

**Redes Sociales de Apoyo en una muestra De Adultos Mayores no Institucionalizados
Perteneientes al Parque Departamental de la Tercera Edad En Floridablanca,
Santander.**

**Lady Johanna Saavedra Calvo
Jessica Natalia Vargas Ríos**

**Directora
Ara Mercedes Cerquera Córdoba**



**Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología
Bucaramanga
Agosto 2011**

Tabla De Contenido

	Pág.
Justificación	8
Planteamiento del problema	9
Objetivos	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	10
Marco Teórico	11
Metodología	33
Población y muestra	33
Instrumentos	34
Procedimiento	37
Resultados	39
Discusión	52
Conclusiones	57
Recomendaciones	60
Referencias	61
Anexos	67

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Efectos del apoyo social	20
Tabla 2. Edad	39
Tabla 3. Género	39
Tabla 4. Barrio	40
Tabla 5. Examen mental abreviado (MINIMENTAL)	40
Tabla 6. Pregunta 1: Aproximadamente con cuantos amigos íntimos o familiares cercanos cuenta usted?	41
Tabla 7. Pregunta 1: Aproximadamente con cuantos amigos íntimos o familiares cercanos cuenta usted?	41
Tabla 8. Análisis descriptivos de los tipos de apoyo que se evaluaron	42
Tabla 9. Pregunta 2: Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	42
Tabla 10. Pregunta 3: Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	43
Tabla 11. Pregunta 4: Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	43
Tabla 12. Pregunta 5: Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita	44
Tabla 13. Pregunta 6: Alguien que le muestre amor y afecto	44
Tabla 14. Pregunta 7: Alguien con quien pasar un buen rato	45
Tabla 15. Pregunta 8: Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	45
Tabla 16. Pregunta 9: Alguien con quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	46
Tabla 17. Pregunta 10: Alguien que le abrace	46
Tabla 18. Pregunta 11: Alguien con quien pueda relajarse	47
Tabla 19. Pregunta 12: Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo	47
Tabla 20. Pregunta 13: Alguien cuyo consejo realmente desee	48
Tabla 21. Pregunta 14: Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	48
Tabla 22. Pregunta 15: Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	49

Tabla 23. Pregunta 16: Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	49
Tabla 24. Pregunta 17: Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	50
Tabla 25. Pregunta 18: Alguien con quien divertirse	50
Tabla 26. Pregunta 19: Alguien que comprenda sus problemas	51
Tabla 27. Pregunta 20: Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	51

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado	68
Anexo 2. Examen mental abreviado (MINIMENTAL)	69
Anexo 3. Cuestionario MOS de apoyo social	70

Resumen

Algunos autores definen las redes sociales de apoyo como aquellos lazos entre los individuos y grupos que permiten promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño. La presencia de recursos sociales y de redes sociales para el anciano no solo se relaciona con la buena salud mental, sino que también actúa como un mecanismo protector frente a enfermedades reduciendo sus efectos, además de reafirmar los sentimientos de valor personal y autoestima. El objetivo del presente estudio fue identificar los recursos sociales de apoyo en una muestra probabilística de 330 adultos mayores -mujeres y hombres- los cuales pertenecían al parque departamental de la tercera edad de Floridablanca, Santander a la que se le administró examen mental Minimental de Lobo, Ezquerria, Gómez, Sala, y Seva Díaz, (1978) en donde no se evidenció deterioro cognitivo en los adultos seleccionados, posterior a esto se les aplicó el Cuestionario MOS de Sherbourne y Steward (1991) el cual se trabajó con los baremos de validación de Argentina en donde se tiene una fiabilidad de 0.97; dicho cuestionario explora diferentes tipos de apoyo social como: apoyo emocional, apoyo material, redes sociales y apoyo afectivo. El análisis de los resultados se realizó en el programa estadístico SPSS en donde se halló que el 34% de los adultos mayores reciben un apoyo emocional, el 14% posee un apoyo material, otro 16% en sus relaciones sociales y por último un 12% un apoyo afectivo. En conclusión se puede observar que los adultos mayores de la muestra reciben más apoyo emocional que contribuye a la conformación de una red social amplia y distinguida.

Palabras Claves: *Adulto mayor; Apoyo Afectivo; Apoyo Emocional; Apoyo Material; Relaciones sociales y Bienestar.*

Abstract

Some authors define the social networks of support as those bonds between the individuals and groups that allow to promote the emotional domain, to offer advice and to provide feedback on the own identity and the performance. The presence of social resources and of social networks for the not alone elder relates to the good mental health, but also it acts as a protective mechanism opposite to diseases reducing his effects, beside reaffirming the feelings of personal value and he autoestimates. The aim of the present study is to identify the social resources of support in a sample probabilística of 330 major adults - women and men - which concerned to the departmental park of Floridablanca's third age, Santander to the one that managed the affairs mental examination Lobo, Ezquerria, Gómez, Sala, and Seva Díaz (1978) where no evidence of cognitive impairment in selected adults, subsequent to this questionnaire were administered the MOS Sherbourne and Stewart (1991) which worked with the scales validation Argentina where he has a reliability of 0.97 , the questionnaire explores different types of social support: emotional support, material support, social networking and emotional support. Analysis of the results was performed in SPSS where they found that 34% of older adults receive emotional support, 14% have a material support, another 16% in social relationships, and finally 12% emotional support. In conclusion we can see that the elderly in the sample receive more emotional support that contributes to the formation of a broad social network and distinguished.

Keywords: Older adult; emotional support, emotional support, material support, social relations and Welfare.

Justificación

Según el Centro de Psicología Gerontológica [CEPSIGER] (2.002), el envejecimiento demográfico es un proceso que está tomando por sorpresa a Latinoamérica y en especial a países en desarrollo como Colombia, en donde la población mayor se acrecienta, si se tiene en cuenta su rapidez: “América Latina está envejeciendo a un ritmo cuatro veces más rápido que el que caracterizó al envejecimiento de los países del llamado *primer mundo*” p.10. Colombia se encuentra en la segunda fase de transición demográfica, acompañada de notables cambios en los ámbitos familiares, regionales, económicos, políticos, socio-culturales y tecnológicos.

Dicho lo anterior, estos cambios generan en el adulto mayor manifestaciones tanto físicas, psicológicas y emocionales de allí nace esta investigación, donde se parte de la necesidad de estudiar los recursos sociales en el adulto mayor, como se ha venido estudiando años anteriores en otros países. Esta es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros. Luego de la realización de la práctica por proyecto I en los diferentes asilos de la ciudad, la cual hace parte de la formación académica en pregrado de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, se pudo identificar que la población de adultos mayores tiende a disminuir sus redes sociales de apoyo, por tal razón se trabajó con dicha población.

Esta investigación, posibilita apoyar la idea de García (1997), en la que explica que la presencia de una red social para el anciano no solo se relaciona con la buena salud mental, sino que también actúa como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y la tensión, además de reafirmar los sentimientos de valor personal y autoestima en la tercera

edad; en estos espacios de apoyo social la persona adulta tiene la posibilidad de involucrarse bidireccionalmente, recibiendo y dando compañía, consejo, ayuda, enseñanza, etc. Así mismo Seerman (1994), Liu (1995) y Berkam (2004) afirman que la manera en que las personas mayores participan en la vida social, ya sea mediante relaciones formales o informales, dependen de la cultura, siendo diferente en las sociedades con una cohesión social alta que en las sociedades más individualistas. . De igual forma este trabajo permite reestructurar y conocer nuevos protocolos que evalúen lo relacionado a este tema y crear futuras investigaciones utilizando los instrumentos aplicados.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los principales recursos sociales de apoyo identificados en una muestra de adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al parque de departamental de la tercera edad en Floridablanca, Santander?

Objetivos

Objetivo general:

- Identificar los recursos sociales de apoyo en una muestra de personas mayores no institucionalizadas pertenecientes al parque de la tercera edad en Floridablanca, Santander.

Objetivos específicos:

- Definir los recursos sociales de apoyo existentes para los adultos mayores no institucionalizados.

- Describir las redes de apoyo que se tejen alrededor del adulto mayor no institucionalizado.

Marco Teórico

El paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores, poniendo atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social. Entre los primeros destaca el papel de los sistemas de seguridad social. En los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo entre otros.

De igual forma la esperanza de vida para Colombia, según el DANE para los años 2010 -2015, será en promedio de 74 años, sin embargo en hombres será de 70 y para las mujeres de 77 años. Por tanto la mujer al tener una esperanza de vida mayor, en muchos casos, está llegando a su vejez sola, ya sea porque nunca tuvo pareja o porque la perdió; además si se tuvieron hijos, ellos generalmente han conformado su familia y viven aparte (Aristizábal- Vallejo, 2002).

Este aumento progresivo de la longevidad humana da origen a la aparición de un mayor porcentaje de procesos patológicos, los cuales tienen implicaciones directas en los hábitos, convirtiéndose en un factor determinante para su autoconfianza y autoestima y por ende en la calidad de vida, tanto del adulto mayor, como de su familia.

Es por esto que el apoyo social tiene una importancia decisiva para el bienestar de los individuos a lo largo de la vida; ya que las personas se sienten más satisfechas con sus vidas y se autoperciben más sanas en la medida en que estén complacidos con sus relaciones sociales, y ha sido demostrado en diversas investigaciones que los beneficios que

obtienen las personas mayores procedentes de sus redes sociales son similares a las de otras etapas de la vida. (Antonucci & Jackson, 1987).

El énfasis reciente hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también porque es una etapa de la vida en la que se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros. (Montes de Oca, 2003).

Ahora bien, para poder conceptualizar el apoyo social se debe tener en cuenta dos dimensiones, la estructural y la contextual. La primera hace referencia a las características del sujeto demandante de ayuda y a las del entorno comunitario donde se encuentran los recursos de apoyo real o posible. La red social es el marco donde se produce la integración social, en ella se pueden distinguir, unos parámetros estructurales (tamaño o número de relaciones, frecuencia de contacto, proximidad física y densidad), unos elementos interaccionales, que describen la relación entre los sujetos y los miembros de la red social (frecuencia de contacto, reciprocidad); y unos aspectos funcionales como, la provisión de apoyo social (la ayuda que para el individuo se deriva de una determinada red social). La segunda dimensión se refiere al sistema donde radican las fuentes de recursos de apoyo a las que los sujetos acuden. (Pinazo, 2006).

Con relación a las fuentes de apoyo, Cardona-Arango, Estrada-Restrepo, Chavarriaga- Maya, Segura-Cardona, Ordoñez- Molina y Osorio-Gómez (2008) realizaron una investigación sobre el apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado, este estudio tenía como objetivo analizar el apoyo social del adulto mayor residente en los Centros de Bienestar del Anciano de Medellín registrados en la Secretaría de Bienestar

Social en el año 2008, en esta investigación participaron 276 adultos mayores institucionalizados en 39 centros de protección social, con fuente de información primaria. El análisis de la información fue univariado y bivariado, en donde se encontró que los adultos institucionalizados eran en su mayoría mujeres, con edades de 65-84 años, solteras o viudas, con nivel de educación primaria y secundaria; la mayor parte estaban afiliadas al régimen contributivo. Los principales motivos de institucionalización fueron: soledad, problemas de salud y por decisión familiar; ellos son visitados por sus hijos y otros familiares, y este apoyo fue valorado como satisfactorio, pero más de la mitad tenía sentimientos de soledad y la sexta parte manifestó humillaciones de sus seres queridos; es de anotar que una baja proporción reportó maltrato de sus cuidadores; este estudio concluyó que las redes de apoyo social son fuertes dentro de la institución y perciben un menor maltrato por parte de los cuidadores institucionales que de los familiares. En general, la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a institucionalizarse, pero esta permanece en ellos, motivada en parte por el poco contacto con las familias y la mediana satisfacción con amigos y la misma institución, evidenciando su condición de desamparo y de vulnerabilidad social.

Del mismo modo Gottlieb (1981), Lin, Dean y Ensel (1986) coinciden en que se distinguen tres ámbitos en los que se produce el apoyo como es la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas.

Pero para Gottlieb (1981) cada uno de los distintos estratos de las relaciones sociales conlleva unos vínculos diferentes entre los individuos y su entorno social con características y connotaciones diferentes:

- En el nivel macrosocial o comunitario, la persona se identifica y participa en el entorno social. Implica un sentimiento de pertenencia.
- A través del nivel medio, mesosocial o de de las redes sociales, se accede directa o indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Implica un sentimiento de vinculación.
- El nivel microsicial o de las relaciones de intimidad o confianza es el estrato más significativo del sujeto, ya que implica un sentimiento de compromiso, por ende se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentido de responsabilidad y bienestar por el otro.

Aún así, fue en 1974, cuando Caplan fue uno de los primeros autores en definir el apoyo social como “aquellos lazos entre los individuos o entre individuos y grupos que permiten: promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño” (p.16). Años más tarde Cassel (1976) subrayó que la función principal del apoyo social era favorecer en el individuo el sentimiento de ser cuidado, amado y de que se preocuparan por él; que es valorado y estimado, y que es miembro de una red de obligaciones mutuas.

Basándose en Sarason y Pierce en 1989 proponen que la verdadera naturaleza del apoyo social se encuentra en los procesos perceptivos de los sujetos implicados. Así mismo Lin y Ensel (1989) han relacionado el apoyo social con la calidad de vida, y lo definen como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis” (p. 8).

Pero, para Diaz- Veiga (1985), el apoyo social podría ser considerado como una adaptación cognitiva resultado de la visión individual de las relaciones concretas experimentadas a lo largo del desarrollo social.

Sin embargo, Khan y Antonucci (1980) definen el apoyo social como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. El conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes suele denominarse transferencia, y se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

De acuerdo con Antonucci y Jackson (1987); Salinas, Manrique y Téllez (2008) existen cuatro categorías de transferencia o apoyo, como son:

- Apoyo Material, entendido como el flujo de recursos monetarios y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material.
- Apoyo Instrumental, se entiende como el transporte, la ayuda de labores en el hogar y el cuidado y acompañamiento al adulto mayor.
- Apoyo Emocional, expresado por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro. Puede tomar distintas formas.
- Apoyo Cognitivo, hace referencia al intercambio de experiencias, a la transmisión de información, al dar consejos que permitan entender la situación.

De igual forma Sánchez (1994); Pérez (2003); Abellán (1999) y Sánchez Ayende (2004), sostienen que hay dos sistemas de apoyo, el primero es el sistema formal cuyo objetivo específico es apoyar en ciertas áreas determinadas y utilizar profesionales o voluntarios para garantizar sus metas; el apoyo es recibido mediante vías políticas y públicas que se traducen en programas regulares de prestación de servicios; y el segundo

sistema es el sistema informal que está compuesto por redes personales y redes comunitarias no estructuradas como sistema de apoyo, donde se encuentra a los amigos, vecinos y familiares.

De manera que este sistema informal de apoyo estructura la base de contactos más o menos frecuentes y de relaciones significativas desarrolladas en un periodo relativamente largo, en general sobre toda su vida, ya que es al interior de la familia donde se desarrollan y se establecen vínculos primarios entre los individuos y de éstos con el resto de la sociedad. La presencia del apoyo familiar es común en todas las sociedades incluso en las desarrolladas. (Antonucci & Akiyama, 2001).

Palomba (2002) afirma que el apoyo informal en la familia y la cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, tanto de los hijos a los padres, como de los padres a los hijos. De igual forma considera que las redes informales mencionadas anteriormente constituyen los amigos y vecinos, ya que éstas se establecen por intereses comunes y actividades compartidas.

Por lo anterior la familia y los amigos constituyen los dos focos más importantes de recursos sociales (Diaz-Veiga, 1985). La familia proporciona cuidados a lo largo de todo el ciclo vital, apoyo económico, aliento y apoyo emocional; sostiene la vida comunitaria de la persona mayor, pues mientras el mayor reciba cuidados de la familia, se previene y retrasa la institucionalización. Así pues la familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor, pues son estos los encargados de prestar atención directa a las personas mayores con problemas de salud o deterioros graves en su autonomía personal. Las personas mayores suelen pedir ayuda emocional, instrumental e informativa a sus familiares, aunque también los amigos, y vecinos les ofrecen

considerable apoyo. A estos últimos, sobre todo, se les pide ayuda cuando no hay ningún pariente íntimo disponible. Lo anterior sugiere que los amigos son personas a quienes pedir ayuda en caso de necesidad después de la pareja o los hijos, ya que los amigos son muy importantes en las vidas de las personas en general y de las personas mayores en particular sobre todo en aquellos mayores que viven solos. Las amistades son para las personas mayores una de las fuentes de satisfacción más significativas, y en este sentido, tienen un gran impacto en los sentimientos de bienestar de la persona mayor. Según Crohan y Antonucci (1989) confirman que la relación positiva entre el apoyo recibido de las relaciones de amistad y el bienestar de la persona mayor.

El ajuste, la autoestima y el estado de ánimo de las personas mayores depende más de la calidad de las relaciones con los iguales y las relaciones de amistad que de las relaciones con la familia. Ya que ellas pueden proteger de autoevaluaciones negativas haciendo sentir a la persona mayor competente, valiosa y útil. Las amistades son, por tanto, una de las fuentes de satisfacción más significativas que produce un gran impacto en el bienestar de la persona mayor. (Crohan & Antonucci, 1989)

De otra forma, autores como Mansilla, Meyer, Pérez y Vegas (1993), han analizado las funciones que desempeñan determinadas relaciones para el sujeto, consideradas como proveedoras de apoyo, así como el ámbito en que ese apoyo se produce, que puede ser en el plano afectivo, el plano cognitivo y el plano conductual.

El plano afectivo, hace referencia a compartir sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad de alguien con quien hablar; necesidad de expresarse emocionalmente; confianza e intimidad; afecto positivo e intensidad; dominio de las emociones; sentimientos de ser querido, amado, de pertenencia y cuidado; sentimientos de

ser valorado; elogiado y expresiones de respeto. El apoyo expresivo se refiere al uso de las relaciones sociales, como un fin en sí mismas, pero también como un medio a través del cual el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas.

El plano cognitivo, consiste en la información que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas por resolver, éste va ligado al apoyo emocional y el plano conductual, se asocia a la prestación de ayuda material directa o de servicios. Es efectivo como la persona percibe la ayuda como adecuada pero puede tener efectos negativos, si la persona siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de estar en deuda. El apoyo instrumental hace referencia al uso de las relaciones sociales como un medio para conseguir objetivos y metas. La función instrumental deriva de actos instrumentales, es decir, actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlo. El apoyo instrumental se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades sociales y poder dedicarse a un mayor crecimiento personal (Sancho, Abellán & Pérez, 2004).

De lo anterior la función expresiva deriva de acciones expresivas, acciones que el individuo realiza y cuyo fin está en ellas mismas. El apoyo emocional supone un aumento de la autoestima al sentirse valorado y aceptado por los demás. Este tipo de apoyo desempeña un papel muy importante en el fomento y mantenimiento de la salud y bienestar. Strain y Chappel (1982) sugirieron que las relaciones sociales con semejantes no pertenecientes a la familia son fundamentales y que la relación de confianza podía ser más importante para la calidad de vida y el bienestar que la cantidad de interacciones con familiares y amigos.

Habría que decir también que Caplan (1974) distingue entre la dimensión objetiva o apoyo recibido y la dimensión subjetiva del apoyo social o apoyo percibido. La primera se relaciona con el componente conductual, ya que hace referencia a las transacciones reales de ayuda producidas entre los miembros de una relación; y la segunda se asocia a la evaluación que el individuo realiza de esa ayuda, relacionada con el componente cognitivo.

Así mismo para Lehr, Seiler y Thomaes, (2000) han estudiado cuales son los factores psicológicos y psicosociales que se relacionan con la longevidad y han llegado a la conclusión de que no hay una única variable que explique la longevidad y el bienestar en la edad avanzada, ya que los factores psicosociales (prácticas de socialización, influencias culturales y ecológicas, factores de personalidad, status social y estilos de vida) interactúan con otros formando parte de una compleja red de relaciones causales recíprocas. Así mismo Rowe y Kahn (1998), definen que el apoyo social es la información que conduce al individuo a la convicción de que pertenece a una red de obligaciones mutuas.

De acuerdo con lo anterior en la tercera edad, al igual que en otros grupos etarios, las Redes Sociales de Apoyo son importantes condicionantes del estado de la Salud de las personas. Se supone que la mala salud es más acentuada y más probable entre aquellos a los que les falta apoyo o carecen de él (Rodríguez, 1995; Barrón,1996; Buendía,1994; Montorio,1994).

Es necesario recalcar que, para Leturia y Yanguas (1992), existe una hipótesis denominada efecto “buffer” o amortiguador que defiende que el apoyo social tiene un efecto protector en la persona sobre las influencias negativas o cambios vitales estresantes, por consiguiente se entiende que el apoyo social preserva la salud de la persona ya que

minimiza la incidencia del estrés. De lo anterior se diferencian dos tipos de apoyo social como son: el principal o directo y el secundario o indirecto.

Lo anterior apoyado en dos recientes estudios europeos que han examinado si los efectos beneficiosos de las redes sociales difieren para los hombres y mujeres (Avlund, 2004); se encontró que la frecuencia de contacto y la participación social estaban directamente relacionadas con la incidencia de discapacidad en las mujeres que en hombres. Estos resultados se oponen a los encontrados por Seeman (1994) en poblaciones norteamericanas donde los efectos protectores de las redes sociales en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria eran mayores en hombres que en las mujeres. Sin embargo la pequeña muestra finlandesa y danesa limita la precisión de resultados.

Tabla 1.
Efectos del apoyo social

	Efecto principal o directo	Efecto secundario o indirecto
EFFECTOS DEL APOYO SOCIAL	1. Fomenta la salud y el bienestar independientemente del estrés.	1. Promueve sentimientos psicológicos de pertenencia a la comunidad.
	2. Hipotetizan diferentes mecanismos: a. Elevando la moral y el sentimiento de bienestar. b. Ayuda a evitar experiencias negativas o a prevenirlas. c. c) Crea en la persona un sentimiento de poder tener en caso de necesitarla. Lo que conlleva a un aumento en la autoestima, estabilidad y sentimientos de control.	2. Proporciona sentido de identidad personal y reduce la ambigüedad e incertidumbre sobre el mundo y proporciona bases para realizar elecciones en la vida.
	3. Aumento de sensación de predictibilidad, estabilidad y control.	3. Solidaridad grupal.
	4. Apoyo social y salud relacionados lineal e independientemente del estrés.	4. Enseña estrategias efectivas de afrontamiento con los problemas diarios.

	Efecto principal o directo	Efecto secundario o indirecto
	5. Efecto amortiguador del estrés. Facilitando los procesos de afrontamiento y adaptación, reduciendo las posibilidades de enfermedad física y mental.	5. Proporciona una red de relaciones.

Nota: Fuente: Leturia, F.; Yanguas, J.; Arriola E. & Uriarte A. (2001): Evaluación del funcionamiento y apoyo social en *la valoración de personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Ed. Cáritas. 135 -158.

Ahora bien, dentro de las investigaciones relacionadas con los recursos sociales en personas mayores; se encuentra el estudio realizado por Concha, Olivares y Sepúlveda (2000) en Santa Cruz, Chile cuyo objetivo fue determinar si las redes sociales disminuyen o aumentan entre las personas de la tercera edad. Para esta investigación la muestra utilizada fue seleccionada al azar en un grupo mixto de 50 adultos mayores, pertenecientes a los tres estratos socioeconómicos (alto, medio y bajo), el instrumento utilizado fue el MMPI con el ítem de la escala 0 (Introversión social), dicho estudio encontró que para el 50% de la muestra escogida las redes sociales van en aumento, mientras que el 40% de la población piensa que hay una disminución en la red social en la tercera edad. Por su parte en la investigación desarrollada por Aranda, Pando, Flórez y García (2001), en Guadalajara, Jalisco, cuyo objetivo general era conocer la situación de las redes sociales de apoyo y su relación con la depresión en la población mayor de 65 años de edad que vive en las instituciones asilos en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), Jalisco, México, se seleccionó una muestra de 335 participantes, para la evaluación de las redes de relaciones sociales de los sujetos, se utilizó la Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales (Díaz Veiga, 1985), y se encontró que el 77.3% de las personas estudiadas presentan escasas redes sociales debido al proceso de institucionalización.

Es significativa la Investigación realizada por Aranda, Pando y Aldrete (2002), en Guadalajara, Jalisco, cuyo objetivo era analizar las condiciones de las redes sociales de apoyo asociadas a la presencia de trastornos psicológicos en la población mayor de 65 años de edad, cuya muestra fue de 94 participantes, utilizando la Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga , la cual ayudó al análisis sobre las redes sociales de apoyo en donde se encontró que el 14,9% de los adultos participantes contaba con un buen apoyo social, mientras que el 41,5% de los adultos mayores contaba con apoyo regular y el 43,6% de los adultos mayores no contaba con ningún tipo de apoyo. En el aspecto subjetivo referente a si están o no satisfechos con el apoyo percibido, el 45,7% de los adultos participantes reportan estar muy satisfechos con el apoyo percibido; mientras que el 52,1% de los adultos mayores participantes reportan estar satisfechos medianamente y el 2,1% de los adultos reportan estar insatisfechos con el apoyo percibido.

Así mismo, Escobar (2009), realizó un estudio en España, cuyo objetivo general era determinar si las redes sociales están relacionadas con la aparición y la evolución de la discapacidad durante los primeros años de la vejez. Para esta investigación participaron 1286 sujetos de los cuales 633 eran de Barcelona y 653 de Madrid, cuya edad estaba en el rango de los 70 a 74 años; para cumplir con el objetivo del estudio a los participantes se les aplicó una encuesta de Indicador de Recursos Sociales, la cual integra diversos ítems de diferentes escalas como la OARS, IADL y PAQUID, así mismo se tuvieron en cuenta diferentes variables como: el sexo, la edad, profesión del cabeza de familia, el nivel educativo, eventos biográficos, hábitos tabáquico, consumo de alcohol, ejercicio físico y comorbilidad; dicho estudio concluyó que la fortaleza de la red social en su conjunto cambió según todas las variables contempladas excepto la edad, la comorbilidad, el nivel de

estudios y la profesión del cabeza de familia. Estos cambios parecen afectar en la mayoría de los casos a la participación social y en menor medida a la estructura de la red social. Es entonces cuando Montes de Oca, Molina y Avalos (2008), decidieron en su investigación, conocer los mecanismos de apoyo que se establecen entre la población adulta mayor en Guanajuato, México y sus redes transnacionales, y encontraron que las redes sociales aumentan si la persona abandona su comunidad de origen, mientras que los que continúan en la comunidad tienden a disminuir sus redes sociales.

Fue en año de 2003, cuando Clemente, describió el fenómeno de las redes de apoyo social en los adultos mayores de Buenos Aires, Argentina como experimentación de distintos tipos de pérdidas en aspectos sociales y personales, generando un descenso de la vida social, prefiriendo éstos estar en compañía de su familia que de sus amigos; adicionalmente Meléndez, Miguel, y Navarro en Valencia, España (2007) desarrollaron un estudio, cuyo objetivo era reconocer quiénes son las figuras suministradoras de apoyo, psicológico e instrumental en la vejez, así como precisar si existen diferencias en función de la edad y el sexo; para la recolección de la información se utilizó la entrevista Manheim de apoyo social y participaron 101 personas, las cuales era mayores de 65 años y pertenecían a la provincia de Valencia (España). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el apoyo psicológico e instrumental, tanto en relación con la edad como con el sexo del entrevistado.

Ahora bien, otra investigación denominada Redes de apoyo y calidad de vida de las personas mayores en Cuba, realizada por León y Alfonso (2000), tenía por objetivo analizar las redes sociales de acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. En esta investigación se encontró que el 22% de las personas

mayores “viven solos o con cónyuge solo” y con presencia de hijos el 60% de ellos. La red de apoyo con que cuentan las personas mayores también fue estudiada a partir de las transferencias en dinero, servicios, especies, compañía y otros. En relación con las ayudas que las personas mayores brindan, se agregó el cuidado de niños, para lo cual se encontró que el 44% recibe ayuda de una sola persona, el 82% de los que ayudan corresponde a personas que co-residen en el mismo hogar.

Es preciso destacar que para Escobar, Puga y Martin (2008), quienes realizaron una investigación en Madrid y Barcelona, cuyo objetivo fue analizar el efecto de la red social sobre el nivel de autonomía (en términos de discapacidad instrumental y básica) en etapas iniciales de la vejez, en donde la población objeto de estudio fue la cohorte entre 70 y 74 años residente en grandes áreas urbanas (Madrid y Barcelona) y no institucionalizada. Se midió discapacidad para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Los aspectos estructurales de las relaciones sociales se midieron a través de la diversidad de red social y la participación, para lo que se construyó un indicador global de diversidad de red social, de esta investigación se obtuvo resultados como que por cada unidad que disminuye el indicador de diversidad de red, la probabilidad de padecer una discapacidad instrumental frente a no padecer ningún tipo de discapacidad, se multiplica por 0,97 (IC95% 0,95-0,99), y la probabilidad de padecer una discapacidad básica se multiplica por 0,91 (IC95% 0,87-0,94). De igual forma Meléndez (1998), en Valencia, España realizó una investigación titulada Apoyo social, tercera edad y auto percepción, cuyos objetivos eran determinar si existen diferencias entre los niveles de las variables edad, sexo y estado civil en cuanto al apoyo social, y confirmar que el apoyo social va a ser una variable que pueda determinar el

adecuado ajuste personal de cara a la jubilación y la autopercepción del sujeto; para esta investigación se contó con una muestra de 447 sujetos jubilados no institucionalizados, dicho estudio concluyó que tanto las relaciones familiares como las relaciones sociales son básicas para el ajuste del sujeto en el período de la tercera edad, y, por tanto, que el apoyo informal de tipo social es uno de los elementos necesarios para el adecuado desarrollo del sujeto en el último período del ciclo vital.

Cabe señalar que, Tuesca, Fierro, Molinares, Oviedo, Polo, Polo y Sierra (2003), realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar el papel que juegan los grupos de socialización como factor protector para la depresión en personas ancianas; para esta investigación se tomó una muestra de 602 personas entre los 60 y 94 años residentes en Barranquilla, Colombia, a los participantes se les aplicó el test de Apgar. En este estudio se encontró que la participación de ancianos en grupos de socialización permite integrarlos en actividades laborales, de ocio y lúdicas. Esta actividad posibilita un apoyo físico y emocional al romper con esquemas preconcebidos hacia los ancianos, como son la estigmatización y la discriminación. Desde el punto de vista de la salud, la participación social actúa como un factor protector y se constituye como una alternativa en medicina preventiva.

Pero fue en el 2007, Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro, los que desarrollaron un estudio comparando las redes sociales y apoyo social en personas mayores en Costa Rica, Inglaterra y España, cuyo objetivo era explorar la relación entre la red social más próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y los hijos, y las condiciones de salud en la vejez desde una perspectiva internacional comparada; el estudio contó con tres fuentes de información específicas diseñadas para el análisis de la salud en

los adultos mayores en cada una de las poblaciones objeto de estudio, todas ellas, realizadas mediante entrevista personal domiciliar, recogen información sobre diversos aspectos de la salud en la vejez, así como relativos a las redes sociales y familiares de los mayores, ofreciendo información comparable.

De lo anterior se puede referir que la encuesta costarricense ha sido realizada en 2005-2006 a una muestra nacional de 3.000 individuos de 60 y más años de edad, con sobre muestreo en los grupos de edades mayores. La encuesta británica –English Longitudinal Study of Ageing– se realizó entre Marzo de 2002 y Marzo de 2003, entrevistando a 12.100 individuos de 50 y más años (incluyendo cónyuges más jóvenes). La encuesta realizada a la población española –Procesos de Vulnerabilidad en la Vejez– se llevó a cabo durante la primavera de 2005 en las áreas metropolitanas de Madrid y Barcelona, y se entrevistaron a 1.244 individuos de una cohorte que contaba en el momento en que se realizó esta oleada entre 70 y 74 años, dicho estudio concluyó que los adultos mayores de los tres países analizados han mostrado modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la coresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia (sólo) residencial (caso latino-europeo). Así mismo la población costarricense es la que presenta una menor asociación entre redes sociales y estado de salud. Son los que presentan una mayor coresidencia, pero también entre los que la dicha convivencia muestra efectos menos significativos. De igual forma las sociedades latinas son las que presentan redes familiares más fuertes, pero es también en ellas en las que dicha fortaleza muestra efectos positivos menos claros. Los resultados parecen sugerir que el efecto de la fortaleza de las redes familiares aumenta en la medida en que en el medio social es menos común la fortaleza de las mismas.

Mientras que Martínez y Díaz (2011), son lo que realizaron en México, una investigación acerca de las redes sociales y apoyo percibido de la pareja y otros significativos, dicho estudio consistió en elaborar una nueva escala que evaluara tanto los factores estructurales como funcionales y evaluar el apoyo brindado por la pareja, para este estudio se contó con la participación de 261 sujetos, dicho estudio concluyó que la Escala de Apoyo Percibido de la Pareja y Otros Significativos permite evaluar conductas específicas de apoyo tanto material como emocional. Contar con esta medida puede ser de gran ayuda para evaluar problemas de pareja como la violencia, fenómeno vinculado de manera estrecha al apoyo. Respecto a la ayuda proporcionada por la pareja, se dice que para quienes la tienen, la principal fuente de apoyo es el otro miembro de la díada.

Ahora bien, en el año de 2008, Salinas, Manrique y Téllez, desarrollaron en México un estudio acerca de las redes de apoyo social en la vejez, la investigación tenía como objetivo caracterizar las redes de apoyo social de los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades en su componente para Adultos Mayores. Se contó con la participación de 1470 sujetos con más 70 años, el estudio determinó que los AM cuentan con redes familiares de apoyo social homogéneas que en su mayoría están compuestas por los cónyuges y los hijos de los adultos mayores. La principal fuente de apoyo reside en las mujeres. Se identificó un tamaño de red promedio de 2 personas. Con relación al tipo de apoyo se observó que, los AM que tienen hijos fuera del hogar tienden a recibir principalmente apoyo económico y material, y los AM con hijos corresidentes reciben, principalmente, apoyo instrumental, sobre todo en términos de alimentos y visitas. El apoyo emocional es el de mayor reciprocidad, ya que los AM manifiestan no sólo capacidad para recibirlo sino también para darlo. *El tamaño de la red* resultó ser el factor más importante

para explicar la disponibilidad de apoyo social así como el intercambio de los distintos tipos de apoyo social. De manera particular, aquellos AM que viven solos o que tienen algún tipo de dependencia física (por enfermedad o discapacidad) son quienes mayores carencias tienen en términos del apoyo social recibido y otorgado.

Mientras que, Vera y Sotelo (2006) realizaron una investigación acerca del bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad, en donde se tenía como objetivo analizar la variación de bienestar subjetivo en una muestra de la población de adultos mayores del estado de Hermosillo, México, en función de las estrategias de enfrentamiento, la percepción de apoyo social y variables sociodemográficas. Para la investigación participaron 160 personas entre los 60 y 90 años de edad; para lograr el objetivo se utilizaron los instrumentos de bienestar subjetivo y estrategias de afrontamiento, se utilizaron versiones validadas y compactadas de las escalas originales (Anguas, 1997, Góngora, 1998) ajustadas por Vera, Batista y Laborín (1999), y validadas para la población de adultos mayores en Paraíba Brasil por Domínguez (2002). La escala de Bienestar Subjetivo consta de dos componentes el componente afectivo llamado Balance de los Afectos, y el componente cognitivo denominado Satisfacción con la Vida. La Escala de Estrategias de Enfrentamiento de los problemas se compone por 39 ítems tipo Likert pictórico de cinco puntos (siempre - nunca), que miden la frecuencia con la que una persona reacciona ante cinco tipos de problemas: con los amigos, con la familia, con la pareja, problemas de salud y problemas en la vida. Una medida de apoyo social, que examina la diversidad y frecuencia de contacto con las fuentes de apoyo (aspectos del nivel estructural en el estudio del apoyo social). En la segunda parte, se evalúan las funciones de apoyo (expresiva, instrumental e informativa), la satisfacción percibida del apoyo, así como

la diversidad y multiplicidad de los proveedores del apoyo y al final, se evalúa a quién y el tipo de apoyo que provee. Dicho estudio concluyó que los adultos mayores reportan un alto nivel de satisfacción con su vida; pero según su reporte sus afectos positivos, como por ejemplo la felicidad, alegría, cariño y placer, tienen un bajo nivel de frecuencia e intensidad. En los afectos negativos como la depresión, tristeza y desesperación, los sujetos informan sentirlos muy bajos en los niveles de intensidad y frecuencia; en la subescala de Satisfacción con la Vida, reportan un alto grado de satisfacción en cada uno de los factores que la integran, sin embargo las medias que son ligeramente más altas son en los factores familia y religión. De igual forma se encontró que la pareja, los hijos y familiares son los potenciales proveedores de apoyo más frecuentes en la vida de las personas añosas.

Ahora bien, apartándonos un poco, en España, Herrero y Gracia (2005) desarrollaron un trabajo cuyo objetivo era analizar el nivel de ajuste biopsicosocial dentro del contexto residencial como fuera de él; la muestra de este estudio estuvo compuesta por dos grupos de personas mayores de 70-85 años, un grupo general de 109 personas mayores viviendo en su hogar y un grupo diana de 100 personas viviendo en residencias de la tercera edad; para evaluar el apoyo percibido se utilizó el cuestionario de apoyo social percibido que evalúa las dimensiones de apoyo emocional, consejo y ayuda y la reciprocidad en el apoyo; dicho estudio concluyó que para el grupo general el mayor nivel de apoyo recibido es el de los hijos, mientras que el grupo diana el mayor nivel de apoyo recibido y percibido es el de las amistades.

De otra forma, en Guadalajara, México, Robles, Rizo, Camarena, Cervantes, Gómez y González (2005), realizaron un estudio cuyo objetivo era analizar la composición de las redes y el apoyo social de ancianos enfermos de escasos recursos. En este estudio

participaron 40 ancianos en edades entre los 65 y 89 años , a los cuales se les realizó una entrevista durante su hospitalización con un cuestionario de preguntas abiertas. Dicho estudio encontró que las redes sociales de estos ancianos están compuestas por 7,5 integrantes en promedio, principalmente mujeres, son redes multigeneracionales e incluyen a la familia extensa. Las redes en su mayoría proporcionan apoyo emocional. Las ancianas tienen redes más grandes y reciben más apoyo social en comparación a los ancianos varones; los ancianos casados y viudos, a su vez, tienen redes más grandes y reciben más apoyo social que los solteros. No hay diferencias por la edad y con quien vive en la unidad doméstica.

Mientras en Brasil, Weber, Schneider y Antúnez (2010), realizaron una investigación sobre las implicaciones sociales en la vejez y la depresión; en este estudio participaron diez adultos mayores en edades entre los 58 y 71 años, 9 de ellos eran mujeres, como objetivo se tenía identificar las influencias sociales de la depresión en la tercera edad. El instrumento utilizado en este estudio fue el Cuestionario de Depresión de Beck, con una versión traducida e validada para el contexto brasileiro. Como resultado se encontró que por medio de las entrevistas realizadas a los adultos mayores, las relaciones sociales contribuyen para la depresión en la vejez. Esta no debe ser considerada como una manifestación normal de esa fase de la vida, pero una enfermedad en la que los factores sociales son relativamente importantes en la identificación de una patología, ya que el envejecimiento es un proceso normal de la vida y la forma como cada uno evidencia esa fase, hará que esa etapa sea vivida de una forma más positiva. El adulto mayor, debe ser visto como una fuente de experiencia y sabiduría, sin embargo muchas veces es excluido de la sociedad, por ello

dichas acciones sociales son factores que afectan su salud emocional expresándose por lo general en depresión.

De igual forma, Crosara, Mistiere, Sousa y Knipel (2006), realizaron una investigación en Brasil, cuyos objetivos eran investigar la configuración de las redes sociales de adultos y la satisfacción con su vida. La muestra de este estudio estuvo conformada por 90 personas en edades entre los 50 y 85 años de edad, en donde se utilizaron cuatro instrumentos, el primero fue un cuestionario para la caracterización de la población, luego una escala de ítem único para medir la satisfacción general con la vida, después se les aplicó un diagrama para validar las redes sociales en el adulto mayor de Khan y Antonucci (1980), y por último se les aplicó un cuestionario sobre la satisfacción con la red de relaciones sociales. Dicho estudio percibe que la relación que existe entre las redes sociales de adultos y la satisfacción con la vida es favorable, de otra forma se encontró que las personas que poseen una mayor red social relatan están más satisfechas con la vida y obtienen un soporte social mayor.

Por otro lado, en Argentina, Arias y Polizzi (2010), realizaron un estudio cuyo objetivo era efectuar una exploración cualitativa de la red de apoyo social de adultos mayores –tamaño, red y proximidad -así como las de las variaciones -pérdidas en inclusión de nuevas relaciones- que se han producido en la misma vejez. Para este estudio se seleccionó una muestra no probabilística de tipo intencional de 40 adultos mayores de 65 a 80 años residentes en la ciudad Mar del Plata a la que se les administró: 1) un cuestionario de datos sociodemográficos, 2) la Entrevista Estructurada de Fuentes de apoyo social (1985); y 3) una Entrevista semiestructurada para explorar de manera cualitativa los cambios en la red ocurridos durante la vejez y los motivos que los generaron. Los

resultados alcanzados permiten concluir la presencia de una amplia variabilidad en las características de las redes de adultos mayores exploradas. En primer lugar es importante destacar que se observa un elevado número de redes de tamaño elevado o medio y muy escasas redes de tamaño pequeño lo cual permite pensar que la vejez no determina ineludiblemente la reducción e insuficiencia de los apoyos sociales, por el contrario, la mayoría de los adultos mayores mostraban una vida social muy activa y disponían de una amplia variedad de relaciones que les aportaban diversos tipos de apoyos. Por otra parte, el hecho de que estén exclusiva o mayoritariamente conformadas por vínculos extremadamente cercanos o muy cercanos permite pensar que poseen relaciones significativas, de gran intimidad y confianza y a su vez, la escasez de vínculos poco cercanos podría apoyar las afirmaciones de la teoría de la selectividad socioemocional, ya que se priorizan y se mantienen las relaciones más importantes para el sujeto y se tiende a desestimar y prescindir de las que no revisten tales características.

Metodología

Población y Muestra

Se trabajó con una muestra probabilística por racimos. El número de participantes para esta investigación es de 330 tomados del parque departamental que cuenta con un número aproximado de adultos mayores de 2.500. Para ello se tuvo en cuenta dos criterios de inclusión: adultos mayores de 50 años que pertenezcan al parque de la tercera edad y que vivan en los barrios del municipio de Floridablanca, Santander. Como criterio de exclusión estarán aquellos adultos mayores que al momento de aplicación y calificación del examen mental MIMENTAL (Lobo et. al. 1978) tengan una puntuación inferior a 25, ya que se estaría sospechando de un posible deterioro cognitivo.

En relación al manejo ético, cada participante firmará el consentimiento informado, con el cual conocerá los fines de la información brindada en la escala de recursos sociales que se aplicará, para tal estudio se tendrá en cuenta la resolución número 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Título II, Capítulo I con sus respectivos artículos los cuales hacen referencia a los aspectos éticos que se tienen en cuenta a la hora de realizar investigaciones con seres humanos.

Instrumentos

Se aplicó el Examen de estado mental Mini-Mental realizado por Folstein (1975) con una validación en España por Lobo et. al. (1978). Este instrumento es el test de “screening” de deterioro cognitivo más citado en la literatura científica de habla hispana, y punto de referencia de gran número de estudios referentes a alteraciones cognitivas y demencia. El objetivo del MEC es cuantificar el potencial cognitivo y detectar sus posibles desórdenes funcionales de forma rápida y práctica. Consta de 11 ítems en los que se valora 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial.

La interpretación se basa en la suma de las puntuaciones de cada ítem. Es un test sencillo y breve que se administra en un tiempo de 5 a 10 minutos si necesidad de utilizar material adicional. Así mismo se conservaron los puntos de corte, estableciéndose para ambas escalas de 23/24 en pacientes geriátricos y de 27/28 para pacientes no geriátricos, así como diferentes niveles de deterioro:

- 0: Normal 30-35
- 1: Bordeline 25-29
- 2: Deterioro Leve 20-24
- 3: Deterioro Moderado 15-19
- 4: Deterioro Grave ≤ 14

En la versión en la que se establece el punto de corte de 28, se obtuvo una sensibilidad del 92% y una especificidad del 90% en pacientes médicos (Lobo et al. 1978), en pacientes psiquiátricos se establece el 96% y 100%, respectivamente (Lobo et al., 1978). La comparación con el WAIS, como en el caso del MMSE, resultó altamente significativa

($r = 0,78$) (Lobo et al. 1978). De igual forma se obtuvo una sensibilidad del 89.9% y una especificidad del 75.1% (Lobo et. al, 1978).

A pesar de que los puntos de corte se pueden variar en función de los objetivos del estudio, se ha observado que en los estudios de validación los puntos de corte más apropiados, que conseguirían un buen equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad son los siguientes:

- Para los pacientes en edad geriátrica (65 o más años), los puntos de corte 23/24 (MEC-35) y 22/23 (MEC 30) son los de mejor rendimiento global.
- Para pacientes no geriátricos (menores de 65 años), el más idóneo es el punto de corte 27/28 (MEC-35).

De igual forma se aplicó el cuestionario MOS de apoyo social de Sherbourne y Steward (1991) con la validación en Argentina, realizada por Rodríguez y Enrique (2010), el cual es un cuestionario auto administrado de 20 ítems. El primer ítem valora el apoyo estructural y el resto de ítems valoran el apoyo funcional en donde se exploran cinco dimensiones del apoyo social como: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.

Las puntuaciones pueden darse de forma cruda o normalizada. En la forma normalizada el rango para cada subescala y para la puntuación total es de 0 a 100. En cambio, si se indican las puntuaciones sin realizar esta transformación los rangos son: '19-95 para puntuación total, 8-40 para apoyo emocional, 4-20 para apoyo instrumental y para

interacción social positiva y 3-15 para apoyo afectivo. En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido.

En cuanto a su fiabilidad se encontró que la consistencia interna para la puntuación total es alta ($\alpha = 0.97$) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78). (Rodríguez y Enrique, 2010).

Este test permite investigar sobre los recursos sociales evidenciados en la primera pregunta que corresponde al número de amigos o familiares cercanos con los que cuenta el adulto mayor.

Por otro lado, permite investigar 4 dimensiones de Apoyo:

1.- Apoyo Emocional / Informativo: La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información. Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19

2.- Apoyo Instrumental: La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona. Preguntas: 2- 5-12-15

3.- La interacción social positiva: La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse. Preguntas: 7 –11 –14 – 18

4.- Apoyo Afectivo: Las expresiones de amor y de afecto. Preguntas: 6 – 10 – 20

VALORES	MÁXIMO	MÍNIMO	MEDIANA
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción Social	20	4	12
Afectivo	15	3	09
Indice Global	95	19	57

Nota: Fuente: Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L.(1991), The MOS Social Support Survey. *Soc Sci. & Med* 32: 705-14.

Procedimiento

Esta investigación, estuvo direccionada por un enfoque cuantitativo, un diseño transversal y subtipo descriptivo, descrito a continuación:

Fase I: Formulación del problema, en la cual se definieron los objetivos generales y específicos del estudio.

Fase II: Selección de los participantes, en ésta se recogieron los datos del número de personas que pertenecen al parque departamental de la tercera edad, luego se aplicó la siguiente fórmula con un 95% de confianza y un margen de error del 5%, para saber cuántos adultos podían participar en el estudio y se obtuvo una muestra final de 330 adultos mayores.

Fase III: Visitas al parque departamental de la tercera edad y presentación del protocolo de consentimiento informado (Anexo 1) a la población en estudio; las visitas se realizaron durante 6 semanas entre los meses febrero y marzo de 2011.

Fase IV: Aplicación del instrumento, se aplicó el examen de deterioro cognitivo MINIMENTAL (Lobo et. al.,1978) (Anexo 2) y luego de calificarlo se pasó a la aplicación del cuestionario MOS (Sherboune y Steward, 1991) (Anexo 3), el cual se aplicó de forma individual.

Fase V: Análisis de los resultados en el programa estadístico SPSS, en donde se trabajó la base de datos definiendo seis variables, las cuales fueron: edad, género, barrio, apoyo emocional, apoyo material, relaciones sociales y apoyo afectivo.

Fase VI: Discusión y recomendaciones, en ésta se discutieron los resultados más importantes que arrojó la investigación, así mismo se realizan algunas recomendaciones para que sean tenidas en cuenta en investigaciones posteriores.

Resultados

A continuación se presentan datos sociodemográficos:

Tabla 2.
Edad

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	50-60 años	50	15,2	15,2	15,2
	61 a 70 años	186	56,4	56,4	71,5
	71 a 80 años	87	26,4	26,4	97,9
	81 a 90 años	7	2,1	2,1	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

A partir de los datos arrojados, se pudo constatar que las edades que más prevalecen están entre los 71 y 80 años, mientras que las edades entre los 81 y 90 años son las menos frecuentes, con una media de 68 años.

Tabla 3.
Género

		GÉNERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	158	47,9	47,9	47,9
	Femenino	172	52,1	52,1	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Se destaca el género femenino con un 52.1%, mientras el género masculino con un 47.9 %.

Tabla4.
Barrio

BARRIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cañaveral	46	13,9	13,9	13,9
	los molinos	47	14,2	14,2	28,2
	la cumbre	46	13,9	13,9	42,1
	Lagos	47	14,2	14,2	56,4
	Bellavista	46	13,9	13,9	70,3
	el bosque	57	17,3	17,3	87,6
	Villabel	41	12,4	12,4	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

La tabla anterior muestra que el barrio en el que más adultos mayores participaron fue el Bosque con un 17.3%.

EXAMEN MENTAL ABREVIADO**Tabla 5.**
Minimental

MINIMENTAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	25-30	215	65,1	65,1	65,1
	31-35	115	34,9	34,9	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

La tabla anterior nos muestra que el 65.1% de los adultos mayores puntuaron en el Minimental entre 25-30; mientras que el 34,9% obtuvo un puntaje de 31-35.

RECURSOS SOCIALES**Tabla 6**

Pregunta 1: Con cuantos amigos íntimos y familiares cercanos cuenta usted?

		A.I			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-5 A.I	127	38,5	38,5	38,5
	6-10 A.I	128	38,8	38,8	77,3
	11-15 A.I	44	13,3	13,3	90,6
	16-20 A.I	31	9,4	9,4	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Se observa que el 38.8 % de las personas poseen entre seis y diez amigos íntimos, con los que puede contar en algún momento, mientras que el 9.4% de las personas cuenta entre dieciséis y veinte amigos.

Tabla 7 :
Pregunta 1:

		F.C			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-5 F.C	202	61,2	61,2	61,2
	6-10 F.C	128	38,8	38,8	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 61.2 % de las personas poseen entre uno y cinco familiares cercanos, con los que puede contar en algún momento, mientras que el 38.8% posee entre 6 y 10 familiares cercanos.

REDES SOCIALES

Tabla 8.
Análisis descriptivos de los apoyos

	Estadísticos descriptivos								
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Suma	Media		Desv. típ.	Varianza
	Esta díctico	Esta díctico	Esta díctico	Esta díctico	Esta Díctico	Esta díctico	Error típico	Esta díctico	Esta díctico
APOEMO	330	30,00	10,00	40,00	11423,00	34,6152	,32856	5,96854	35,623
APOATE	330	14,00	6,00	20,00	5666,00	17,1697	,16288	2,95894	8,755
RSOCIALES	330	16,00	4,00	20,00	5671,00	17,1848	,17534	3,18513	10,145
APOAFE	330	12,00	3,00	15,00	4288,00	12,9939	,13395	2,43330	5,921
N válido (según lista)	330								

Lo anterior muestra que el 30% de los adultos mayores posee un apoyo emocional, mientras que el 14% posee un apoyo material, de igual forma el 16% de los participantes posee apoyo social y por último el 14% de los adultos mayores que cuenta con un apoyo afectivo.

Tabla 9.
Pregunta 2: Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.

P2					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	,3	,3	,3
	pocas veces	7	2,1	2,1	2,4
	algunas veces	49	14,8	14,8	17,3
	la mayoría de veces	104	31,5	31,5	48,8
	Siempre	169	51,2	51,2	100,0
Total		330	100,0	100,0	

Con un 51.2%, se encuentran las personas que consideran tener a alguien cuando estén en cama (enfermedad), mientras que el 0.3% de la muestra considera no tener a alguien; con una media de 4.31 y una desviación estándar de 0,82.

Tabla 10.**Pregunta 3: Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar**

P3					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	3	,9	,9	,9
	pocas veces	12	3,6	3,6	4,5
	algunas veces	23	7,0	7,0	11,5
	la mayoría de veces	126	38,2	38,2	49,7
	Siempre	166	50,3	50,3	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 50.3% de los encuestados cuenta con alguien con quien hablar, mientras que el 0.9% de los adultos mayores manifiesta no tener a alguien con quien conversar; una media de 4,33 y desviación estándar de 0,83.

Tabla 11.**Pregunta 4: Alguien que le aconseje cuando tenga problemas**

P4					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	pocas veces	9	2,7	2,7	2,7
	algunas veces	32	9,7	9,7	12,4
	la mayoría de veces	113	34,2	34,2	46,7
	Siempre	176	53,3	53,3	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Con un 53.3% los adultos de la investigación cuentan con alguien para que le aconseje en caso de problemas o dudas, mientras que el 2.7% pocas veces cuentan con personas de confianza; una media de 4,38 y desviación estándar de 0,77.

Tabla 12.**Pregunta 5: Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita**

P5					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	3	,9	,9	,9
	pocas veces	13	3,9	3,9	4,8
	algunas veces	16	4,8	4,8	9,7
	la mayoría de veces	132	40,0	40,0	49,7
	Siempre	166	50,3	50,3	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 50.3% de los adultos mayores tienen alguien que le lleve al médico cuando están enfermos, mientras que el 0.9% no cuenta con alguien; encontrando una media de 4,34 y una desviación estándar de 0,81

Tabla 13.**Pregunta 6: Alguien que le muestre amor y afecto**

P6					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	4	1,2	1,2	1,2
	pocas veces	13	3,9	3,9	5,2
	algunas veces	29	8,8	8,8	13,9
	la mayoría de veces	109	33,0	33,0	47,0
	siempre	175	53,0	53,0	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 53,0% de las personas cuenta con alguien que le muestre amor y afecto, por otro lado se observa en un porcentaje del 1,2% que hay personas que no cuentan con alguien que les muestre amor; una media de 4,32 y una desviación estándar de 0,88.

Tabla 14.
Pregunta 7: Alguien con quien pasar un buen rato

P7					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	7	2,1	2,1	2,1
	pocas veces	6	1,8	1,8	3,9
	algunas veces	19	5,8	5,8	9,7
	la mayoría de veces	123	37,3	37,3	47,0
	siempre	175	53,0	53,0	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Se observa que el 53.0% de las personas tiene a alguien con quien pasar un tiempo agradable, mientras que el 2.1% opina todo lo contrario, de igual forma se encontró una media de 4,37 y una desviación estándar de 0,84.

Tabla 15.
Pregunta 8: Alguien que le informe y le ayude a entender una situación

P8					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	10	3,0	3,0	3,0
	pocas veces	9	2,7	2,7	5,8
	algunas veces	25	7,6	7,6	13,3
	la mayoría de veces	108	32,7	32,7	46,1
	siempre	178	53,9	53,9	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Para el 53.9% de los encuestados tiene a alguien que le informe y le ayude a entender una situación, mientras que el 3,0% no cuenta con nadie.

Tabla 16.**Pregunta 9: Alguien en quien contar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones**

P9					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	7	2,1	2,1	2,1
	pocas veces	4	1,2	1,2	3,3
	algunas veces	13	3,9	3,9	7,3
	la mayoría de veces	112	33,9	33,9	41,2
	siempre	194	58,8	58,8	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Con un 58.8% los adultos mayores coinciden en que cuentan con alguien para hablar sobre situaciones personas y de sí mismo, mientras que un 2,1% opinaron todo lo contrario; una media de 4,31 y una desviación estándar de 0,81.

Tabla 17.**Pregunta 10: Alguien que le abrace**

P10					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	11	3,3	3,3	3,3
	pocas veces	10	3,0	3,0	6,4
	algunas veces	20	6,1	6,1	12,4
	la mayoría de veces	137	41,5	41,5	53,9
	siempre	152	46,1	46,1	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 46.1% dice recibir manifestaciones de afecto, mientras que el 3.3% opina todo lo contrario. Se encontró una media de 4,23 y una desviación estándar de 0,94.

Tabla 18.
Pregunta 11: Alguien con quien pueda relajarse

P11					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	9	2,7	2,7	2,7
	pocas veces	14	4,2	4,2	7,0
	algunas veces	44	13,3	13,3	20,3
	la mayoría de veces	93	28,2	28,2	48,5
	siempre	170	51,5	51,5	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 51.5% de los adultos mayores opina que tiene a alguien con quien relajarse, mientras que el 2.7% opina que nunca tiene a nadie. Se encontró una media de 4,21 y una desviación estándar de 1,01.

Tabla 19.
Pregunta 12: Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo

P12					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	10	3,0	3,0	3,0
	pocas veces	8	2,4	2,4	5,5
	algunas veces	30	9,1	9,1	14,5
	la mayoría de veces	108	32,7	32,7	47,3
	siempre	174	52,7	52,7	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Con un 52.7% los adultos mayores respondieron que tienen alguien que les prepare comida en caso de no poder hacerlo, mientras que el 3.0% manifestó no tener a nadie. Se encontró una media de 4,29 y una desviación estándar de 0,94.

Tabla 20.**Pregunta 13: Alguien cuyo consejo realmente desee**

P13					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	7	2,1	2,1	2,1
	pocas veces	10	3,0	3,0	5,2
	algunas veces	15	4,5	4,5	9,7
	la mayoría de veces	138	41,8	41,8	51,5
	siempre	160	48,5	48,5	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 48.5% de los adultos mayores respondieron que tienen alguien para un consejo mientras un 2.1 nunca cuentan con alguien de confianza para un consejo que desee. Se encontró una media de 4,31 y una desviación estándar de 0,86.

Tabla 21.**Pregunta 14: Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas**

P14					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	5	1,5	1,5	1,5
	pocas veces	16	4,8	4,8	6,4
	algunas veces	34	10,3	10,3	16,7
	la mayoría de veces	135	40,9	40,9	57,6
	siempre	140	42,4	42,4	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Se observa que el 42,4% de los adultos mayores tiene a alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidarse de sus problemas, mientras que un 1.5% opina todo lo contrario. Se encontró una media de 4,17 y una desviación estándar de 0,91.

Tabla 22.**Pregunta 15: Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo**

P15					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	13	3,9	3,9	3,9
	pocas veces	6	1,8	1,8	5,8
	algunas veces	32	9,7	9,7	15,5
	la mayoría de veces	126	38,2	38,2	53,6
	siempre	153	46,4	46,4	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 46.4% de la muestra respondió que tiene a alguien que le ayude en tareas domésticas si se encontrase enfermo, mientras que el 3,9% opinó todo lo contrario. Se encontró una media de 4,21 y una desviación estándar de 0,97.

Tabla 23.**Pregunta 16: Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos**

P16					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	17	5,2	5,2	5,2
	pocas veces	9	2,7	2,7	7,9
	algunas veces	13	3,9	3,9	11,8
	la mayoría de veces	115	34,8	34,8	46,7
	siempre	176	53,3	53,3	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

Se observa que el 53.3% de la muestra respondió que tienen a alguien con quien compartir sus problemas íntimos, y un 5,2% opina lo contrario. Se encontró una media de 4,28 y una desviación estándar de 1,03.

Tabla 24.**Pregunta 17: Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales**

P17					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	8	2,4	2,4	2,4
	pocas veces	15	4,5	4,5	7,0
	algunas veces	28	8,5	8,5	15,5
	la mayoría de veces	122	37,0	37,0	52,4
	siempre	157	47,6	47,6	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 47.6% opina que tiene una persona que le aconseje como resolver sus problemas personales, mientras que el 2,4% respondió lo contrario. Se encontró una media de 4,22 y una desviación estándar de 0,95.

Tabla 25.**Pregunta 18: Alguien con quien divertirse**

P18					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	10	3,0	3,0	3,0
	pocas veces	1	,3	,3	3,3
	algunas veces	25	7,6	7,6	10,9
	la mayoría de veces	99	30,0	30,0	40,9
	siempre	195	59,1	59,1	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 59.1% de los adultos mayores opina que tienen a alguien con quien divertirse, mientras que el 3,0% contestó no tener a nadie. Se encontró una media de 4,41 y una desviación estándar de 0,88.

Tabla 26.**Pregunta 19: Alguien que comprenda sus problemas**

P19					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	16	4,8	4,8	4,8
	pocas veces	7	2,1	2,1	7,0
	algunas veces	14	4,2	4,2	11,2
	la mayoría de veces	120	36,4	36,4	47,6
	siempre	173	52,4	52,4	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 52,4% de los adultos mayores encuestados opinaron que cuentan con alguien que comprenda sus problemas, mientras que el 4,8% opina lo contrario. Se encontró una media de 4,29 y una desviación de 1,00.

Tabla 27.**Pregunta 20: Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido**

P20					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	11	3,3	3,3	3,3
	pocas veces	4	1,2	1,2	4,5
	algunas veces	17	5,2	5,2	9,7
	la mayoría de veces	99	30,0	30,0	39,7
	siempre	199	60,3	60,3	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

El 60.3% de las personas entrevistadas expresaron que tienen alguien a quien amar y hacerle sentirse querido, mientras 3,3% respondió no tener a nadie. Se encontró una media de 4,42 y una desviación estándar de 0,90.

Discusión

La vejez es una etapa de la vida donde se experimentan diferentes cambios tanto positivos o negativos en las relaciones afectivas y emocionales, es importante el estudio y análisis de las diversas manifestaciones de ello en el adulto mayor y el reconocimiento de los recursos sociales de apoyo que posee dicha población. (Antonucci & Jackson, 1987)

El presente estudio muestra los recursos sociales de apoyo en adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al parque departamental de la tercera edad en Floridablanca, Santander. Actualmente dicho parque cuenta con un número aproximado de 2.500 adultos mayores, seleccionándose 330 personas para esta investigación, de las cuales el 47.9% correspondía al género masculino y el 52.1% correspondía al género femenino. Se puede observar, que el mayor número de participantes son mujeres, esto probablemente se debe a como propone Annan (2002) A que la mujer tiene una mayor prolongación de vida, por su rol activo dentro de la familia y la sociedad, pues no solo se desempeña como madre y ama de casa, sino que en algunos casos estuvo vinculada al aspecto laboral (Annan, 2002).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE, 2010] en Colombia la población femenina tiene una edad promedio de 77 años, mientras que la de los hombres es de 70 años, además desde el año 2010, Colombia cuenta con 45.5 millones de habitantes, de los cuales 23.4 millones son mujeres y 22.4 son hombres. Uno de los

posibles análisis que explican el mayor número de mujeres en el país se debe a que en su mayoría no tienen quien se haga cargo de ellas, ya que son ellas quienes asumen la responsabilidad de ocuparse de su pareja, sus hijos, y nietos, explicando así que los hombres de este grupo etario se encuentran en sus casas bajo el cuidado de sus esposas, lo anterior apoyado en Annan, 2002.

Atehortúan (2002) afirma que tanto hombres como mujeres empiezan el proceso de envejecimiento al mismo tiempo, sin embargo dicho proceso transcurre de forma rápida en la mujer a diferencia del hombre. A su vez Aristizabal- Vallejo (2002) indica que la mujer, por tener una esperanza de vida mayor, en muchos casos, está llegando a su vejez sola, ya sea porque nunca tuvo pareja o porque la perdió; además si se tuvieron hijos, ellos generalmente han conformado su familia y viven aparte.

Por otro lado, los adultos mayores del estudio poseen bajos recursos sociales, ya que el 38,5% de la muestra cuenta entre cero y cinco amigos íntimos; así mismo queda evidenciado que el 61,2% de los adultos mayores posee entre cero y cinco familiares cercanos. Siendo la familia y los amigos los dos focos más importantes de recursos sociales según Diaz-Veiga (1985), en el presente estudio se observa que en el 61,2% de los casos los individuos cuentan con suficiente apoyo económico, emocional y cuidados proporcionados por la familia. Así mismo el 38,5% que representa la fuente más significativa de satisfacción, corresponde a los amigos íntimos. Por tanto, se observa que en la muestra estudiada, es menor el recurso de amigos íntimos que el de familiares cercanos.

Describiendo las redes de apoyo que se tejen alrededor del adulto mayor no institucionalizado, en el presente estudio se encuentra que el 34.61% de los adultos

mayores reciben un apoyo emocional, el 17.16% posee un apoyo material, otro 17.18% un apoyo social y por último un 13% un apoyo afectivo (tabla 8).

A lo que refiere al apoyo emocional evaluado a través del Cuestionario MOS por los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19; cabe resaltar el resultado del ítem 3 (tabla 10) el cual refiere que el 50.3% de los encuestados cuenta con alguien con quien hablar, lo que significa según Cassel (1976), que este grupo de personas mayores cuentan con un apoyo emocional, el cual le favorece su autoestima con sentimientos de ser cuidado, amado, valorado y estimado.

El ítem 4 (tabla 11) revela que con un 53.3% los adultos de la investigación cuentan con alguien para que le aconseje en caso de problemas o dudas. Según lo señalado por Gottlieb (1981), Lin, Dean y Ensel (1986) se puede indicar que en este caso, la mayoría de los entrevistados poseen un apoyo en relaciones íntimas y otro tanto en redes sociales, prefiriendo establecer relaciones con vínculos tipo microsociales donde se producen intercambios mutuos y recíprocos buscando el bienestar propio y del otro.

El ítem 8 (tabla 15) permite observar que para el 53.9% de los encuestados tiene a alguien que le informe y le ayude a entender una situación y el ítem 9 (tabla 16) arroja que un 58.8% los adultos mayores coinciden en que cuentan con alguien para hablar sobre situaciones personales y de sí mismo. Del mismo modo el 48.5% de los adultos mayores referido en el ítem 13 respondieron que tienen alguien para un consejo (tabla 20), en el mismo orden de ideas se observa en el ítem 16 que el 53.3% de la muestra respondió que tienen a alguien con quien compartir sus problemas íntimos, (tabla 23). Lo anterior tiene

una relación según lo postulado por Caplan (1994) teniendo en cuenta que el mayor porcentaje evaluado en cada ítem definen los lazos entre los individuos y grupos que permiten promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño.

Simultáneamente el ítem 17(tabla 24) muestra que el 47.6% de los adultos mayores opina que tiene una persona que le aconseje como resolver sus problemas personales. El estudio de igual forma encuentra en el ítem 19(tabla 26) que el 42,4% de las personas tiene a alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidarse de sus problemas. Según Mansilla, Meyer, Pérez y Vegas (1993),lo anterior muestra que los adultos mayores cuentan con relaciones proveedoras de apoyo, en los planos afectivo, cognitivo y conductual.

El presente estudio obtiene con sus resultados, en cuanto al apoyo emocional, las expresión de cariño y sentimientos asociados a la familia, de los hijos a los padres, como de los padres a los hijos, evidencia de ello lo presenta Palomba (2002) al definir el apoyo emocional.

En cuanto al apoyo material evaluado en los ítems 2, 5, 12 y 15 los resultados muestran que un 51.2% de los adultos mayores consideran tener a alguien cuando estén en cama (enfermedad) ítem 2 (tabla 9); el ítem 5 (tabla 12) el 50.3% de los adultos mayores tienen alguien que le lleve al médico cuando están enfermos; el ítem 12 permite observar que el 52.7% respondieron que tienen alguien que les prepare comida en caso de no poder hacerlo (tabla 19) y el ítem 15 (tabla 22) muestra que el 46.1% de los adultos mayores dice recibir manifestaciones de afecto. Lo anterior comparado por lo propuesto por Salinas, Manrique y Téllez (2008) el estudio encuentra que los adultos mayores de la muestra con respecto al apoyo material cuentan con redes familiares de apoyo social, dichas redes proporcionan

apoyo recíproco, generando relaciones donde el adulto mayor tiene la capacidad de dar y recibir afecto.

Por otro lado se observó entre los encuestados el apoyo social entendido, como relaciones sociales que aportan bienestar para ellos, evaluados en el instrumento por los ítems 7, 11,14 y 18, se encontró que entre el 51.5% y 53.0% de las personas afirman que tienen a alguien con quien pasar un tiempo agradable, relejarse, realizar actividades o hacer cosas diferentes que le ayuden a olvidarse de sus problemas y con quien divertirse, solo un número reducido al 2.7% afirma lo contrario.(tabla 14,18, 21 y 25). Según García (1997), esto muestra que para los adultos mayores que participaron en el estudio la presencia de una red social, se relaciona con la buena salud mental.

Por último se menciona el apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño evaluados en los ítems 6,10 y 20, estos arrojan que los adultos mayores encuestados respondieron que tienen una persona que le abrace la mayoría de las veces o siempre en un 40- 46% (tabla 13, 17 y 27); el apoyo expresivo se refiere al uso de las relaciones sociales, como un fin en sí mismas, pero también como un medio a través del cual el individuo satisface necesidades emocionales y afectivas. Lo anterior según la teoría Khan y Antonucci (1980) los adultos mayores de la muestra cuenta con un apoyo afectivo, el cual implica ayuda, afecto y afirmación.

Conclusiones

- El cuestionario de apoyo social MOS se consideró como un elemento clave y confiable para la obtención de un enfoque multidimensional del apoyo social en las redes sociales del adulto mayor. Este cuestionario se aplicó para revelar contextos de riesgo social, y su intervención sobre este grupo social y entornos sociales de desarrollo.
- Después de analizar los datos se encontró que los adultos mayores participantes poseen bajos recursos sociales en lo que refiere a los amigos íntimos, ya que el 38,5% de la muestra cuenta entre cero y cinco amigos; así mismo queda evidenciado que el 61,2% de los adultos mayores posee entre cero y cinco familiares cercanos.
- A pesar de que los adultos mayores poseen bajos recursos sociales referido a los amigos íntimos, sus redes sociales son buenas, esto observado en que el apoyo que más se evidenció fue el apoyo emocional con un 30%, seguido por el apoyo material con 14%, luego están las relaciones sociales con un 16% y por último se encuentra el apoyo afectivo con el 12%.
- El apoyo emocional evaluado en las preguntas 3-4-8-9-13-16-17 y 19 se encontró que la mayoría de los entrevistados entre el 53% y 58% tienen alguien con quien contar cuando necesitan hablar, que les aconseje cuando tienen problemas, les ayude a entender una situación, con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones, con quien compartir sus temores o problemas más íntimos y entre el 37% y 47.6% tienen a alguien que les comprenda y aconseje como resolver sus problemas personales. Lo anterior indica que en la

población en estudio el apoyo emocional favorece al individuo con sentimientos de alta estima.

- De otra forma el apoyo material se encontró el 51,2% de la población consideran tener a alguien cuando estén en cama y solo el 0,3% afirma nunca tener esa ayuda; en caso de encontrarse enfermos el 50.3% de los adultos mayores tienen alguien que les lleve al médico, mientras que el 0.9% niegan tener este tipo de ayuda. En cuanto a su alimentación un 52.7% afirmó que tienen a alguien que les prepare comida en caso de no poder hacerlo por sí mismos, y en cuanto a las tareas domésticas, en caso tal de no poderlas realizar por cuestiones de salud, el 46.4% respondió que tiene a alguien que les ayude, mientras que el 3,9% de los encuestados opinaron que nunca han tenido quien les ayude y apoye. Resaltándose que para el adulto mayor el apoyo material hace parte de la tranquilidad y el bienestar del adulto mayor.
- Por otro lado después de evaluar el apoyo social se encontró que el 51.5% y 53.0% de las personas afirman que tienen a alguien con quien pasar un tiempo agradable, relejarse, realizar actividades o hacer cosas diferentes que le ayuden a olvidarse de sus problemas y con quien divertirse, solo un número reducido al 2.7% afirma lo contrario. esto explica que la presencia de una red social para el adulto mayor está relacionada con la buena salud mental y actúa reduciendo la ansiedad, la tensión y el estrés, de allí las actividades que se desarrollan en el parque en estudio.
- Por último se encuentra el apoyo afectivo en donde se encontró que la mayoría de los entrevistados entre el 53% y 58% tienen alguien con quien contar cuando necesitan hablar, que les aconseje cuando tienen problemas, les ayude a entender una situación, con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones, con quien compartir sus temores o

problemas más íntimos y entre el 37% y 47.6% tienen a alguien que les comprenda y aconseje como resolver sus problemas personales, reflejándose que ello favorece al individuo con sentimientos de ser cuidado, amado, valorado y estimado.

Recomendaciones

- Es importante resaltar que aún son muchas las investigaciones que deben realizarse con respecto al tema tratado, pues es poco explorado y la documentación es reducida no sólo a nivel de Colombia sino también en otros países.
- Desarrollar nuevas investigaciones que permitan lograr un mayor conocimiento y comprensión de los apoyos sociales y de la sociabilidad en los adultos mayores de esta época.
- Explorar si la compensación cuantitativa de número de vínculos que se pierden y se ganan, se acompaña también de un equilibrio desde el punto de vista cualitativo; es decir si los nuevos vínculos son de características similares en funcionalidad y atributos a los que se han perdido y, si en conjunto, la red sigue satisfaciendo al sujeto en la medida en que lo hacía anteriormente a que estos cambios se produjeran.

Referencias

- Abellán, A. (1999). La ayuda formal. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9 (1), 114-117.
- Annan, K. (2002). Mujeres de edad: Cuando las que siempre ayudan necesitan ayuda. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Madrid: Ministerio de comunicaciones.
- Antonucci T. & Akiyama H. (2001) Social Networks in Adult life and preliminary examination of de covoy model. *Journal of Gerontology*. 16(4):655-65.
- Antonucci T. & Jackson J. (1987): Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En: *Intervención psicológica y social. Gerontología clínica*, 129-148. Barcelona: Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad. Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Aranda, C. Pando, M. & Alderete, M. (2002). Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado de Guadalajara. *Revista Psiquiátrica, Facultad de Medicina*, 29 (3), 169-174.
- Aranda, C., Pando, M., Flórez, C. García, T., (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara. *Revista Psiquiátrica Facultad de Medicina*,. 28 (2), 69-74.
- Arias, C & Polizzi, L. (2010). La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Mar del plata. Interpsiquis.
- Aristizábal- Vallejo, N. (2002). Función de las mujeres ancianas en la familia urbana. *Revista de asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 16 (3),401-402.
- Atehortúan, M. (2002). Abordaje de terapia ocupacional en personas con Demencia Tipo Alzheimer: modificaciones de la actividad y del entorno para mejorar su calidad de vida. *Revista de la asociación colombiana de gerontología y geriatria*, 16 (3) 159-168.
- Ávila, J. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 2 (2),65-73.
- Avlun, L. (2004) The impacto d structural and fuctional characteristics of social relations as determinants of fuctional decline. *Journal of gerontology*, 59, 44-51.
- Barrón, A. (1996) Apoyo social. *Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

- Berkman, L. (2004) Social integration and mortality: A prospective study of French employers of electricity of France-Gas of France: The Gazel cohort. *Journal of epidemiology*, 159, 167-174.
- Buendía, J. (1994). Envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI. España editores.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Cardona-Arango, D.; Estrada-Restrepo, A.; Chavarriaga-Maya, L.; Segura-Cardona, A.; Ordoñez-Molina, J. & Osorio-Gómez, J. (2008). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. *Revista de salud pública*, 12 (3), 414-424.
- Cassel, J.(1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Centro de Psicología Gerontológica (2002). Documento analítico del país, para la segunda Asamblea mundial sobre el envejecimiento. Bogotá: Ministerio de comunicaciones.
- Clemente, M. (2003). Redes Sociales de Apoyo en Relación al proceso de envejecimiento humano. *Revista de Psicología Clínica y Ciencias Afines*, 20 (1), 31-60.
- Comisión económica y social de las naciones unidas para Asia y el Pacífico (2011). Alerta por envejecimiento en países asiáticos. La Habana : Ministerio de Comunicaciones.
- Concha, A., Olivares, L. & Sepúlveda, M. (2000). *Redes Sociales en la Tercera Edad*. Psicología del Desarrollo III, Universidad del desarrollo.
- Crohan, S. & Antonucci, T. (1989). Friends as a source of social support in old age. *Older adult friendship: structure and process*. Londres. Sage.
- Crosara, M.; Mistieri, V.; Souza, I. & Knipel, N. (2006). Redes de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Uberlândia, Centro Universitário do Triângulo*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2010). Colombia: indicadores de mortalidad. 1985-2015. Bogotá: Ministerio de comunicaciones.
- Díaz- Veiga, P. (1985). *El apoyo social en la vejez*. Madrid. Piramide. El ambiente. Análisis psicológico.
- Escobar, M. (2009). Redes Sociales como factor predictivo de situaciones de discapacidad al comienzo de la vejez. Barcelona: Tesis Doctoral sin publicación, Universidad Autónoma.

- Escobar, M., Puga, D., & Martin, 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 (6), 637-651.
- Eyassu, G. & Nance, B. (1987). The older in Africa. *Journal of Gerontology*, 6 (2), 163-182.
- García, E. (1997). El apoyo social en *la intervención comunitaria*. Barcelona: Paídos.
- Gottlieb, B. (1981). El informe sobre el envejecimiento y desarrollo. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. *Social networks and social support*. Beverly Hills. Sage HAI.
- Gureje, O.; Kola, L. & Afolabi, E. (2007). Epidemiology of Major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: A community- based surved. *Journal the Lancet*, 370, 957-964.
- Herrero, J. & Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: Un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención psicosocial*, 14 (1), 1-10.
- Kahn, R & Antonucci, T (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. *Lifespan development and behavior*, 3, 253-286.
- Lehr, U.; Seiler, E. & Thomae, H. (2000). Aging in a cross-cultural perspective. Lengerich, Alemania. *Pabst Science Publishers*. International perspectives on human development.
- León, E. & Alfonso J (2000). Redes de apoyo y calidad de vida de las personas mayores en Cuba. *Redes de apoyo social de las personas mayores de América Latina y del Caribe* .CELADE, 56-58.
- León, D. (2011) Trends in European life expectancy: a salutary view *Int.Journal Epidemiol*, 40 (2),271-277
- Leturia, J. (2006) Calidad de vida en la tercera edad en *análisis de la calidad de vida relacionada con la salud desde una perspectiva multidimensional*. Ed. Caritas 241-250.
- Leturia & Yanguas (1992). El apoyo social. *Revista Gerontologica* 2 (2) 140-167
- Leturia, F.; Yanguas, J.; Arriola E. & Uriarte A. (2001): Evaluacion del funcionamiento y apoyo social en *la valoración de personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Ed. Cáritas. 135 -158.

- Lin, N., Dean A. & Ensel, W., (1986). Social Support, life events and depression. Londres: Academic Press.
- Lin, N. & Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Liu, J. (1995) Transitions in functional status and active life expectancy among older people in Japan. *Journal of gerontology*, 50, S383-S 394.
- Lobo, A; Ezquerro, J.; Gómez, F.; Sala, J & Seva Díaz, A. (1978). El mini examen cognoscitivo. UN test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso- Esp. Neurol Psiquiatria* 7, 189-202.
- Mansilla, F.; Meyer, M.; Pérez, D. & Vegas, M. (1993). Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. En *Terceras Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Colegio Oficial de Psicólogos-INSERSO*, 1333
- Mapule, R (s/f). Vivienda, La pobreza y la salud de las personas mayores en África. *Revista de Psicología*, 2, 130-137.
- Martínez, Y. & Díaz- Loving, R. (2011). Red social y apoyo percibido de la pareja y otro significativos: una validación psicométrica. *Revista enseñanza e investigación en psicología*, 16 (1), 27-39.
- Meléndez, J. (1998). Apoyo social, tercera edad y autopercepción. *Revista Gerokomos*.10 (2), 60-66.
- Meléndez, J., Miguel, J., & Navarro, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Maheim. *Revista de Salud Pública*, 49, 408-414.
- Montes de Oca, V. (2003). Familia, sociedad y vejez. *Revista Demos*. 34-35
- Montes de Oca, V., Molina, R. & Avalos, R. (2008). Las Redes Sociales en la Vejez y Mecanismos de apoyo de las redes transnacionales. Migración, redes sociales y envejecimiento: estudios de las redes familiares transnacional de la vejez en Guanajuato. 129- 175 Guanajuato: Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto de Investigaciones Sociales.
- Montorio, I. (1994). La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Ministerio de asuntos sociales. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Palomba, R (2002). El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores. Ponencia presentada en el Taller sobre Calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores. CELADE- División de Población de la CEPAL, 24 de julio de 2002.

- Pérez, L. (2003). *Envejecer en Femenino. Las mujeres mayores en la España de comienzos del siglo XXI*. Madrid. Instituto de la mujer.
- Pinazzo, S. (2006). Relaciones sociales en *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Ed. Pearson 221-240.
- Puga, D.; Rosero- Bixby, L.; Glaser, K. & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Revista electrónica, 5 (1), 1-22*.
- Robles, L.; Rizo, G.; Camarena, L.; Cervantes, L.; Gómez, M. & González, M. (2005). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Revista de Saúde Pública, 16(2),557-560*.
- Rodríguez, M. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Edit.Síntesis.
- Rodríguez, S & Enrique, H(2010). Validación MOS argentina. *Revista Psicodebate: 7Psicología, Cultura y sociedad*.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). Successful aging. *Journal The Gerotologist. 37 (4): 443-440*.
- Salinas, A.; Manrique, B. & Téllez, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- Sanchez (1994), M. Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, Conferencia Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez, San Juan de Puerto Rico.
- Sánchez Ayende, M. (1994). El apoyo social informal. En: *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (Anzola, E., et al). Publicación científica No. 546, pp. 360-368, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. Antonucci y Jackson, 1987)
- Sancho, B.; Abellán, A. & Pérez, L. (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid. Imsero.
- Sarason, B.; Sarason, I. & Pierce, G. (1989). *Social support: an interactional view*. Nueva York. Wiley.
- Seeman, T. (1994). Social Tiesan su'pport and neuroendocrine function the macartger studies of successful aging. *Journal behaviaur medicine, 16, 95-106*.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L.(1991), The MOS Social Support Survey. *Soc Sci. & Med 32: 705-14*.

- Strain, L. & Chappel, N. (1982). Confidants: do they make a difference in quality of life?. *Research on Aging*, 4 (4), 479-502.
- Tuesca– Molina, R.; Fierro, N.; Molinares, A.; Oviedo, F.; Polo, Y.; Polo, J. & Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas, Barranquilla. *Revista Española de salud pública*, 77, 595-604.
- Vera, J. & Sotelo, T. (2006). Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. *Revista de psicología social en México*, 10, 95-102.
- Weber, A.; Schneider, C. & Antunez, L. (2010). Implicações sociais na velhice e a depressão. Brasil. *Revista Unoesc & Ciência – ACHS, Joaçaba*, 1,(2), 149-158.

Anexos

Anexo 1
CONSETIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPANTE

El presente ejercicio investigativo hace parte del proceso académico que se realiza desde la Universidad Pontificia Bolivariana en el Proyecto de grado de las estudiantes de decimo semestre de psicología Ladys Johana Saavedra Calvo Id: 84149 y Jessica Natalia Vargas Ríos Id:8568, supervisado por Ps. Ara Mercedes Cerquera Córdoba; el cual se titula **Recursos Sociales De Apoyo En Adultos Mayores no Institucionalizados en la Ciudad De Floridablanca** que tiene como objetivo principal identificar los recursos sociales de apoyo en personas mayores no institucionalizadas.

La metodología a utilizar será la aplicación de: una ficha de rastreo, examen del estado cognitivo Mini-mental (MMSE) y cuestionario de apoyo social MOS, tales métodos permitirán recoger información pertinente sobre la dinámica que se vive dentro de los escenarios geriátricos; y los resultados arrojados serán analizados y manejados con fines académicos; respetando la confidencialidad brindada por los participantes.

Conociendo lo anteriormente mencionado, y teniendo en cuenta que el estudiante-investigador ha informado el propósito de esta investigación; yo _____ con c.c. _____ Participo de manera voluntaria en el proceso de investigación.

Firmo en constancia

Ps. Ara Mercedes Cerquera Córdoba
Asesora de Proyecto de Grado

Jessica Natalia Vargas Ríos
Estudiante Investigadora

Ladys Johana Saavedra Calvo
Estudiante Investigadora

Firma como participante

Fecha: _____ Barrio: _____

Anexo 2
Examen Mental Abreviado
Lobo et. al. (1978)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

<ul style="list-style-type: none"> • Orientación: ¿En qué año estamos? 1 ¿En qué estación estamos? 1 ¿En que día de la semana estamos? 1 ¿Qué día es hoy? 1 ¿En qué mes estamos? 1 ¿En qué provincia estamos? 1 ¿En qué país estamos? 1 ¿En que pueblo o ciudad estamos? 1 ¿En que lugar estamos? 1 ¿Se trata de un piso o planta baja? 1 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fijación: Repita estas tres palabras: “Peseta-Caballo-Manzana” (1 punto or cada respuesta correcta) Una vez puntuado, si no los ha dicho bien, se le repetirán con un limite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuerdes de las porque se las preguntare dentro de un rato. 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Concentración y Calculo: -Si tiene 30 pesetas y me da 3 cuantas le quedan? Y si me da otras tres? (Hata 5 restas) 5 -Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda) Ahora repítalo al revés (se puntúa acierto por número y orden) 3 	
<ul style="list-style-type: none"> • Memoria: Recuerda los tres objetos que le he dicho antes? 3 	
<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje y Construcción: -Mostrar un Bolígrafo ¿Qué es esto? 1 -Mostrar un reloj ¿Qué es esto? 1 -Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros” (si es correcta) 1 -Una manzana y una pera, son frutas, ¿verdad? -¿Qué son un gato y un perro? 1 -¿El rojo y el verde son? 1 	

-Ahora haga lo que le diga: Coja este papel con la mano derecha; doblelo por la mitad y póngalo en cima de la mesa. (1 punto por cada acción correcta)	3
-Ahora haga lo que aquí le escribo “CIERRE LOS OJOS”	1
-Ahora por favor escriba una frase, la que quiera en este papel. (Le da un papel)	1
-Copiar el dibujo, anotando un punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de cuatro lados.	1

TOTAL:

La puntuación máxima es de 35 puntos. Valores normales: 30-35 Puntos

Sugiere deterioro cognitivo:> 65 años:<24 puntos (24-29: bordelinde); ≤ 65 años: <28 puntos

Anexo 3
Cuestionario MOS de apoyo social
Sherboune y Steward (1991)

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

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

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____; _____

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

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

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

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2,5,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20.
- Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.
- El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.