilidad, cuando realizan por primera vez el ingreso en residencia.

Como referencia en nuestro estudio, se ha tenido en cuenta el estudio de Calvete (1994). Este refiere que ese sentimiento de culpa muchas veces se vuelca en la sobreprotección del anciano, generando desconfianza hacia la atención prestada por el personal de la institución. En ocasiones la dificultad que supone asumir la situación de su familiar, genera ciertas inseguridades, que al final acaban siendo perjudiciales para el interesado. Las visitas pueden limitarse por una razón de emoción y dolor, de ver a la persona en un estado de dependencia y delegan todo el cuidado en los profesionales, sin considerar que la persona necesita seguir manteniendo su contacto y su relación. Por lo tanto constatamos que las visitas de los más allegados influyen en el bienestar del residente, al igual que refiere Antelo y Espinosa (2015), ya que perciben que no están “abandonados” y siguen manteniendo los vínculos previos al ingreso al Centro.

A través de la entrevista hemos constado el papel esencial de los hijos y de otros familiares. Además también llama la atención que en varias ocasiones y dependiendo de las situaciones planteadas, nombran a los profesionales de la institución. Esto significa que se reconoce el papel fundamental de las personas cuidadoras más directas. Según Bazo (2004), podemos decir que los profesionales juegan un papel importante en las relaciones diarias con los usuarios, por lo que también afecta en el bienestar de éstos.

En nuestro estudio se ha realizado un muestreo no probabilístico, en la que la muestra ha sido seleccionada según el nivel cognitivo. Pero como posible pregunta de investigación, nos planteamos el estudio del apoyo social en los usuarios con demencia, puesto que hay estudios que han demostrado que hay una influencia positiva. Entre los autores destacan Jing W, Willis R, Feng Z. (2012), que incluyen dentro de los factores de calidad de vida de personas con demencia, aspectos sociales, psicológicos y/o religiosos. En nuestro estudio, los participantes en alguna ocasión, han nombrado la importancia de Dios y de la oración.

Es posible que influya el número de hijos en el bienestar de los usuarios, puesto que el apoyo no es el mismo. Aunque es posible que la relación entre, número de hijos y efectividad del apoyo, no sea siempre directamente proporcional. El estudio de

Barrientos-Prada & Díaz-Gervasi, (2018), relaciona encontrando significación entre sintomatología depresiva y número de hijos.

Sin duda el valor que se le ha otorgado por parte de nuestros participantes a la familia, ha sido relevante en nuestro estudio. Se cumple así uno de nuestros objetivos: “determinar si la familia constituye la principal fuente de apoyo social percibido”. De esta forma podemos afirmar que dentro de nuestra muestra, se verifica que la familia representa un papel muy positivo, como ya se nombraba en los estudios más incipientes de apoyo social. No menos importantes son los amigos externos al Centro y los amigos dentro del Centro. Como se ha visto reflejado, estos no han pasado desapercibidos. Pero desafortunadamente, los compañeros residentes han sido una de las respuestas más relevantes en cuanto a situaciones de conflicto. Dentro del Centro, se crean nuevos lazos de amistad, comparten instalaciones, actividades y algunos incluso habitación. Por lo que se crean vínculos afectivos, pero al ser un núcleo de convivencia también se generan conflictos.

La variable salud presenta una significación inferior a la de bienestar subjetivo cuando se relaciona con apoyo social. Sin embargo, aunque los resultados nos indican que perciben en general su salud como regular o buena, y que les limita más su salud física que la emocional, cabe destacar que todas las personas del Centro han accedido a su plaza por tener un Grado reconocido por situación de Dependencia. Existe otro grupo que ha accedido al Centro en calidad de acompañante de la persona, en situación de Dependencia, pero que al fin y al cabo tiene diferentes patologías, aunque no les genere situaciones de dependencia. Es decir que en general todos los usuarios tienen alguna afección en la salud, con frecuencia asociadas a la edad. Acorde con nuestros resultados y verificando nuestra hipótesis, el apoyo social afecta a la salud. Al igual que nuestro estudio, coexisten muchos otros como Guerrero-Martelo M, Galván G, Vázquez De la Hoz F, (2015) que afirman que el apoyo social y la autonomía funcional, son los determinantes más fuertes de autoestima en ancianos. Estos estudios van en la línea del estudio de N. Legrá, M. Laffita, Cardero Leyva, & Castillo Perez, (2016), que reafirman el apoyo social como punto clave de mantenimiento de la salud y un factor que disminuye la posible prevalencia de enfermedades, principalmente de carácter emocional. También lo confirman en su estudio Vivaldi & Barra (2012), que exponen que el apoyo social puede influir en el estado emocional, por lo tanto, afecta a la salud emocional. En nuestro estudio por el contrario, se ha manifestado más afección a nivel

de salud física que de salud emocional, pero hubiese sido substancial analizar la autoestima.

Para concluir, decimos que hemos podido comprobar que el apoyo social influye en el bienestar subjetivo de los usuarios, y que ese apoyo social proviene de diferentes relaciones sociales y aunque en menor medida también en la salud. Predomina la relación con la familia como constata en el estudio de G. Jock-Hung, y Taser-Álvarez, I. D.-C. (2017), donde confirman la relación entre apoyo social y bienestar subjetivo, y además muestran a la familia como principal fuente de apoyo social. En nuestro estudio no hemos analizado como percibe la familia, el apoyo o la interacción con los usuarios, pero puede abrirnos una nueva pregunta de investigación. De esta forma se podría estudiar si el apoyo social tiene beneficio mutuo, ya que en otros estudios, han demostrado que el beneficio del apoyo social es recíproco.

8.1 Limitaciones del Estudio

- Selección de la muestra: la muestra representa un 35, 71% del total de los usuarios del Centro, puesto que el nivel cognitivo así lo ha permitido. Ya que hemos hallado una significación, sería interesante realizar un estudio con varios Centros de las mismas características. Tampoco se han podido establecer relaciones entre los que están en Residencia y los usuarios de Centro de Día, puesto que la muestra es muy poco equitativa, pero sería atractivo realizar un estudio comparativo.
- Instrumentos: algunos han resultado sencillos y de fácil comprensión y resolución, pero sin embargo ha habido que eliminar preguntas como se ha comentado anteriormente, por la dificultad de éstas. También en cuanto al tiempo, quizás ha sido demasiado extenso para el nivel cognitivo.
- Reactividad experimental y sensibilización a la realización de los cuestionarios: nivel de atención óptimo, horas a las que se les ha entrevistado, cercanía del entrevistador.

8.2 Aportaciones del Estudio

Tras la búsqueda bibliográfica, se han encontrado estudios sobre apoyo social y vejez, pero hay escasa literatura sobre apoyo social en personas institucionalizadas.

Por ello la importancia de profundizar, en la influencia del apoyo social en las personas que se encuentran en un Centro. Nuestro estudio, ha puesto de manifiesto una modesta relación entre apoyo social y bienestar subjetivo y salud. Se han abierto puertas de posibles preguntas de investigación, tema creencias religiosas, poder analizar más la salud objetiva con apoyo social, cómo vive la familia la relación etc.

A nivel personal y profesional, me ha aportado mucho, ya que en mí día a día no es posible profundizar tanto en los sentimientos de cada uno, respecto a las relaciones sociales. Esto me ha acercado a ver cómo se sienten algunos residentes respecto a su familia, amigos y/o a los compañeros del centro y a poder plantear intervenciones profesionales y poner mayor atención a la implantación de voluntariado.

9. CONCLUSIONES

Considero que ha sido un estudio con unos resultados que nos llevan a la reflexión, ya que se ha podido contrastar la influencia del apoyo social en el bienestar y salud de nuestra población seleccionada. Con la entrevista y los testimonios, hemos observado como el hecho de sentirse solos, les afecta emocionalmente, por lo que afectaría de forma directa en su bienestar, y de forma menos directa a su salud. El apoyo social ejerce una fuerza de empoderamiento en la persona, ya que le ayuda a tener un mayor bienestar. Esto se ha medido a través de diferentes variables y utilizando una serie de instrumentos válidos y fiables para constatar su influencia.

Asimismo, mediante la entrevista hemos visto cómo la familia es una de las principales fuentes de apoyo. No solo es relevante este apoyo, sino que los hijos, hermanos o sobrinos, pueden reemplazar este rol en los casos de personas solteras o sin hijos. También las relaciones con los amigos externos al Centro, como con los propios del Centro, son importantes. Incluso se ha nombrado también la relación con los profesionales. En cuanto a las relaciones conflictivas, en general hemos visto como dato socio-demográfico, que son escasas, aunque existentes y con más insistencia en mujeres que entre hombres. Sin embargo al realizar la entrevista, destaca un buen porcentaje de personas que dicen no tener relación de conflicto con nadie, pero hay una dispersión de resultados, entre relaciones conflictivas con otros residentes y algo más bajas entre

algún familiar. Es importante que hayan reconocido esto, ya que puede costar más que hablar de lo positivo.

Los resultados nos plantean posibles intervenciones, como pueden ser intentar mantener ciertos vínculos con las personas que han perdido la relación con sus hijos, por ejemplo. Se puede intentar hacer una intervención social y una mediación, para lograr un contacto e intentar recuperar las relaciones perdidas. Respecto a las personas sin familia, se deben plantear actividades con dinámicas grupales, que fomenten las relaciones entre usuarios para facilitarles el contacto. También se dan ciertos conflictos, por lo que hay que resolverlos cuanto antes a través de la mediación, y las actividades de ocio y tiempo libre. Igualmente es importante que se sientan valorados, ofreciéndoles un papel importante en el Centro, como el desempeño de una función y que se puedan sentir realizados.

Dada mi situación laboral actual, me permito un pequeño inciso para comentar la figura del Trabajador Social en un Centro Asistencial. Su labor supone un contacto directo con la familia, por lo que es quién puede detectar la existencia de problemas socio-familiares e intentar a través de la mediación, resolver los posibles conflictos familiares. De igual forma recibe los ingresos, por lo que debe rebajar las tensiones que genera el ingreso, mediante la intervención familiar e individual. Del mismo modo debe advertir legalmente cuando detecta que la familia está haciendo un mal uso de los bienes de la persona usuaria, entre otras.

Para concluir, debemos decir que el apoyo social es trascendental y necesario en nuestras vidas. Esto tiene una importancia exponencial en algunas etapas de la vida, como es la vejez. En este periodo generalmente somos más vulnerables, y necesitamos ciertos cuidados. Por ello es imprescindible contar con un apoyo, ya provenga de la familia, amigos u otros. Dentro de un Centro Asistencial, el apoyo sigue siendo necesario, puesto que a pesar de recibir los cuidados y la atención profesional, los familiares y amigos juegan un papel importante en el bienestar de los usuarios. Los Centros deben de tener muy en cuenta estas situaciones, y en los casos de carencia familiar, reforzar otros vínculos. Estos pueden ser: la relación entre compañeros o la relación con los profesionales. Estas relaciones afectan al bienestar y a la salud.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Ailín Martínez Rodríguez, F. M. S. C. (2015). Dialnet.Unirioja.Es. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=273206>
- Ahmed-Mohamed, K., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Forjaz, M. J., & Martinez-Martin, P. (2013). Perceived Social Support of Older Adults in Spain. *Applied Research in Quality of Life*, 8(2), 183–200.
- Antelo, P., & Espinosa, P. (2015). La influencia del apoyo social en usuarios institucionalizados socialmente vulnerables || The influence of social support on institutionalized socially vulnerable users. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 2(1), 54.
- Arrazola, f. j. (2003). Centros de día. Guipuzkoa: Gizartekintza.
- Barrientos-Prada, C., & Díaz-Gervasi, G. (2018). *Berichte zum wirtschaftlichen Verbraucherschutz... : Bericht der Zentralen Verbindungsstelle gem. [section] 3 Abs. 2 EG-Verbraucherschutzdurchsetzungsgesetz(VSchDG) : Bericht gem. Artikel 21 Abs. 2 der Verordnung(EG) Nr. 2006/2004 über die Zusammenarbeit im Verbraucherschutz. CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud (Vol. 3).*
- Bazo, M. T. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. Bazo, María Teresa; Ancizu, Iciar (REIS No105. ESTUDIOS). *Reis*, 105, 43–77.
- Bueno Martínez, B., Buz, J., Navarro, A. B., & López-Martín, L. (2017). Equidad en el apoyo social recíproco y satisfacción vital en personas mayores. *Universitas Psychologica*, 16(1).
- C.J. Molina Sena, J. C. (2007). Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Revista española de geriatría y gerontología: Organo oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 276-284.
- Calvete, E. (1994). Apoyo social y ancianos. Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarko Aldiskaria, 25.
- Diener, E. y Chan, M.Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), 1–43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- González, E. F., & Palma, F. S. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 34(1), 67–73.
- G. Jock-Hung, Y. Taser-Álvarez, I. D.-C. (2017). Bienestar subjetivo y apoyo social en el adulto mayor, *14*(46), 306–321.
- Gómez Llorens, M. O., & Olatz, M. (1998). Apoyo social en la tercera edad. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/38895#.XHLMbvdvxG0.mendeley>

- Guerrero-Martelo M, Galván G, Vázquez De la Hoz F, (2015). Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional en Función.
- IMSERSO (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”.
- Instituto Nacional de Estadística (2018) Proyecciones de población 2018.
- Juan Carlos Meléndez Moral, J. M. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 90-95.
- Laura Reguera. (2016). El apoyo social: el mejor pilar de nuestro bienestar - La Mente es Maravillosa. *La Mente Es Maravillosa*. Retrieved from <https://lamenteesmaravillosa.com/apoyo-social-pilar-del-bienestar/>
- Martín, B. R. (2012). *Qualitative analysis of formal care in public nursing homes. doctoral thesis*. Retrieved from [https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3437/TESIS Rodríguez Martín.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3437/TESIS%20Rodríguez%20Martín.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Meléndez Moral, J. M. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología , 90-95.
- Mendoza Sierra, M. I. (1996). Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad. Retrieved from <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/15515>
- Merino, a. p., Ruiz Díaz, m. á. (2009). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Madrid: SÍNTESIS, S.A.
- Moreno, S. D. (2014). Factores asociados al estado de salud autopercebida, calidad de vida y satisfacción personal en ancianos institucionalizados e importancia del apoyo familiar y las relaciones sociales. Universidad de Cádiz.
- Nebot, C. L.-S. (2003). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gaceta Sanitaria, 83-91.
- Rey Lourdes Extremera, Natalio (2015) ¿Abuelo, eres feliz?. La importancia de la inteligencia emocional y el apoyo social en personas mayores V Jornadas de Emociones y Bienestar; Madrid.
- Rodríguez Díaz, M.T (2017). Tesis doctoral. Director. Dependencia y bienestar en ancianos institucionalizados: propuesta de un programa de intervención. Universidad de Granada.
- Salinero, J. G. (n.d.). *Estudios descriptivos*. Retrieved from [http://webpersonal.uma.es/de/jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios descriptivos.pdf](http://webpersonal.uma.es/de/jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf)

Salgado Escalona, M., Noa Legrá, M., Matos Laffita, D., Cardero Leyva, D., & Castillo Perez, Y. (2016). Influence of some biopsychosocial factors in the subjective well-being of institutionalized elderly. *MEDISAN*, 20(10), 2195–2201.

Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172–174.

Self-esteem, R. B., & Autonomy, F. (2015). Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional 2015, 18(34), 303–310.

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica., J. M., Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas., M., & Valverde Sánchez, M. del M. (2007). *Gerokomos : revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. *Gerokomos* (Vol. 18). Ediciones SPA

Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología., A., & Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias., J. (1994). *Psicothema*. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 6, N^o. 1, 1994, págs. 39-47 (Vol. 6). Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2017393>

Universidad de Zaragoza. Escuela Universitaria de Estudios Sociales., V., & González Aguado, R. (2018). *Acciones e investigaciones sociales*. *Acciones e investigaciones sociales*, ISSN 1132-192X, N^o 39, 2018, págs. 89-110. Escuela Universitaria de Estudios Sociales, Universidad de Zaragoza. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6728772>

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29. <https://doi.org/10.4067/S0718-4808201200020000>

CUESTIONARIOS Y ENTREVISTA

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., González-Herrero, V., Cabello, R. (2009). Una Validación preliminar de la versión española de la Subjective Happiness Scale. Fundación Marcelino Botín, I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional. Santander

Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones; 2002

Veiel HO, Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 1990; The Manheim Interview on Social Support 25: 250-9.

Ware JE. Med Care. 1996 Mar;34 (3): Medical Outcomes Study (MOS) 12-Item Short Form 220-33.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41

ANEXO I: FICHA DATOS

FICHA DE DATOS

NOMBRE	EDAD
Nº HIJOS	ESTADO CIVIL
ACTIVIDAD LABORAL	GRADO DEPENDENCIA
RELACIONES FAMILIARES	RELACIONES DENTRO DEL CENTRO
PARTICIPA EN ACTIVIDADES	Nº DE VISITAS

OBSERVACIONES:

ANEXO II: INSTRUMENTOS

- **Escala subjetiva de felicidad (SHS: Lyubomirsky, and Lepper,1999)**

En general me considero una persona

NO MUY FELIZ	1	2	3	4	5	6	7	MUY FELIZ
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

En comparación con mis pares o semejantes, me considero

MENOS FELIZ	1	2	3	4	5	6	7	MÁS FELIZ
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

Algunas personas, en general, son muy felices, disfrutan de la vida más allá de lo que suceda, sacan el máximo provecho de todo. ¿En qué medida ésta caracterización lo representa?

CASI NADA	1	2	3	4	5	6	7	MUCHÍSIMO
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Algunas personas, en general, **NO** son muy felices, aunque no están deprimidas, nunca parecen tan felices como podrían. ¿En qué medida ésta caracterización lo representa?

CASI NADA	1	2	3	4	5	6	7	MUCHÍSIMO
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

- **Escala de apoyo social percibido (MSPSS: Zimet,Dahlem, Zimet y Farley, 1988)**

	Casi Nunca	A veces	Con frecuenci a	Siempr e o casi siempre
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia				
9. Cuando tengo alegrías o penas, puedo compartirlas con mis amigos				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

● **Cuestionario de Salud SF-12. (Med Care. 1996 Mar)**

I.M.P.R.E.S.S.
SF-12v2™ Health Survey
(SF-12 v2 Standard, US Spanish Version 2.0)
To be completed by the PATIENT

(For Internal Use Only)

Patient Study Number	Completed By: _____
	Clinic: _____
Visit Date (MM/DD/YY) ____/____/____	Visit Schedule (check appropriate box) <input type="checkbox"/> Preop <input type="checkbox"/> 3 mo <input type="checkbox"/> 6 mo <input type="checkbox"/> 12 mo <input type="checkbox"/> 24 mo

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita mucho
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I.M.P.R.E.S.S.
SF-12v2TM Health Survey
 (SF-12 v2 Standard, US Spanish Version 2.0)
To be completed by the PATIENT

(For Internal Use Only)

Patient Study Number	Completed By: _____
	Clinic: _____
Visit Date (MM/DD/YY) ____/____/____	Visit Schedule (check appropriate box) <input type="checkbox"/> Preop <input type="checkbox"/> 3 mo <input type="checkbox"/> 6 mo <input type="checkbox"/> 12 mo <input type="checkbox"/> 24 mo

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Si	No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	Regular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca		

© 1994, 2002 by QualityMetric Inc. and Medical Outcomes Trust. All Rights Reserved. SF-12TM is a registered trademark of Medical Outcomes Trust

- **Entrevista de Apoyo Social Percibido Manheim. Veiel HO, Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 1990; Antonio J. Vazquez Morejón (Validación al Español).**

A. Apoyo Psicológico Cotidiano (preguntas A1-A4)

A1 *¿Con quien le gusta hacer cosas como, por ejemplo, salir a tomar un café, ir al cine, dar un paseo, pasar un rato jugando a las cartas o cosas de este tipo ?*

A1b *¿Le gustaría hacer mas a menudo este tipo de cosas con estas u otras personas?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

A2 *¿Con quien le gusta charlar y comentar temas de su interés (sobre vacaciones, películas, cosas cotidianas..) ?*

A2b *¿Querría charlar más frecuentemente con estas personas ?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

A3 *¿En los últimos seis meses qué familiares o amigos le han contado problemas personales importantes pidiéndole su opinión ó le han pedido consejo para tomar alguna decisión importante ? Sólo en los últimos seis meses, desde hasta ahora ?*

A3b *¿Desearía que sus amigos o familiares le confiaran sus problemas y/o le pidieran consejo más a menudo ?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

Entrevista Mannheim de Apoyo Social – EMAS_

A4 *¿En el último mes qué personas (familiares o amigos) le han pedido a usted que salga con ellos/as (para ir al cine, dar un paseo, tomar un café o cosas similares)?*

A4b *¿Le gustaría que se lo pidiesen más a menudo?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

B. Apoyo Instrumental Cotidiano (pregunta B1)

B1 *Si tuviese que pedir a alguien un pequeño favor como, por ejemplo, que le ayuden a arreglar alguna cosa, le presten algo o le hagan un recado, ¿a quién se lo pediría usted ?*

B1b *¿Le gustaría contar con más personas a quien pudiera recurrir para estos pequeños favores?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

C. Apoyo Instrumental en Crisis (preguntas C1-C4)

C1 *Imagínese que se encuentra con grandes dificultades económicas y necesita repentinamente una cantidad importante de dinero - aproximadamente la mitad de lo que usted gana al año - ¿A quién se lo podría pedir prestado? (En caso de referirse al banco, preguntar: ¿Y si el banco no le concede un crédito ?).*

C1b *¿Le gustaría tener más ayuda en este tipo de situaciones?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

C2 *Suponga que cae enfermo/a y tiene que permanecer en cama durante una semana, ¿Que personas (familiares o amigos) podrían cuidarle?*¹

C2b *¿Le gustaría contar con más ayuda en este tipo de situaciones ?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

C3 *Imagine que para construir una nueva avenida esta previsto derrumbar su casa (u otras situaciones como denegarle la pensión, un despido laboral, etc.) . Dado que las consecuencias para usted son graves, debe hacer algo para impedirlo. ¿A qué personas conoce usted que sepan de estos temas -administrativos y legales- y pudieran aconsejarle u orientarle?*

C3b *En este tipo de situaciones, ¿le gustaría poder contar con más personas que le orientaran?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

C4 *Si tuviera que tomar una decisión personal muy importante(pedir un préstamo para pagar en muchos años, decidir qué estudios o empleo realizar, comprar una vivienda, etc.) ¿Con quién lo discutiría seriamente, para que le aconsejara, antes de tomar la decisión ?*

C4b *En este tipo de situaciones, ¿le gustaría poder contar con más personas que le aconsejaran ?*

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

D. Apoyo Psicológico en Crisis (preguntas D1-D4)

D1 Si algún familiar o amigo/a suyo/a estuviese muy grave o hubiese muerto y usted necesitase desahogarse con alguien que le comprendiera, ¿A quién recurriría ?

D1b ¿Le gustaría contar con más personas con las que desahogarse y comunicar sus sentimientos y preocupaciones en este tipo de situaciones?

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

D2 Imagínese que ha fracasado en un aspecto muy importante de su vida, en algún aspecto que siempre ha significado mucho para usted y del que está orgulloso/a (matrimonio, trabajo, estudios...), ¿En quién podría confiar plenamente ? (sabiendo que le va a entender y apoyar sin reservas).

D2b ¿Le gustaría contar con más personas en las que confiar en una situación así?

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

D3 Algunas veces todo va mal y uno/a se siente decaído/a, desanimado/a, sin confianza en uno mismo/a. En estas situaciones ¿quién consigue que usted se anime y recupere la confianza en usted mismo/a y en sus capacidades ?

D3b ¿Le gustaría poder conseguir más ayuda en este tipo de situaciones?

1 Algo más 2 Mucho más 3 Esta bien así 8 Me da igual 9 No sé

RELACIONES CONFLICTIVAS

X1 *De todas las personas con las que se relaciona (familiares, amigos/as, compañeros/as, etc.) ¿Qué relaciones le crean tensiones o dificultades ?*

La relación con...

En relación a cada una de las personas mencionadas preguntar²:

E1 *¿Qué parentesco o relación tiene con el/ella ? (ver categorías)*

E2 *¿Qué edad tiene aproximadamente ?*

E2b *¿Cuántos años hace que la conoce ? (código 99 para familiares)*

E3 *¿Vive cerca o lejos de usted ?*

1 El mismo edificio 2 El mismo barrio 3 La misma ciudad
4 La misma región 5 Más lejos

E4 *¿Con qué frecuencia habla con el/ella ? (aunque sea por teléfono)*

1 Diariamente 2 Dos-tres veces/semana 3 Una vez/semana
4 Una vez cada dos semanas 5 Una vez/mes 6 Una vez/ tres meses
7 Una vez/año o menos

E5 *¿La considera una persona importante en su vida, o el/ella no es tan importante para usted ?*

1 Importante 2 No muy importante 9 No sé

Entrevista Mannheim de Apoyo Social – EMAS_

E6 ¿Se siente satisfecho/a de como es su relación con el/ella o más bien se siente insatisfecho ?

1 Satisfecho/a 2 Insatisfecho 9 No sé

F1 De todos sus amigos y familiares, ¿quienes son **realmente muy importantes** para usted?

(Marcar "4" en la columna de *Importancia* de cada una de las personas mencionadas)

G1 " Si las cosas se ponen realmente mal, uno/a sólo puede confiar en uno/a mismo/a". ¿Estaría usted de acuerdo con esto ?³

1 Totalmente de acuerdo 2 Mas bien de acuerdo 3 Más bien en desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo

H1 ¿Tiende a pedir ayuda a los demás sólo cuando ya no le queda más remedio, cuando le resulta imposible resolverlo por usted mismo/a ?

1 Verdad 2 Mas bien verdad 3 Mas bien falso 4 Falso

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación:

Influencia del apoyo social en el bienestar subjetivo y salud de los usuarios de Centro Asistencial Santa Ana

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en Centro Asistencial Santa de Utebo. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su médico-persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque el estudio trata sobre La influencia del Apoyo Social y es preciso que responda una serie de cuestionarios, ya que usted se encuentra como usuario de este Centro.

En total en el estudio participarán 80 usuarios de estas características.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Estudiar cómo influye el apoyo social, tanto familiar como las relaciones entre usuarios dentro del Centro, en el bienestar y salud de cada persona.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo.

Se le va a solicitar cumplimentar 3 encuestas, relacionadas con el apoyo social, el bienestar subjetivo y salud, lo que puede llevar un tiempo de 30 minutos en total. También se va a proceder a una observación puntual de una semana y se van a recoger datos relevantes observados, relacionados con las relaciones sociales dentro del Centro.

5. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento es probable que no obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación. Tampoco le va a suponer un coste, si no una pequeña inversión de su tiempo libre.

6. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

7. ¿Quién financia el estudio?

No hay ningún tipo de financiación para este estudio, es un estudio con fin académico del Máster de Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

8. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

9. ¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención sanitaria. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos.

10. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, D^a Elena Comenge Gracia en el teléfono 976792996 en horario de 09 horas a 19 horas o por correo electrónico en la dirección elenacomenge92@gmail.com

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Influencia del apoyo social en el bienestar subjetivo y salud de los usuarios de Centro Asistencial Santa Ana

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: D^a Elena Comenge Gracia

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

ANEXO IV: AUTORIZACIONES



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. PI19/228

22 de mayo de 2019

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 22/05/2019, Acta N° 10/2019 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Influencia del apoyo social en el Bienestar subjetivo y Salud de los usuarios del Centro Asistencial Santa Ana de Utebo

Alumna: Elena Comenge Gracia
Directora: Reyes Torres Sánchez

Versión protocolo: V. 2.0 de 12/05/2019

Versión documento de información y consentimiento: 25/04/2019

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento informado, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2019.05.24
11:26:07 +02'00'

María González Hínjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Yo **D^a Elena Comenge Gracia**, como Trabajadora Social de Centro Asistencial Santa Ana, informo de que encuentro actualmente estudiando el **Máster de Gerontología Social** en la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Zaragoza. Para la realización del trabajo fin de Máster, he seleccionado la línea de investigación del Apoyo Social, en concreto el título es: ***"Influencia del Apoyo Social en el bienestar subjetivo y salud de los usuarios de Centro Asistencial Santa Ana"***, dirigido por D^a Reyes Torres Sánchez, profesora de dicha facultad.

El propósito de este estudio no es otro que estudiar cómo influye el apoyo social, en cuanto a apoyo familiar y relaciones sociales en los residentes y usuarios del Centro Asistencial Santa Ana, y solo tienes **finés académicos**. De igual forma la participación es totalmente voluntaria y a cada usuario se le va a pasar un **consentimiento informado**, para participar en el estudio sin coacción y bajo el anonimato.

La forma de participación, únicamente va a consistir en pasar 2 **escalas** (de apoyo social y de salud) y realizar una **observación** de comportamiento durante una semana, a los usuarios que puedan ser **capaces cognitiva y legalmente**.

Por lo que **SOLICITO** autorización para poder acceder a las Historias Clínicas y acceder a los resultados de MiniMental, para poder seleccionar la muestra de estudio. Así como poder hacer uso de los espacios del Centro, para realizar el estudio. Siempre bajo la legislación vigente en materia de protección de datos.

D^a Raquel Méndez Maluenda, en calidad de Directora de Centro Asistencial Sana Ana, **AUTORIZO** a D^a Elena Comenge Gracia, para la realización de dicho estudio y acceso a Historia Clínica.

En Utebo a 26 de marzo de 2019

Solicitante:



Elena Comenge Gracia

Autorizante:



Raquel Méndez Maluenda

Antonio J. Vazquez <ajvazquez@cop.es> para mí ▾ dom., 7 abr

[inglés ▼](#)
[español ▼](#)
[Traducir mensaje](#)

Estimada compañera,
disculpa el retraso pero no me ha sido posible atender la solicitud con anterioridad. Aquí adjunto copia de la entrevista **Manheim**, esperando pueda serte de utilidad.
Saludos

Antonio J. Vazquez Morejón. PhD.
Coordinador USMC Guadalquivir
Hospital Universitario Virgen del Rocío
ajvazquez@cop.es

...

2 archivos adjuntos

