

EL IMPACTO DEL SOPORTE SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES COMO VECTORES PREDICTORES DE LA SALUD.

LUIS MIGUEL RONDÓN GARCÍA

Doctor y Licenciado en Sociología

Profesor Contratado Doctor en la Universidad de Granada

madgrana1@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Salud, calidad de vida, soporte social, enfermedad, factores sociales, relaciones sociales.

RESUMEN

Este artículo, analiza el impacto del soporte social y la calidad de vida como una metavariante social multidimensional, al ser vectores predictores de la salud y enfermedad de las personas mayores. Se ha tomado como referencia, el trabajo empírico llevado a cabo sobre esta línea de investigación durante los años 2017 y 2018, con una muestra representativa de más 300 personas. En la discusión de los resultados del metaanálisis inferencial, se concluyó que el hecho de tener una buena percepción de la calidad de vida, considerando así la salud, el ocio, la capacidad ambiental y funcional; son determinantes en el hecho de sentirse bien, que condiciona a su vez, el estar bien.

Junto a los hallazgos descritos, el soporte social, el tipo de contacto, son elementos esenciales en la vida del mayor predictores de la enfermedad en esta etapa del ciclo vital, aunque tienden a reducirse con la edad. Implican estímulos para mejorar la percepción de salud y proporcionar apoyo tanto en las actividades de la vida diaria, como en la gestión de la enfermedad. Concluimos entonces, que la suma de variables descrita, representa una herramienta efectiva para analizar la calidad de vida y la salud de las personas mayores.

KEYWORDS

Health, quality of life, social support, disease, social factors, social relations.

ABSTRACT

This article analyzes the impact of social support and quality of life as a meta-variable multidimensional social, being predictive vectors of health and disease of the elderly. The empirical work carried out on this line of research during the years 2017 and 2018 has been taken as a reference, with a representative sample of more than 300 people. In the discussion of the results of the inferential meta-analysis, it was concluded that the fact of having a good perception of the quality of life, considering health, leisure, environmental and functional capacity; They are decisive in the fact of feeling good, which in turn conditions well being.

Along with the described findings, the social support, the type of contact, are essential elements in the life of the greatest predictors of the disease in this stage of the life cycle, although they tend to be reduced with age. They involve stimuli to improve the perception of health and provide support both in the activities of daily life and in the management of the disease. We conclude then, that the sum of variables described, represents an effective tool to analyze the quality of life and health of the elderly.

1. INTRODUCCIÓN.

Para dar respuesta a los objetivos del presente artículo, que giran en torno a la salud desde un punto de vista integral, es decir, físico, psíquico y social; el contenido que tratamos a continuación gira en torno a tres ejes de referencia: el soporte social, las relaciones sociales y la calidad de vida. Todo ello, como resultado de los trabajos de investigación llevados a cabo sobre esta temática. Después de intensas indagaciones y trabajo de campo, hemos encontrado interrelaciones entre los ejes seleccionados, que están vinculados a la salud y la enfermedad. En adelante, explicamos de forma pormenorizada de qué manera se relacionan y los factores psicológicos, sociales y de salud que los vinculan.

Los cambios sociales que exhortan en la presente centuria, escenifican una mejora de la calidad de vida de las personas mayores, alcanzando los mejores indicadores de salud y bienestar de su historia, como producto social de las transformaciones sociales en la doble vertiente demográfica y sanitaria. Estos avances, que desarrollan las potencialidades de los adultos mayores han logrado aumentar la longevidad, añadiendo vida a los años y lo que es más importante, a la calidad de los mismos, lo cual obliga a reconstruir la visión de los análisis desde un punto de vista integral o biopsicosocial, más allá de la salud, para actuar con eficacia en tiempo y espacio actuales. El punto de partida de este nuevo escenario, lo constituye la nueva morfología de la pirámide sociodemográfica, que se trasfigura en un rombo y se prevé llegará a ser una pirámide invertida. El envejecimiento de la población representa un hecho inexorable en el escenario actual. Según datos de la OMS (2018) entre 2000 y 2050, la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Habrá además más personas de cuarta edad, con la demanda de recursos y servicios de salud que ello implica. Este hecho, debería ser considerado en la atención social y sanitaria. De ahí, la necesidad de plantear una metavariante que combina factores sociales determinantes en la salud, con factores de salud, condicionantes por derivación de las circunstancias sociales.

En términos generales, estas cifras simbolizan los avances sociales de las ciencias de salud y el impacto en el sector de población mayor y en toda la sociedad en su conjunto. Sin embargo, son una preocupación y un tema de debate recurrente para los gobiernos que tienen que hacer frente a esta nueva situación de gasto social, incrementando la cartera de servicios sociales y sanitarios. De forma específica, añadimos, el posible aumento de las demencias y enfermedades degenerativas, que da lugar a cierta inquietud respecto a la capacidad del Estado para dar respuesta, así como los nuevos modelos familiares y las redes sociales, que han actuado históricamente como colchón o protección de los mayores (McNicoll, 1987). A esto cabe añadir, los vertiginosos cambios en la familia y de género, desinstitucionalizando su papel y mermando las clásicas funciones de ayuda o cuidado a personas enfermas. Por esta razón, será necesaria una respuesta desde los distintos sistemas de protección social, como

son el sistema de salud y de servicios sociales, que conforman el corolario de las políticas de bienestar.

Los hechos descritos, han suscitado un notable interés desde los estudios que asocian los factores sociales como determinantes en las condiciones de salud. No olvidemos que el concepto social de salud está intrínsecamente ligado al de bienestar. Los vínculos familiares y sociales, junto con las redes sociales representan un soporte social determinantes en la salud desde un punto de vista integral, que pueden ser explicativos de la salud y calidad de vida.

2. EL SOPORTE SOCIAL COMO VECTOR DE APOYO A LA SALUD.

Compartimos sustancialmente con la línea de investigación consolidada durante las últimas décadas en relación al apoyo social, la conceptualización de esta noción, como un predictor de mortalidad, una fuente de bienestar social integral, calidad de vida y satisfacción vital en la vejez (Aguerre & Bouffard, 2008). En la asociación del binomio mortalidad e interacción social, el apoyo social puede entenderse como un vector determinante en la salud, formado por cuatro dimensiones: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas.

Muchas de las investigaciones consensuadas por las prácticas discursivas, evidencian como una vida social activa, junto al hecho de tener unas buenas relaciones sociales basadas en la afiliación social y comunitaria, protegen de la mortalidad, siendo un predictor en el mantenimiento de la capacidad funcional (Seeman, Bruce y McVay, 1996) y de la función cognitiva (Bearmann & Glass, 2000). La red de apoyo se convierte así en un importante andamiaje para la persona mayor, que se relaciona con un mejor estado emocional y una actitud favorable ante la etapa final de la vida (Krassoievitch, 1988).

Al tratarse de un constructo multidimensional, su importancia, reside en las funciones psicosociales que cumple en la salud de las personas mayores (Penninx, Tilburg y Kriegsman, 1997). La cantidad y la calidad de las relaciones sociales tienen poderosos efectos sobre la salud durante toda la vida y pueden reducir la mortalidad, como se ha constatado por parte de numerosas investigaciones. (Broadhear, 1983; Cassel, 1976; House, 1988; Seeman, 1996 y Bearmann & Glass, 2000). Según esto, resulta esencial el papel del soporte social en el bienestar del mayor, aunque existe una cierta escasez de producción científica, en torno al tipo de soporte social y su frecuencia. Este argumento, refuerza la necesidad de conocer en profundidad estos aspectos del apoyo social. Claro está, que en la persona mayor las relaciones sociales son distintas a otros sectores de población. En palabras de Fung, Carstensen & Lang, (2001) en este ciclo vital, es más complejo mantenerlas en el tiempo, debido a la pérdida de vínculos, lazos sociales que desvanecen a medida que avanzan los años, reduciendo por tanto su tamaño a mayor edad.

Otras propuestas desde el punto de vista psicosocial, relacionan la dimensión cognitiva o mental con el envejecimiento saludable, tomando como base el buen funcionamiento físico y mental, junto la buena función cognitiva, la ausencia de depresión (Seeman, Bruce y McAvay, 1996). Esta idea, conecta con la posibilidad de lograr una vejez satisfactoria que no dependa de forma directa del propio sujeto mayor (Rowe y Kahn, 1997). También se apuntan otros factores sociales como el nivel de ingresos, el apoyo familiar, las condiciones de vida, como condicionantes de las expectativas de vida de este grupo social. No obstante, por nuestra parte consideramos el soporte familiar, la familia, como sistema bisagra de las relaciones sociales, por las funciones de apoyo, cuidado, y de confort mental que proporciona, con una mayor capacidad que ningún otro tipo de relación social. Así, una familia funcional, adecuada, proporciona a la persona mayor vínculos afectivos, amor, para afrontar el deterioro físico, provocando un gran impacto psicosocial positivo en la persona. Y en este sentido, no sólo nos referimos al apoyo formal, también al informal que proporciona, como realizar gestiones para atender a la enfermedad, actividades de la vida diaria, de supervivencia, asesoría.

La capacidad funcional del adulto mayor y los elementos con los que cuenta para enfrentarse a situaciones difíciles de su vida como la enfermedad, discapacidad, determina cuánta vulnerabilidad física, mental social y funcional tiene. La familia como entorno de convivencia que presta el debido apoyo y cuidado, resulta ser el ambiente óptimo donde recibir el apoyo y la comprensión necesarios para adaptarse a los cambios del envejecimiento. Al igual que la familia, los grupos secundarios (amigos, vecinos, etc.) así como la participación social en actividades comunitarias, pueden contribuir a que el mayor mejore significativamente el bienestar en el proceso de envejecimiento, aumentando los niveles de autoestima y autonomía (Cardona, 2003).

Con el objeto de averiguar el alcance del análisis anterior, exponemos los resultados del estudio de investigación, que hemos realizado en Toledo con un equipo interdisciplinar en el año 2017 con 2.000 sujetos participantes. Por ello, mostramos en la tabla 1 la distribución del soporte social y su impacto en la mortalidad con la población estudiada. La muestra se distribuye según los factores sociales y la mortalidad.

Tabla 1. Distribución del soporte social de la muestra según contactos sociales y mortalidad..

CONTAC-	HOMBRES (%)				MUJERES (%)			
	65-74		>75		65-74		>75	
	Vivir	Morir	Vivir	Morir	Vivir	Morir	Vivir	Morir
Número de personas para visitar a la semana								
0	1,9	3,6	4,5	8,4	3,7	3,7	7,5	11,8
1-2	8,5	9	9	13,7	10,6	5,2	15,9	19,2
3-4	17	17,1	17,3	12,2	16,8	23,9	17,5	18,4
>5	72,5	70,3	69,2	66,7	68,9	67,2	59,1	50,5
P-value	NS		0,09		NS		0,05	
Número de veces que hablan con alguien en la semana								
0	23,4	29,1	28	41,3	12,8	18,5	20,9	46,5
1	22,4	16,6	21	21,6	12,2	15,6	16,9	13,7
2,6	37	33,6	35,7	26,4	40,5	34,8	34,4	26,5
>7	17,3	20,6	14,6	7,5	34,5	31,1	27,8	14,3
P-value	NS		0,02		NS		0,001	
Tiempo de duración de las visitas								
0	12,9	15,6	19,7	18,6	9,5	19,3	16,8	24,9
1	19,5	15,1	16,6	22,9	15,9	19,3	21,5	23,6
2,6	36,5	36,4	33,8	31,1	40,2	32,6	36,4	30,5
>7	32,1	32,9	29,9	27,4	34,4	28,9	25,2	20,9
P-value	NS		NS		0,05		0,02	
Tener a alguien de confianza								
Sí	97,8	99,1	99,3	97,3	96,1	96,2	96,3	93,8
P-value	NS		NS		NS		NS	
Frecuencia de sentimientos de soledad								
A menudo	5,1	4,1	3,8	6,4	11	15,8	14,6	15
Algunas veces	5,9	8,6	12,7	17,6	16,5	15,8	21,2	21
Casi nunca	89	87,3	83,4	76,1	72,5	68,4	64,2	64,1
P-value	NS		NS		NS		NS	
Satisfacción con los contactos de seres queridos o red								
P-value	20,3	15,5	20	22,2	23,4	28,8	26,4	34,3
	0,08		NS		NS		0,01	
Tener a alguien a quien puede pedir								
Excelente	40,5	43,4	41,8	32,9	36,1	32,3	27,3	27,3
Bueno	54,9	52	51,6	56,7	96,7	56,2	49,8	49,3
Mínimo	2,4	2,3	6,6	9,2	5,7	9,2	13,3	16,6
Poco	2,2	2,3	2	2,3	3,5	2,3	9,5	6,9
P-value	NS		NS		NS		NS	

Fuente: Rondón, Aguirre y García (2017).

Como primera aproximación, podemos apreciar que la mortalidad en personas menores de 74 años está menos influenciada por las condiciones sociales. Por el contrario, en personas mayores de 75 años, la red social es mucho más determinante. Es decir, influyen los factores sociales relacionados con el soporte social en la cuarta edad, o conforme avanzan los años. En la tabla se visualiza, que el apoyo social directo en general es muy bueno, más del 90% de las personas de la muestra tienen a alguien que le ayudaría si fuera necesario. Sin embargo, el apoyo disminuye con la edad en ambos sexos. Por otro lado, una vez más podemos observar que las mujeres tienen menos soporte social que los hombres. Además, los factores y contactos sociales en cuanto a número y calidad, están relacionados con el aumento de la mortalidad, principalmente en las mujeres.

En lo referente al apoyo social directo, los contactos sociales también disminuyen con la edad ($p < 0,001$) en ambos sexos. Pero la calidad de las relaciones sociales, es decir, tener a alguien en quien confiar, es menor en las mujeres ($p = 0,04$). Alrededor del 24% de los sujetos se sienten tristes debido al poco contacto social, sentimiento que aumenta cuando son más mayores. Al analizar las diferencias entre los sexos, las mujeres tienen más sentimientos de tristeza debido a la falta de contacto con familiares o amigos (27,9% vs. 19,9%) que los hombres.

3. LAS RELACIONES SOCIALES COMO ALTERNATIVA AL MODELO DE MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA.

Como se deduce del análisis anterior, las relaciones sociales junto con el apoyo social tienen una importancia central en el bienestar de las personas mayores, proporcionando empoderamiento, percepción de calidad de vida, que son referencias vitales para desarrollar un envejecimiento positivo (Lawton & Brody, 1996). Por esta razón, toman una importancia central a la hora de evaluar la salud de las personas mayores, al actuar como amortiguador del estrés, mejorando la sensación de satisfacción social con la vida (Fernández, Clúa, Báez & Ramírez, 2000). Como es obvio, el adulto conforme avanza en edad, también lo hace en enfermedades. De ahí la necesidad de tener unas adecuadas redes sociales que posibiliten la comunicación y las relaciones humanas de la persona mayor con su entorno, logrando así un mayor equilibrio en el binomio salud-enfermedad (Azpiazu, Jentoft, Villagrasa, Abanades, García, & Alvear, 2002; García y Sánchez, 2001).

Esta interacción social toma una importancia central a la hora de evaluar la salud de las personas mayores. De esta forma, se puede promover una óptima percepción de salud subjetiva, tomando como base el apoyo social percibido. Nos referimos, al contacto con amigos, familiares y otros grupos sociales (Escobar, Puga y Martín, 2008; Barra, 2005).

En nuestra sociedad occidental, gracias a los avances en las ciencias de la salud y de los fármacos que dan respuesta a las diversas patologías que se producen en la persona mayor con el transcurso de los años, existe una cierta tendencia a centralizar la atención desde un

punto de vista unívoco o de medicalización. Esta visión, obvia las particularidades sociales de los individuos al igual que las potencialidades de los mismos. Muchos procesos comunes de la vida cotidiana han sido medicalizados, como, por ejemplo, el envejecimiento y la muerte (Quadrelli & Weigel, 2015). Con el aumento de la longevidad, existe una tendencia a medicalizar la vida de las personas mayores. En cierta forma, la medicalización de la vida, pretende así resolver mediante el uso de la medicina, situaciones que no siempre son exclusivamente médicas, sino también sociales, psicológicas o vinculadas a las relaciones interpersonales. De ahí que concorra un cierto consenso desde los profesionales de lo social, a establecer que existen problemas de salud que tienen un abordaje psicosocial, no sólo farmacológico. Se trata de una estrategia, que, sin renunciar a la farmacología complementa sus actuaciones, porque contribuye a mejorar la calidad de vida y el bienestar. De esta forma, las personas, al estar bien, al sentirse bien, mejora su percepción de salud y la satisfacción con la vida por ella mismas (Rondón, Aguirre y García, 2018).

La medicalización de la vida ha generado un creciente interés en los últimos años, tanto desde la sociología como desde las disciplinas de la salud, generando nuevas propuestas para los individuos y sociedades a nivel mundial, aunque no está exento de debates inconclusos y polarizados al respecto. Consideramos que es una línea de investigación que puede aportar interesantes connotaciones a la calidad de vida de la persona mayor, porque centra el origen del problema en el individuo y por tanto, instala el paradigma de que la situación de salud requiere intervenciones médicas individuales, integrales, además de las soluciones colectivas o sociales.

Un problema añadido a lo expuesto anteriormente, se encuentra en la polimedicalización. Este concepto aún no ha sido homogeneizado, en el sentido de definir si se refiere a cuando se toma más de un medicamento, o si se debe usar cuando los tratamientos que se han prescrito son inadecuados. Barroso y Moral (2011) la definen atendiendo a criterios cuantitativos y cualitativos. Los primeros son los más utilizados, aunque no parece haber consenso en el límite de consumo de medicamentos a partir del cual se podría hablar de polimedicación. Los segundos, se basan en la existencia de medicamentos adecuados o no, y no tanto en el número final de éstos. En ambas denotaciones, la polimedicación supone una problemática que afecta a la sanidad, la sociedad y a la economía. Y, por último, el peso que supone al Estado, el elevado coste farmacéutico, que además está en aumento. Compartimos sustancialmente con Maher, Hanlon & Haijar (2014) que la polifarmacia ha sido y siempre será común entre la población longeva, debido a la necesidad de tratar varios estados de enfermedad que se desarrollan a medida que el paciente envejece. El estudio realizado en Gualhorce (Málaga) por parte de Terol-Fernández (2016) reflexiona sobre este tema. En los resultados, concluyen que el (94%) de la población estudiada tiene prescripción potencialmente inapropiada según los criterios del Sistema Andaluz de Salud. Lejos de ser un problema geolocalizado, diversos estudios demuestran que este fenómeno se produce a nivel mundial.

4. LA CALIDAD DE VIDA COMO BISAGRA DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL.

Una de las autoras que más ha desarrollado el término de calidad de vida en España, Fernández Ballesteros (1998) nos indica que se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular. La dificultad de homogeneizar el concepto reside en su carácter abstracto, porque puede analizarse desde diferentes perspectivas. La calidad de vida es un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados o alcances de desarrollo de cada época y sociedad. Se deduce entonces, que resulta pretencioso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida, en el interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales.

Pero para una mejor aproximación general de la calidad de vida al estado de salud, es imprescindible distinguir la salud, de la satisfacción con la vida. Por lo tanto, la satisfacción con la vida se refiere al placer del presente y las experiencias pasadas. Muchos gerontólogos afirman que las personas mayores que envejecen con éxito son aquellas que se sienten felices, satisfechas con su pasado o presente, que tienen relaciones y contactos sociales positivos. Asimismo, se refieren a una dimensión subjetiva del bienestar, una capacidad adecuada para adaptarse al entorno, para aceptarlo y reconocerlo, a fin de tener una mejor percepción de la salud y del bienestar. Se trata de explicar cómo las personas experimentan sus vidas, su evaluación cognitiva, sus reacciones emocionales y capacidad para adaptarse a la vida. De esto deducimos que la satisfacción con la vida, es el indicador más importante para medir un envejecimiento adecuado, exitoso; una de las principales características del proceso de socialización de los mayores.

En esta misma línea, la calidad de vida, también ha sido conceptualizada como equivalente del bienestar bio-psico-social. Como apunta Brown (2004), es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones. Se identifican así, cuatro dimensiones conceptuales de la calidad de vida: condiciones de vida de una persona; la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales; la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir; calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Como apunta Fernández Ballesteros (2007) en la validada escala CUBRECAVI, se pueden señalar los siguientes factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores:

- Salud. Se puede hacer una diferenciación de la salud subjetiva, entendida por cómo se siente la persona y cómo aprecia la persona su estado de salud, de la salud objetiva, indicada por profesionales del campo de la salud.

- Integración Social. Entendiendo por integración social el contacto y compromiso con la sociedad, las interacciones con la comunidad, su participación social, las redes de apoyo y redes sociales que tienen las personas.
- Habilidades Funcionales. También conocidas como actividades de la vida diaria (AVD), entendidas como las actividades que realiza una persona en su día a día y le permiten vivir autónomamente y desempeñar su rol en la sociedad.
- Actividad y ocio. Todas aquellas actividades que la persona realiza por hobbies, entretenimiento o distracción.
- Calidad Ambiental. Hace referencia a la calidad del medio en el que vive la persona, sus condiciones.
- Satisfacción con la vida. Se puede entender como una valoración global que hace la persona mayor sobre su vida en general.
- Educación. Los diferentes niveles educativos que una persona puede tener, o incluso el no haber sido escolarizado nunca, afecta en la calidad de vida de las personas.
- Ingresos. El nivel económico de las personas condiciona considerablemente el acceso a muchos de los recursos que ofrece la sociedad. Es por esto que el nivel de ingresos se convierte en uno de los factores que determina la calidad de vida de las personas.
- Servicios Sociales y sanitarios. Haciendo referencia al conocimiento de los recursos existentes y a las condiciones de acceso que pueden tener las personas a esta serie de servicios.

Con el objeto de verificar la confiabilidad de la escala CUBRECAVI de calidad de vida de la persona mayor propuesta por la autora, se procede a explicar los resultados de la aplicación de la citada herramienta de medida a una muestra de dos grupos de personas, experimental y control, llevada a cabo en los centros de mayores de la provincia de Granada con una muestra de 300 personas (Rondón y Ramírez, 2018). En este proceso de análisis inferencial, el objetivo esencial es conocer el impacto de estas variables en la salud de las personas mayores. Se trata de averiguar a partir de una investigación estadística, si están relacionadas de alguna manera entre sí, así como de la validación de estas dimensiones como fiables para mediar la calidad de vida. Para lograr este propósito, calculamos la recta de regresión múltiple con los participantes. En la tabla 2, representamos los resultados de esta prueba con los dos grupos de referencia estudiados: experimental y control:

Tabla 2. Análisis de regresión sobre la calidad de vida.

VARIABLE	GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
	Beta	T	Significación	Beta	T	Significación
SALUD	0,32	5,25	0,001	0,39	2,79	0,001
CAPACIDADES FUNCIONALES	-0,02	-0,11	NS	0,19	2,07	0,031
OCIO Y ACTIVIDADES	0,15	2,89	0,002	0,19	2,09	0,033
MEDIO AMBIENTE	0,9	2,08	0,0026	0,9	0,91	-0,02
INGRESOS	0,9	1,45	NS	-0,02	-0,29	NS
INTEGRA-CIÓN SOCIAL	0,02	0,44	NS	0,07	-0,65	NS

Varianza sobre el grupo experimental: 25%
 Varianza sobre el grupo control: 31%
 NS= No significativa.

Fuente: Rondón, Aguirre y García (2018).

Como se muestra en la tabla 2, llegamos al corolario de que la salud, el ocio, la actividad y la calidad ambiental son las variables significativas con mayor influencia en las personas mayores de ambos grupos estudiados. En detalle, en el grupo experimental, cuatro de las cinco variables establecidas por CUBRECAVI han sido validadas como determinantes, con la excepción de los ingresos. Los resultados de los dos grupos tienen en común la importancia dada al ocio, el tiempo libre, la salud y la influencia de estos factores en la calidad de vida. Sin embargo, los participantes en el grupo de control conceden más importancia a las habilidades funcionales y las actividades de ocio. Estas diferencias, sin embargo son mínimas, estadísticamente hablando.

Por lo tanto, entendemos que las personas mayores consideran trascendentales para sus vidas, la capacidad que tienen de llevar a cabo las actividades básicas de la vida cotidiana, pero también el disponer de las capacidades físicas suficientes que permitan el acceso al ocio y al tiempo libre, en un contexto ambiental adecuado. En términos simples, esto se interpreta como la necesidad de poder ejercer la autonomía personal y la participación de la comunidad en el entorno o medio natural, cerca de sus núcleos de referencia, teniendo en cuenta las limitaciones de la edad. Después de todo, ser capaz de hacer lo básico por uno mismo y disfrutar del tiempo libre, son cuestiones prioritarias en esta etapa de la vida, ya que permiten sentirse más capacitados, útiles. Por razones obvias, las connotaciones de estos elementos son directas con el estado de salud, porque influyen en el hecho de sentirse mejor y, en consecuencia, de la percepción que uno tiene de la salud y la calidad de vida, de las expectativas sociales.

5. CONCLUSIONES.

Los diferentes enfoques discursivos han reconocido la importancia de desarrollar medidas de salud desde una perspectiva multidimensional. Esto significa que, mientras se analiza la calidad de vida, factores como las diversas condiciones sociales y psicológicas que existen entre los diferentes grupos de estudio deben ser considerados. A modo de síntesis, la calidad de vida en relación con la salud incluye tanto factores de salud física como el estado psicológico; el nivel de independencia de la persona; las relaciones personales; disponer de un entorno adecuado y contar con un apoyo social percibido.

Una de las principales aportaciones de este estudio, es considerar un elemento esencial en la salud y calidad de vida de las personas mayores, como son los contactos sociales, que influyen en función de su duración, del tipo de contacto y del estímulo emocional que brindan. En los resultados del análisis empírico inferencial, al mostrar la relación entre el contacto social y la mortalidad después de un proceso de seguimiento a largo plazo, hemos verificado que la frecuencia de los contactos es importante, pero al analizarlos, debemos tener en cuenta las diferencias de género, la edad, el tipo de contacto, de la red social y, sobre todo, el estado de salud de la persona. Dependiendo de cómo estos factores están correlacionados, la relevancia del mismo puede ser mayor o menor. Se demuestra así, que la calidad de vida, además de ser multidimensional, debe contemplar la experiencia vital de la persona, cómo se siente e interpreta la vida en relación con otras involucradas.

Cabe mencionar que en las últimas décadas la investigación relacionada con la salud, la calidad de vida y la gerontología ha vinculado la salud subjetiva con el bienestar psicológico más allá de la ausencia de enfermedad. Estos autores proponen que vivir con dignidad, comprender la relación entre estar bien y sentirse bien, son factores fundamentales para comprender los problemas de salud de las personas mayores. Esta idea, unida a la paradoja de la satisfacción, puede explicar la capacidad de las personas para adaptarse a las condiciones de su declive a lo largo de los años, y para aceptar los cambios que ocurren en su cuerpo y en la forma de vida. Las personas felices pueden vivir más tiempo, y esta idea visualiza perspectivas de investigación interesantes para el futuro. Otra investigación previa ya ha puesto de relieve la relación entre la evolución de la edad y la felicidad de los mayores.

En sintonía con las conclusiones anteriores, la interacción social, el soporte social, pueden considerarse como factores positivos para la salud y prevención de la mortalidad. El papel del apoyo social es ayudar a una persona mayor a lidiar con eventos estresantes. Esta complejidad existe debido a que las experiencias de envejecimiento son variadas. Si bien los profesionales sociales y de la salud tienen un papel trascendente, la función social de la familia y los grupos sociales, tanto primarios como secundarios, pueden aliviar esta situación y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida. Estos modelos están en un sistema jerárquico con respecto al apoyo social y se complementan sobre una base recíproca.

En esta misma línea, los factores descritos, pueden considerarse como una estimación de la calidad de vida, porque las relaciones sociales son fundamentales para el bienestar social, entendidas como un estímulo que satisface necesidades y el hecho de sentirse bien. Añadimos, que el apoyo afectivo es tan importante como el instrumental o físico, en la medida que cumplen funciones sociales específicas en estas edades. Según los resultados del análisis de datos, estimamos, que, junto a los familiares, que aún son el principal apoyo de los mayores, un ambiente social positivo que contemple la ayuda de amigos, compañeros, es fundamental para la consecución de un envejecimiento saludable.

Las relaciones sociales parecen jugar un papel clave en la facilitación de buenas conductas de salud. El hecho de tener convivencia con otras personas o relaciones sociales de proximidad, puede ser el paso más básico en el apoyo social, que generalmente se basa en lazos afectivos. Si asumimos que vivir con la familia es un factor beneficioso en sí mismo, también reconocemos que mejoran la salud con el apoyo que proporcionan y el acompañamiento en la gestión de la enfermedad. Existe evidencia suficiente para sugerir una relación positiva entre las redes sociales, las características de la red, el apoyo social, sobre todo el apoyo afectivo, la salud y el bienestar.

De forma específica, hemos descubierto algunos hallazgos interesantes relacionados con las variables independientes. En general, la mala salud y la falta de apoyo social hacen que las mujeres sean más vulnerables a los eventos adversos sociales y de salud que los hombres. Encontramos también la evidencia de las diferencias de género en el papel del apoyo social y la composición de las redes sociales. Las redes de mujeres tienden a ser más grandes, más multifacéticas y la naturaleza de estos vínculos parece ser diferente de la de los hombres. Los hombres y las mujeres tienen diferentes necesidades de apoyo social y reciben diferentes cantidades de apoyo social. Concluimos que puede haber diferencias de género, pero en ambos géneros, cumple funciones de apoyo, actúan como un amortiguador contra la enfermedad. En cuanto a la edad, como muestran los datos, a medida que aumentan los años, hacen que las personas mayores sean más propensas a la dependencia y al deterioro cognitivo, especialmente aquellos con una red social deficiente. Por otra parte, los contactos sociales disminuyen con la edad, especialmente en los hombres.

Tal y como se hace plausible en los argumentos expuestos, resulta evidente que la variable salud, debe entenderse como un concepto físico, mental y social. El punto de vista médico es limitado y necesita incorporar el apoyo social a su intervención, teniendo en cuenta que las relaciones sociales son un proceso en el tiempo y no una función en un momento específico. La mortalidad y la calidad de vida de una persona mayor solo pueden entenderse como un todo desde una doble perspectiva bidireccional, que implica, analizar los factores sociales que determinan las situaciones de salud y / o mortalidad y a la inversa.

Como la longevidad aumentará en un futuro cercano, es esencial evaluar las necesidades sociales de las personas mayores para brindar servicios coordinados entre los entornos sociales y de atención médica. Los resultados, muestran que promover una red social de alta calidad podría ser un determinante principal de la salud en las personas mayores y esto puede ayudar a disminuir el impacto de las consecuencias del envejecimiento.

Nos gustaría también destacar algunos hallazgos que nos resultan interesantes y abren nuevas perspectivas o líneas de investigación, como es el caso del sentimiento de soledad como una estimación de la calidad de la red. Se observa que más del 80% de los sujetos no tienen esa sensación, sin embargo, existen diferencias según la edad y se observa un aumento en aquellos que son más mayores, por lo que alcanzan significación estadística. Además, cuando esta variable se analiza por género, las mujeres tienen más sentimientos de soledad que los hombres.

Para finalizar, y de acuerdo con nuestro objetivo principal de investigación, los profesionales deben mirar más allá de los aspectos relacionados con la salud de las personas mayores, es decir, cómo restaurar el bienestar psicológico y cómo superar la crisis psicológica y social, ya que esto lleva a la aceptación del proceso de envejecimiento. En los resultados del estudio de White (2007) “evaluaron experiencias de vida, describiendo la personalidad, traumas del pasado, apoyo social y el nivel de actividad, junto con la salud física y psicológica, influyendo en los niveles de felicidad y satisfacción en los mayores” (p.54). Estos hallazgos explican la necesidad de revisar las variables involucradas en el éxito o la satisfacción con la vida, como la salud psicológica y física, el nivel de actividad y el apoyo social. La combinación de estos factores puede dar una sensación de utilidad y una sensación positiva en la revisión o balance de la vida que la persona mayor emprende en sus expectativas de vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aguerre, C. & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento Exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, 1146-116.

Azpiazu, M., Jentoft, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N., & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 683-699.

Barra, E. Apoyo social, Estrés y Salud (2005). *Psicología y salud*, 14, 237-243.

Barroso, A. V., & Moral, E. G. (2011). Polimedición e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? *Pharmaceutical Care España*, 13(1), 23.

Bearmann LF, Glass TA. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*, 51, 843-57.

Broadhead WE, Kaplan B, James SA, et al (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol*, 117, 521-37.

Brown, I., Keith, K.D. y Schalock, R. L. (2004). Quality of life conceptualization, measurement, and application: Validation of the SIRG-QOL consensual principles. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 48 (Partes 4 y 5), 451.

Cardona, D. Estrada, A. & Agudelo, H. (2003). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y Educación Enfermería*, XXI (2), 80-91.

Cassel J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*, 104, 107-203.

Escobar, M. A., Puga, D., & Martín, M (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 637-651.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: *The differential conditions*. Psychology in Spain 2, 57– 65.

Fernández-Ballesteros, R. & Zamarron, M.D. (2007). Cubrecavi. Short questionnaire on quality of life. Madrid: Tea Ediciones.

Fernández, N., Clúa, A., Báez, R., & Ramírez, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos, *Revista Cubana de Medicina General*, 16, 6-12.

Fung HH, Carstensen LL, Lang FR. (2001). Patrones relacionados con la edad en las redes sociales entre los estadounidenses de origen europeo y afroamericanos: Implicaciones para la selectividad socioemocional largo de la vida. *International Journal of Aging y Desarrollo Humano*, 52 (3), 185-206.

García García. F., J. García García; M. I, Sanchez Ayala. (2001). The prevalence of dementia and its main subtypes in subjects older than 65 years: impact of occupation and education. The Toledo Study. *Med Clin*, 116 (11), 401 – 7.

House JS, Landis KR, Uumberson D. (1998). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-45.

Krassoievitch M. (1998). Redes sociales y vejez. Séptimo simposio Macaria: que hablen los ancianos. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Lawton MP, Brody Em. (1996). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.

Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert opinion on drug safety*, 13(1), 57-65.

McNicol G. (1987). Adaptation of social systems to changing mortality regimes. *Consequences of Mortality Trends and Differentials*, 9.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Rondón, L.M, Aguirre, A, García, J. (2017). Support and Social Contact as a Decisive Meta-Variable in Morbidity and Social Welfare of the Older Person. *Current aging science*, 10 (4), 282-290.

Rondón, L.M, Aguirre, A y García, J. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53 (5), pp. 243- 248. DOI: 10.1016/j.regg.2018.01.005.

Rondón, L.M. y Ramírez, J.M. (2018). The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *Journal of aging research*, 2018 (9), 1-7. DOI: 10.1155/2018/4086294.

Rowe JW, Kahn RL (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-40.

Seeman TE, Bruce ML, Mcavay GJ. (1996). Social networks characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 51(4), 191-200.

Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, et al. (2001). Social relationships, and patterns of cognitive aging. in healthy journal of health and social behaviour, high functioning older adults: mc arthur studies of successful aging. *Health Psychol*, 20(4), 243-55.

Terol-Fernández, J., Faus-Felipe, V., Díez-Rodríguez, M., Labajos-Manzanares, M. T., & González-Correa, J. A. (2016). Prevalence of inappropriate prescription to polymedicated patients over 65 years old in a rural health area. *Revista de calidad asistencial: Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 31(2), 84-98.

White, A. (2007). A Global Projection of Subjective Well-being. A Challenge To Positive Psychology. *Psychtalk* 56, 17-20.

