

**MÁSTER EN GERONTOLOGÍA**

**ESPECIALIDAD: CLÍNICA**

**Curso académico 2014-2015**

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**El apoyo social como variable determinante  
de la salud en una muestra de personas con  
60 y más años**

**Patricia Ferreira López**

**16 de enero de 2015**



**Directora: Trinidad Lorenzo Otero**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'T. Lorenzo Otero', with a horizontal line drawn through the middle of the signature.



## Contenido

RESUMEN .....	1
Palabras clave .....	1
RESUMO .....	2
Palabras chave .....	2
SUMMARY .....	3
Keywords .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	4
1.1. Planteamiento del tema .....	4
1.2. Estado del arte.....	5
1.3. Fundamentos para su elección.....	10
1.4. Interés.....	10
1.5. Hipótesis .....	11
1.6. Objetivos.....	11
2. METODOLOGÍA.....	11
2.1. Población y muestra .....	11
2.2. Instrumentos .....	12
2.3. Procedimiento.....	13
2.4. Análisis estadístico .....	14
3. RESULTADOS .....	14
4. DISCUSIÓN .....	19
5. CONCLUSIONES.....	23
6. AGRADECIMIENTOS .....	24
7. APÉNDICE .....	25
8. BIBLIOGRAFÍA .....	43



## RESUMEN

**Introducción:** El apoyo social constituye un pilar fundamental en la salud de las personas mayores ya que actúa promoviendo la salud y modulando los comportamientos relacionados con ésta.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal con una muestra de 30 personas de 60 y más años que asistían a actividades promovidas por el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Xove (Lugo). Se diseñó un cuestionario ad hoc estructurado con cuestiones tomadas de la Encuesta Nacional de Salud de España (2011-2012). Se realizó un análisis bivariante mediante la prueba de Chi-cuadrado para estudiar la asociación entre algunas de las variables cualitativas que, por su relevancia para los objetivos del estudio, fueron seleccionadas.

**Resultados:** No se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre el apoyo afectivo y personal y los determinantes de salud que incluían la morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos, el consumo de tabaco y alcohol, la práctica de ejercicio físico y estar siguiendo o no una dieta alimentaria.

**Conclusiones:** La actual transformación social podría implicar que los beneficios sobre la salud tradicionalmente atribuidos al apoyo social puedan tener menos pesos que en otros momentos socio-históricos. Uno de los retos en el futuro es disponer de estudios longitudinales que permitan analizar los resultados que producen los cambios sociodemográficos en el apoyo social de las personas mayores para aclarar, entre otras, la reversibilidad causal del apoyo social y los determinantes de salud.

**Palabras clave:** Estado de salud, Apoyo social, Determinantes de salud, Envejecimiento.

## RESUMO

**Introdución:** O apoio social constitúe un pilar fundamental na saúde das persoas maiores xa que actúa promovendo a saúde e modulando os comportamentos relacionados con esta.

**Material e métodos:** Levouse a cabo un estudo transversal cunha mostra de 30 persoas de 60 e máis anos que asistían a actividades promovidas polo Departamento de Servizos Sociais do Concello de Xove (Lugo). Diseñouse un cuestionario ad hoc estruturado con cuestións tomadas da Enquisa Nacional de Saúde de España (2011-2012). Realizouse unha análise bivariante mediante a proba de chi-cadrado para estudar a asociación entre algunhas das variables cualitativas que, pola súa relevancia para os obxectivos do estudo, foron seleccionadas.

**Resultados:** Non se observou ningunha asociación estatisticamente significativa entre o apoio afectivo e persoal e os determinantes de saúde que incluían a morbilidade psicolóxica e posibles casos de trastornos psiquiátricos, o consumo de tabaco e alcohol, a práctica de exercicio físico e estar a seguir ou non unha dieta alimentaria.

**Conclusións:** a actual transformación social podería implicar que os beneficios sobre a saúde tradicionalmente atribuídos ao apoio social poidan ter menos pesos que noutros momentos socio-históricos. Un dos retos no futuro é dispoñer de estudos lonxitudinais que permitan analizar os resultados que producen os cambios sociodemográficos no apoio social das persoas maiores para aclarar, entre outras, a reversibilidade causal do apoio social e os determinantes de saúde.

**Palabras chave:** Estado de saúde, Apoio social, Determinantes de saúde, Envellecemento.

## SUMMARY

**Introduction:** Social support is a fundamental pillar in the health of older people because it acts by promoting health and modulating behaviors related to it.

**Methods:** It was carried out a cross-sectional study with a sample of 30 people 60 and over attending activities sponsored by the Department of Social Services in the Council of Xove (Lugo). We designed an ad hoc structured questionnaire with questions taken from the National Health Survey of Spain (2011-2012). Bivariate analysis was conducted using the test Chi-square to study the association between some of the qualitative variables which by its relevance to the objectives of the study were selected.

**Results:** No statistically significant association was observed between emotional and personal support and health determinants including psychological morbidity and possible cases of psychiatric disorders, consumption of smoke and alcohol use, physical exercise and be (or not) following a food diet.

**Conclusions:** The current social transformation could imply that the traditionally benefits on health attributed to social support may have less weight than other socio-historic times. Longitudinal studies are needed to analyze the results produced by the social and demographic changes in social support of the elderly and to clarify, among others, the causal reversibility of the social support and health determinants.

**Keywords:** Health status, Social support, Health determinants, Aging.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del tema

Debido a factores demográficos como el aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, principalmente, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en la mayoría de los países occidentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> el envejecimiento de la población es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más se ha duplicado en todo el mundo desde 1980 y se prevé que alcance los 2.000 millones en el año 2050. España es uno de los países a nivel internacional con mayor proporción de personas mayores y se sitúa entre los más envejecidos del planeta. En concreto, desde 1900 hasta la actualidad, la población española se ha multiplicado por 2,5. Sin embargo, es el grupo de edad de 65 años y más el que ha experimentado un mayor incremento. Desde 1900 a 2011, las personas de 65 años y más se han multiplicado por algo más de ocho; en España, se estima que en el año 2050 el 12,8% de la población tendrá 80 o más años<sup>2</sup>.

Según los últimos datos provisionales recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>2</sup> la población española representa un total de 46.507.760 habitantes. Si nos referimos a Galicia, la población total es de 2.747.207 personas, 815.306 corresponden a personas con edad mayor o igual a 60 años, y tienen 80 y más años 25.461 del total de los mayores de 60 años.

Estos datos cuantitativos son relevantes si entendemos el envejecimiento como una etapa de mayor vulnerabilidad y susceptibilidad para la aparición de acontecimientos que suponen un riesgo para las personas, entre ellos, el aumento de la comorbilidad con el consiguiente deterioro de la salud, la pérdida de poder adquisitivo y la disminución y debilitamiento de las redes sociales. Es aquí donde los aspectos sociales desempeñan un papel importante considerando el apoyo social como un pilar fundamental en el mantenimiento de la calidad de vida de las personas

mayores<sup>3</sup> manteniéndolas activas y participativas en la sociedad evitando así el aislamiento. Determinadas investigaciones en el campo del apoyo social han determinado que éste constituye un factor predictivo de mortalidad a largo plazo en los ancianos<sup>4</sup>.

## 1.2. Estado del arte

### El apoyo social

Si bien existen numerosas definiciones sobre el constructo apoyo social, lo cierto es que no existe consenso entre los diferentes autores, considerando que se trata de un concepto multidimensional en el que se incluye la totalidad de recursos provistos por otras personas<sup>5</sup>.

Una de las líneas más exploradas a cerca del apoyo social es la asociación que existe entre éste y la salud de las personas. Con este fin, algunos autores<sup>5</sup> han propuesto unos modelos para tratar de explicar esta relación. Por una parte se propone el modelo del *efecto directo*, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del *efecto amortiguador*, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. La salud está considerada como uno de los principales bienes que poseen las personas y para garantizar su mantenimiento debemos atender a las características sociales de los grupos más vulnerables, en este caso las personas mayores, quiénes se sitúan en mayor riesgo de padecer enfermedades.

Con el desarrollo de la conceptualización de la salud nacen además diferentes modelos para explicar la salud y sus determinantes, entre los que se encuentra el apoyo social. Marc Lalonde<sup>6</sup>, Ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, expone en su trabajo que la salud de un colectivo o población es el resultado de un conjunto de factores o variables que pueden agruparse en las siguientes categorías: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y las conductas de salud y el sistema de cuidados de salud.

Numerosos han sido los estudios que se realizaron sobre la influencia del apoyo social en la salud de las personas mayores. Uno de los puntos interesantes corresponde a la salud mental ya que se considera que las enfermedades crónicas predicen mayores niveles de discapacidad<sup>7</sup> existiendo una relación causa-efecto entre la cronicidad y los trastornos depresivos<sup>8</sup>. En este sentido se considera el apoyo social facilitador del cumplimiento terapéutico<sup>9</sup> y regulador en la utilización de los servicios sanitarios, donde los procesos crónicos son los que generan la mayor parte de la asistencia<sup>10</sup>. La promoción de estilos de vida saludables también es una realidad en este grupo etario y en el que el apoyo social desempeña un importante papel<sup>9</sup>.

### **La percepción de la salud**

La OMS<sup>1</sup> define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este concepto ha ido evolucionando a lo largo de los años y adquiere un carácter multidimensional ya que el término salud no significa no tener enfermedades sino también no sentirse enfermo.

Entre los indicadores de salud anteriormente citados se encuentra la salud autopercebida (SAP) que refiere a cómo perciben las personas su salud. La valoración subjetiva de la salud es una de las medidas más utilizadas en las encuestas que tienen como objetivo la medición de la salud y sus determinantes<sup>11</sup>. Se formula la siguiente pregunta “En los últimos 12 meses ¿cómo diría que fue su salud?”, las opciones de respuesta para el entrevistado serían “muy malo”, “malo”, “regular”, “bueno” y “muy bueno”<sup>12</sup>.

Los datos obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)<sup>13</sup> correspondiente a 2011-2012 pone de manifiesto que un 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, un 18% como regular y un 6,72% refieren que su salud es mala o muy mala. Esta percepción disminuye con la edad, las mujeres tienen peor percepción de su salud con respecto a los hombres y se muestra una clara relación entre el estado de SAP y el nivel socioeconómico. Si nos

referimos a Galicia, observamos que la población gallega tiene una SAP peor que el resto de comunidades autónomas, un 69% percibe su salud como buena o muy buena, un 22,8% como regular y es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de población que opina que su estado de salud es malo o muy malo frente a otras comunidades con un 8,20%<sup>13</sup>.

La SAP es una buena medida global de salud ya que incluye las dimensiones física, emocional y social y algunos estudios la consideran un importante predictor de mortalidad. Aquellas personas con sentimientos “pesimistas” poseen un riesgo mayor de mortalidad que aquellas que su salud siendo mala objetivamente, eran “optimistas” en sus valoraciones<sup>14</sup>. Esto parece estar en consonancia, por un lado, y en discordancia, por otro, con lo estudiado por otros autores que indican que puede existir una relación entre la mala SAP y la personalidad, sin embargo no relacionan la mortalidad con el estado de salud percibida<sup>15</sup>.

Son numerosas las investigaciones realizadas sobre esta medida de subjetiva de salud, demostrando una relación causal con determinados factores como la edad, comorbilidad, discapacidad y la pobre percepción de apoyo social<sup>15,16</sup>.

### **Las enfermedades crónicas**

El aumento de la esperanza de vida lleva asociado un aumento de la población envejecida con mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y con mayor susceptibilidad para que coexistan concomitantemente varias de estas enfermedades convirtiéndose en procesos de larga evolución. Esta situación hace que la demanda de atención sanitaria por parte de estos pacientes se incremente<sup>10</sup>.

El 42,5% de la población total de España<sup>13</sup> percibe alguna enfermedad o problema de salud crónico, observándose un aumento de las patologías crónicas consideradas factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial (HTA), colesterol elevado, obesidad y diabetes. En cuanto a Galicia el 36,9% de la población gallega percibe alguna enfermedad o problema de salud crónico, siendo mayor ese porcentaje en mujeres que hombres. En concordancia con los datos españoles, en nuestra

comunidad las patologías más frecuentes son las relacionadas con el aparato respiratorio, cardiovascular y osteoarticular<sup>13</sup> Considerando que estos datos hacen referencia a población general debemos tener en cuenta que con la edad el padecimiento de enfermedades crónicas se acentúa, incrementándose de este modo la situación de dependencia entre las personas de 65 y más años con un total de 571.608 personas en situación de dependencia en esta comunidad<sup>13</sup>.

### **Estilos de vida**

Los estilos de vida juegan un papel muy importante en el mantenimiento de la salud a lo largo de toda la vida pero es más trascendental en esta etapa ya que la adopción de hábitos saludables marcará la diferencia en el tratamiento de diversas patologías predominantes en esta etapa y sus posteriores repercusiones. En este nuevo engranaje del envejecimiento, como señalamos anteriormente, la persona mayor se caracteriza por ser bio-tecno-social ya que, actualmente, para el estudio del envejecimiento hay que tener en cuenta que este es (a) un proceso de duración determinada incluyendo, (b) los procesos biológicos reversibles e irreversibles, (c) los procesos sociales que forman una cadena irreversible de los acontecimientos, y (d) un uso creciente de los artefactos tecnológicos cuya finalidad es apoyar o sustituir funciones biológicas dañadas; y / o un aumento del uso de artefactos tecnológicos cuya finalidad es la de facilitar o permitir la interacción<sup>17</sup>.

Según los últimos datos obtenidos<sup>13</sup> el 24% de la población española encuestada era fumadora habitual (mayor porcentaje de hombres que mujeres), el 1,7% declaraban consumo de alcohol en cantidad que se considera de riesgo para la salud a largo plazo (mayores consumidores los hombres que las mujeres) y cuatro de cada 10 personas se consideraban sedentarias (no realizaban actividad física alguna en su tiempo libre).

Los hábitos tóxicos asociados a obesidad y sobrepeso son factores de riesgo potenciales para un amplio número de enfermedades crónicas entre ellas las enfermedades cardiovasculares y por tanto la educación

sanitaria de la población es primordial para evitar los hábitos tóxicos, y por tanto, las enfermedades anteriormente referidas. En la actualidad los objetivos propuestos por las administraciones sanitarias<sup>18</sup> van encaminados a un envejecimiento activo (saludable) y, por tanto, no se centran principalmente en el tratamiento de las enfermedades sino en su prevención<sup>18</sup>. Las líneas de actuación van dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, etc) fomentando la participación de los pacientes en su propia salud y considerándolos responsables de la misma.

### **Asistencia sanitaria**

La estadística nacional más reciente<sup>13</sup> revela que el 59,2% de personas con edades entre los 75 y los 84 años ha visitado un médico en las últimas cuatro semanas, en cuanto a la hospitalización en los últimos 12 meses el mayor porcentaje recae en el grupo de 85 y más años siendo el motivo de hospitalización más frecuente el tratamiento médico sin intervención quirúrgica.

La literatura demuestra además, que el envejecimiento de la población produce un aumento de la frecuentación de los servicios sanitarios por parte del grupo etario de las personas mayores. En esta etapa asistimos a un aumento de enfermedades crónicas que conducen con mayor facilidad hacia la dependencia<sup>7</sup> y a situaciones de fragilidad que generan un incremento de los ingresos y reingresos hospitalarios, con mayor número de días de hospitalización y mayor demanda de las consultas de atención primaria<sup>19</sup>.

Investigaciones<sup>10</sup> realizadas en población rural sobre la utilización de los servicios sanitarios concluyen en la importancia de las relaciones sociales en el cuidado de la salud física y mental. En nuestra sociedad, se considera de gran importancia las redes familiares, amigos y vecinos, sobre todo, en personas más ancianas y de bajo nivel socioeconómico. Por tanto, a escasos recursos sociales mayor probabilidad de demanda de asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios. Dentro de las características que definen la fragilidad en las personas mayores se

encuentra el entorno social por lo que una adecuada valoración geriátrica integral determinará aquellos pacientes susceptibles de esta situación y constituirá la herramienta para la toma de decisiones de los profesionales sanitarios<sup>18</sup>.

### **1.3. Fundamentos para su elección**

Los factores sociales, representados a través del apoyo social percibido han demostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. La cantidad y la calidad de las relaciones sociales pueden tener efectos en los mecanismos fisiológicos relacionados con los problemas de salud, ya sea directamente o a través de la mediación de procesos psicológicos y conductuales. Por ejemplo, la presencia de apoyo social puede promover conductas adaptativas de salud (como la práctica de actividad física, búsqueda de atención médica, dieta saludable, etc), o proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés. A la inversa, la ausencia o déficit de apoyo social puede exponer al individuo a mayor estrés, el cual podría producir algunos efectos en la actividad fisiológica, ya sea de modo directo o mediante procesos psicológicos<sup>9</sup>. Se deduce pues, que el apoyo social insuficiente representa un factor de riesgo para la morbi-mortalidad de la sociedad gerontológica. Algunos estudios señalan además, que es posible predecir la mala SAP de las personas mayores de 65 años a partir de determinadas variables demográficas, de salud y de morbilidad<sup>16</sup>.

### **1.4. Interés**

Con el fin de mejorar la salud de los individuos y de la población, los organismos gubernamentales deben tomar decisiones en cuanto a la aplicación de programas y a la priorización de servicios, dotándolos de recursos y financiación para evitar o retrasar, en otros casos, la dependencia. Para poder tomar decisiones sobre la salud es necesario disponer de información sobre las diferencias de salud entre los distintos colectivos, la incidencia y prevalencia de enfermedades, los factores de riesgo atendiendo a las características sociales, económicas, etc.

### 1.5. Hipótesis

El apoyo social podría constituir un importante determinante de la salud, además de aquellos señalados habitualmente en la literatura gerontológica (morbilidad psicológica, consumo de tabaco y alcohol, práctica de ejercicio físico y realización de una dieta saludable).

### 1.6. Objetivos

El objetivo principal de este estudio es examinar la influencia del apoyo social en los determinantes de salud de personas con 60 y más años, siendo los objetivos secundarios:

- Averiguar la naturaleza del apoyo social de los participantes y la frecuencia de contacto con la red.
- Conocer la percepción que tienen sobre su salud.
- Conocer el estado de salud de las personas de la muestra.
- Conocer los estilos de vida de las personas mayores.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. Población y muestra

Se trata de un estudio transversal en una muestra de personas mayores de 60 años del ámbito rural gallego que participaron en actividades promovidas por el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Xove (Lugo). La muestra inicial estaba formada por un total de 48 personas de las cuáles firmaron el consentimiento 30 personas.

La elección de dicho ayuntamiento se debió a la facilidad para acceder a la muestra debido a la colaboración con la administración pertinente. Este ayuntamiento cuenta con una población total de 3.497 personas. De esta totalidad, 1.099 corresponden al grupo de personas de 60 y más años, 486 son hombres y 613 son mujeres<sup>2</sup>.

Los criterios de inclusión y exclusión diseñados al inicio de la investigación fueron los siguientes:

- a) Criterios de inclusión:
  - Tener 60 o más años.

- Participar en actividades coordinadas por el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento.
- Ser residente en el ayuntamiento de referencia desde al menos 12 meses antes de la entrevista.
- Tener capacidad de comprensión para responder a las preguntas formuladas en la entrevista.

b) Criterios de exclusión.

- No firmar el consentimiento informado.

Aplicados dichos criterios, la muestra final estuvo formada por un total de 30 personas de 60 y más años.

## 2.2. Instrumentos

Se diseñó un cuestionario ad hoc estructurado (Apéndice) y las preguntas fueron tomadas de la ENSE<sup>13</sup>. Siguiendo el esquema general de ésta, las preguntas se estructuraban en 4 módulos y las variables estudiadas fueron:

- a) Datos demográficos: sexo, edad, nivel de estudios y estado civil.
- b) Apoyo social: se midió empleando los ítems establecidos para tal fin en la ENSE<sup>13</sup>. Son 8 ítems tomados de los 11 que componen el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNK<sup>20,21</sup>. Este está compuesto por 11 ítems valorados a partir de una escala de respuesta tipo likert (1-5). La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En nuestro estudio, la suma del número de ítems (8) relacionados con el apoyo afectivo y personal fue recodificada en dos niveles a partir de la mediana: (0) apoyo social percibido débil y (1) apoyo social percibido fuerte. De este modo se creó la variable apoyo afectivo y personal.
- c) Salud:
  - SAP: se evaluó mediante la pregunta “En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?” (Apéndice, pregunta 5).

- Enfermedades crónicas: se preguntó a los participantes si ha padecido alguna de las enfermedades que aparecían en la lista en los últimos 12 meses y si había sido diagnosticada por un médico (Apéndice, pregunta 6).
- Salud mental: se utilizó para su valoración la escala General Health Questionnaire (GHQ-12)<sup>22</sup> (Apéndice, pregunta 7). Es un instrumento auto-administrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general; además, fue validado como un instrumento de cribado en muestra representativa de la población española, y en población mayor de 65 años<sup>23</sup>. El punto de corte se sitúa en 20. Una puntuación mayor o igual a 20 sugiere posibles trastornos. Está formado por 12 ítems, siendo 6 de ellos sentencias positivas y 6 sentencias negativas, contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (1-2-3-4).
- Estilos de vida saludables: mediante una batería de 10 preguntas se preguntó sobre el consumo de tabaco y alcohol (Apéndice, preguntas 8 y 9); hábitos de sueño (Apéndice, pregunta 10), actividad física (Apéndice, preguntas 11, 12, 13 y 14) y dieta (Apéndice, preguntas 16 y 17).

d) Asistencia sanitaria: se analizó la frecuencia en la utilización de los servicios de urgencias y la causa (Apéndice, preguntas 18 y 19).

### **2.3. Procedimiento**

La recogida de datos se llevó a cabo en las instalaciones del ayuntamiento destinadas a la realización de actividades coordinadas por el departamento de Servicios Sociales. Se realizó una entrevista directa a cada uno de los participantes en dicho estudio utilizando el cuestionario ad hoc estructurado, entre los meses de julio y septiembre de 2014 y previo consentimiento informado de los participantes.

## 2.4. Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo en el que las variables continuas se presentaron como media y desviación típica (DT), y las variables categóricas, como frecuencia y porcentaje.

Se realizó un análisis bivalente mediante la prueba de Chi-cuadrado para estudiar la asociación entre algunas de las variables cualitativas que, por su relevancia para los objetivos del estudio, fueron seleccionadas. Se tuvieron en cuenta las diferencias según el sexo en dicho análisis. En la prueba de Chi-cuadrado, un valor p (bilateral) inferior o igual a 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Todos los análisis estadísticos de los datos se realizaron con Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) 20 (IBM Corp.)<sup>24</sup>.

## 3. RESULTADOS

La media de edad de los participantes (n=30) fue de 74,2 años ( $\pm 6,4$ ). El 66,7% fueron mujeres. Con respecto al nivel educativo, el 3,3% de los sujetos eran iletrados y el 3,3% había superado los estudios universitarios; el 6,7% tenía estudios secundarios, el 26,7%, primarios y el 60% tenía menos de 3 años de escolarización. De acuerdo al estado civil, el 3,3% estaban separados o divorciados; el 6,7% solteros; el 43,3%, viudos y el 46,7% eran personas casadas.

La tabla 1 muestra las características del **apoyo afectivo y personal**, o emocional, de los entrevistados. Para cada una de las necesidades planteadas, los sujetos se posicionaron, mayoritariamente, de forma positiva (Casi como deseo o tanto como deseo).

En estrecha relación con el apoyo afectivo y personal, el apoyo estructural medido a través de la red de apoyo nos muestra que cada entrevistado tenía 7,07 (DT $\pm 2,75$ ) personas que consideraban que forman su red de apoyo. Además, los participantes veían 11,17 (DT $\pm 5,30$ ) veces al mes a dichos miembros y hablaban por teléfono 5,28 (DT $\pm 2,54$ ) veces al mes ellos.

Tabla 1. Apoyo afectivo y personal percibido por la muestra (n=30)					
	1*	2	3	4	5
Recibe visitas de sus amigos y familiares	0,0%	30,0%	20,0%	13,3%	36,7%
Recibe ayuda en asuntos relacionados con la casa	0,0%	16,7%	13,3%	33,3%	36,7%
Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede	0,0%	0,0%	16,7%	33,3%	50,0%
Recibe amor y afecto	0,0%	13,3%	6,7%	26,7%	53,3%
Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares	0,0%	13,3%	3,3%	13,3%	70,0%
Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	0,0%	20,0%	3,3%	23,3%	53,3%
Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en la vida	0,0%	3,3%	20,0%	26,7%	50,0%
Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama	0,0%	6,7%	3,3%	10,0%	80,0%
*1: Mucho menos de lo que deseo; 2: Menos de lo que deseo; 3: Ni mucho ni poco; 4: Casi como deseo; 5: Tanto como deseo.					

En relación con su **salud**, observamos que en los últimos doce meses el 60% de la muestra señaló que su estado de salud fue regular; el 30%, muy bueno o bueno y el 10%, malo o muy malo. En la tabla 2 se muestra qué porcentaje de la población de estudio padeció (con anterioridad a los últimos 12 meses) alguna vez la enfermedad o problema de salud indicado, lo padeció en los últimos 12 meses y si este fue diagnosticado por un médico. Señalar la prevalencia en nuestra muestra, en los últimos 12 meses, de enfermedades como la tensión alta (53,3%); varices en las

piernas (50%), artrosis, artritis o reumatismo (80%); dolor de espalda crónico (cervical o lumbar) (70% y 66,7% respectivamente); incontinencia urinaria (53,3%) y colesterol alto (50%). De estas, fueron diagnosticadas por un médico de cabecera solamente las siguientes: artrosis, artritis o reumatismo (80%), dolor de espalda crónico (cervical o lumbar) (63,3% y 60% respectivamente); colesterol alto (60%).

<b>Tabla 2. Enfermedades o problemas de salud padecidas (n=30)</b>			
	Padecido anteriormente	Padecido en los últimos 12 meses	Diagnóstico médico
Tensión alta	53,3%	53,3%	46,7%
Infarto de miocardio	10,0%	0,0%	3,3%
Otras enfermedades del corazón	26,7%	16,7%	26,7%
Varices en las piernas	60,0%	50,0%	43,3%
Artrosis, artritis o reumatismo	86,7%	80,0%	80,0%
Dolor de espalda crónico (cervical)	73,3%	70,0%	63,3%
Dolor de espalda crónico (lumbar)	70,0%	66,7%	60,0%
Alergia crónica ( no asma alérgica)	10,0%	6,7%	17,2%
Asma	20,0%	13,3%	16,7%
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC	23,3%	13,3%	20,0%
Diabetes	0,0%	3,3%	3,3%
Úlcera de estómago/duodeno	10,0%	6,7%	6,7%
Incontinencia urinaria	53,3%	53,3%	33,3%
Colesterol alto	63,3%	50,0%	60,0%
Cataratas	43,3%	30,0%	40,0%
Problemas crónicos de piel	26,7%	26,7%	20,0%
Estreñimiento crónico	40,0%	30,0%	26,7%
Cirrosis, disfunción hepática	3,3%	3,3%	0,0%
Depresión crónica	43,3%	16,7%	33,3%

Ansiedad crónica	46,7%	33,3%	33,3%
Otros problemas mentales	3,3%	6,7%	0,0%
Embolia, infarto/hemorragia cerebral	0,0%	0,0%	0,0%
Migraña o dolor de cabeza frecuente	16,7%	6,95	16,7%
Hemorroides	48,3%	20,0%	30,0%
Tumores malignos	10,0%	10,0%	10,0%
Osteoporosis	36,7%	33,3%	36,7%
Problemas de tiroides	23,3%	12,0%	20,0%
Problemas de próstata (hombres)	62,5%	10,0%	50,0%
Problemas menopáusicos (mujeres)	9,1%	8,3%	4,5%
Lesiones causadas por un accidente	43,3%	3,3%	30,0%

La morbilidad psicológica se analizó a través del GHQ-12<sup>22,23</sup>. Destacar que, teniendo en cuenta el punto de corte, el 83,3% de los participantes presentaban ausencia de este tipo de morbilidad y de posibles casos de trastornos psiquiátricos.

Señalar otros datos obtenidos sobre la población de estudio. Decir que en relación con el descanso, los entrevistados señalaron que dormían habitualmente una media de 7 horas (DT±1,7). Al estudiar los **determinantes de salud** obtuvimos, en primer lugar, que el 80% de la muestra no fuma ni fumó nunca de manera habitual. Segundo, durante los últimos 12 meses, el 10% consumió bebidas alcohólicas entre 3 y 6 veces a la semana; el 20%, entre 1 y 2 veces a la semana. El 26,7% las consumió entre 2 y 3 veces a la semana y el 40% una vez al mes o menos. Tercero, cuando se les preguntó acerca de la actividad física que realizaban, el 10% señaló que no hacía ningún tipo de ejercicio físico; el 16,7% lo realiza varias veces al mes; el 36,6%, ocasionalmente y el 36,7%, varias veces a la semana. Los participantes realizaban 2 horas

semanales (DT±2,9) de actividades físicas intensas (levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta), 2,9 horas semanales (DT±2,5) de actividades físicas moderadas (llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular, nadar, etc) y se dedicaban a caminar 4,7 horas (DT±2,9), semanalmente. Y por último, los datos obtenidos en relación con la dieta o régimen especial mostraron que el 50% de los entrevistados seguían en el momento del estudio algún tipo de dieta. De estos, el 6,7% lo hizo por iniciativa propia y el 93,3%, siguiendo el consejo de un profesional sanitario.

De acuerdo a la **asistencia sanitaria** recibida por los sujetos, destacar que el 36,7% de la muestra utilizó en los últimos doce meses algún servicio de urgencias por alguna enfermedad o problema de salud. De estas personas que acudieron al servicio estudiado, el 36,4% lo hizo indicado por un médico y el 63,6%, aconsejado por familiares u otras personas que lo consideraron necesario o por su propia decisión.

Los resultados obtenidos del **análisis bivariante** mediante la prueba de Chi-cuadrado se muestran en la tabla 3.

**Tabla 3. Asociación entre el apoyo afectivo y personal y los determinantes de salud, según el sexo (n = 30)**

	Apoyo afectivo y personal		
	Hombre (p valor)	Mujer (p valor)	Total (p valor)
Morbilidad psicológica	*	0,436	0,624
Tabaco	0,598	0,178	0,361
Alcohol	0,392	0,516	0,406
Ejercicio físico	0,644	0,990	0,870
Dieta	*	0,165	0,268

\*No se calculó ningún estadístico porque la puntuación total de la variable GHQ-12 es una constante.

Observamos que no existió ninguna asociación estadísticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre la variable apoyo afectivo y personal y los determinantes de salud que incluían la morbilidad psicológica y posibles

casos de trastornos psiquiátricos, el consumo de tabaco y alcohol, la práctica de ejercicio físico y estar siguiendo o no una dieta alimentaria.

#### 4. DISCUSIÓN

En los últimos años se ha incrementado el número de investigaciones sobre la influencia del apoyo social en la salud de las personas con 65 y más años y, sobre todo, en aquellos grupos que presentan más riesgo como pueden ser las personas de edad avanzada (85 y más años). Existen estudios relevantes que demuestran que un nivel bajo de apoyo social es predictivo de mortalidad a largo plazo en los ancianos<sup>4</sup>.

Los resultados de nuestro estudio constatan que las personas valoran positivamente el apoyo social y consideran amplias sus redes de apoyo, estos hallazgos concuerdan con los de otros estudios realizados en población mayor<sup>25</sup>. Sin embargo, no se ha encontrado una relación significativa entre la variable apoyo social y el resto de variables estudiadas. En términos generales, la familia y los amigos siguen siendo para las personas mayores los máximos proveedores de apoyo<sup>18,26</sup>, sobre todo, es en el medio rural donde las personas mayores expresan su deseo de ser cuidados por la propia familia<sup>18</sup>. Nuestra población atiende a las características mediterráneas caracterizadas por el gran peso de la familia en las relaciones sociales de los individuos. Esta realidad existente pone de manifiesto que aunque los cambios producidos en las estructuras familiares son un hecho<sup>18</sup>, el apoyo social percibido por las personas mayores es elevado<sup>25</sup>.

Desde el punto de vista sociodemográfico, aunque en nuestro estudio no se observó una relación significativa, múltiples investigaciones son congruentes al afirmar que existe una estrecha relación entre la edad, el género y el apoyo social<sup>16,25,27</sup>. Si bien es cierto que el aumento de la edad supone un incremento de patologías que provocan discapacidad<sup>7</sup>, algunas hipótesis<sup>8</sup> avalan que la incapacidad debe disminuir con mayor apoyo social<sup>26</sup> ya que proporciona recursos para ayudar a los individuos a realizar las tareas diarias. Sin embargo lo que postula la literatura<sup>25,28</sup>

puede hacer pensar que determinadas situaciones de salud son las que provocan una disminución del apoyo social y no tanto el efecto del envejecimiento intrínseco. Para otros autores<sup>29</sup> un nivel deficiente de apoyo social en la edad avanzada es la consecuencia de una mayor supervivencia y la consiguiente pérdida de sus vínculos sociales (fallecimiento de amistades, jubilación prematura, etc), siendo las personas mayores las que sufren mayor aislamiento<sup>27</sup>.

En cuanto al género, asistimos a una importante influencia del contexto sociocultural con diferencias notables para los diferentes roles masculino y femenino. En la sociedad kuwaití<sup>29</sup>, las mujeres tienen menos contactos de apoyo con familiares y amigos en comparación con los hombres, sin embargo otros estudios realizados<sup>8</sup> revelan que las redes sociales creadas durante años por las mujeres españolas permanecen inalteradas a los 65 años mientras que la llegada de la jubilación en los hombres supone una ruptura con dichas redes creadas en el entorno laboral.

Cómo perciben su salud las personas es una importante medida subjetiva de salud y algunos estudios han considerado que un nivel deficiente de apoyo social funcional es un predictor de mala SAP<sup>16</sup>, estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores en las que aquellas personas que sobreestimaban su salud eran más propensas a hacerlo a partir de sus relaciones sociales o las características emocionales y no en base a criterios médicos<sup>12</sup>. Sin embargo en nuestro estudio no se observa asociación significativa, a pesar de poseer un elevado apoyo afectivo y emocional, más de la mitad de la muestra estudiada valora su propia salud como regular. En este sentido cabe la posibilidad de que las medidas subjetivas estén influenciadas por determinados factores como la personalidad y así los sentimientos “optimistas” se considerarían protectores<sup>14</sup>. Esto apoya que una buena SAP por personas con graves problemas de salud refleja la resiliencia y las estrategias de afrontamiento<sup>15</sup>.

La salud ha sido desde siempre el don más preciado del ser humano y por ello la máxima preocupación del ser humano es su salud<sup>18</sup>. Una sólida

evidencia científica muestra que las relaciones sociales afectan a una serie de resultados de salud, incluida la salud mental, la salud física, los hábitos saludables y el riesgo de mortalidad<sup>4,30</sup>. A pesar de que nuestros resultados no muestran asociación, sí existen numerosos estudios con datos significativos sobre la influencia del apoyo social en la salud, tanto física como psicológica, de las personas.

A nivel fisiológico, las enfermedades más comunes en nuestro estudio son las enfermedades degenerativas reumáticas (reumatismo, artritis y artrosis) también referidas en otros estudios<sup>8</sup> como generadoras de incapacidad y por lo tanto un adecuado nivel de apoyo social disminuiría este declive. Otras investigaciones<sup>7,29</sup> han permitido demostrar que los lazos sociales pueden desencadenar secuelas fisiológicas beneficiosas para la salud como la reducción de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el estrés de esta forma se retardaría la aparición de los síntomas somáticos y enfermedades crónicas.

A nivel psicológico, un nivel adecuado de apoyo social se considera como un factor protector de la salud mental y en la calidad de vida de las personas mayores<sup>31</sup>. Son múltiples los estudios que demuestran la asociación entre el apoyo social y la depresión en las personas mayores<sup>8,25-28,32</sup>. Las personas mayores que participan activamente en redes sociales tienden a disfrutar de mejor salud mental incluyendo menor incidencia de depresión<sup>8</sup> lo que conlleva a una mejor percepción de su salud<sup>25,33</sup>, menor sentimiento de soledad<sup>28</sup> y mejor calidad de vida<sup>26</sup>. Sin embargo, no se descarta una reversibilidad causal<sup>25</sup> y la presencia de trastornos mentales es lo que conlleva a un menor apoyo social. Según esta hipótesis, las personas deprimidas obtienen menor apoyo social debido a la falta de receptividad<sup>8</sup>. Otros puntos de vista apuntan a que las relaciones entre el apoyo social y la salud están contaminadas por la afectividad negativa<sup>34</sup>, así las personas con alta afectividad negativa son más propensas a la depresión, a la soledad y a la insatisfacción con la vida. Independientemente que en nuestro estudio no fue significativo la morbilidad psicológica en cuanto al apoyo social percibido, éste puede ser

efectivo a la hora de identificar aquellas personas vulnerables a problemas de salud mental<sup>34</sup>.

Conocer los mecanismos por los cuáles el apoyo social influye en la salud de las personas es de vital importancia y muchos estudios demuestran que el apoyo social influye en los comportamientos de la salud<sup>7,30</sup>. Estos comportamientos de salud incluyen prácticas de promoción de la salud tales como actividad física, dieta saludable y no hábitos tóxicos<sup>30</sup>.

Otros autores añaden<sup>7</sup> a estos procesos conductuales la influencia sobre los procesos psicológicos, pero puede existir una reciprocidad ya que los trastornos psicológicos pueden alterar la percepción de apoyo y contribuir a las interacciones sociales negativas que median en el cumplimiento terapéutico<sup>9</sup>. Los vínculos sociales más importantes para la salud varían a lo largo del curso de la vida y también los mecanismos explicativos considerando las interacciones sociales las más importantes en el control de los hábitos de salud en la edad adulta<sup>30</sup>.

Las actuaciones más precoces en materia de salud van encaminadas a la promoción y la prevención<sup>18</sup> e investigaciones actuales sugieren que en la utilización de los servicios sanitarios el papel del apoyo social es trascendental<sup>10,19,27</sup>.

Dentro de las limitaciones de este estudio, señalar que el mismo no permite conocer la influencia significativa del apoyo social en la salud de las personas mayores, así como el diseño transversal. Otra limitación de esta investigación se debe a que la muestra no fue seleccionada aleatoriamente, lo que hace que el apoyo social sea más elevado de lo que podría ser en otras muestras puesto que las personas que participan activamente en actividades ven favorecidas sus relaciones sociales. Como punto de equilibrio señalar que se empleó un instrumento de recogida de datos basado en la ENSE<sup>13</sup> encuesta con un amplio bagaje científico a nivel nacional e internacional. Además, la investigadora siguió adecuadamente las instrucciones de la ENSE<sup>13</sup> para realizar las preguntas a la muestra.

## 5. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se pretende establecer la influencia que ejerce el apoyo social en la salud de las personas mayores. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- A pesar de que el apoyo social es un constructo muy amplio con connotaciones a nivel funcional, estructural, etc, la valoración subjetiva se considera una medida importante, ya que conforme a la escala de valores de las personas lo que para uno es importante para otros puede no serlo.
- Las personas mayores de la muestra cuentan con una red de apoyo social extensa y con una elevada frecuencia de contactos con las personas que forman su red, y que la familia y los amigos siguen siendo las personas que la conforman.
- Las modificaciones que se están produciendo a medida que la sociedad cambia pueden dar lugar a que los beneficios que aporta el apoyo social en la salud de las personas disminuyan, sobre todo en la salud mental que se considera clave en la calidad de vida de las personas mayores.
- Uno de los retos en el futuro es disponer de estudios longitudinales que permitan analizar los resultados que producen los cambios sociodemográficos en el apoyo social de las personas mayores y realizar estudios que permitan aclarar la reversibilidad causal del apoyo social y los trastornos mentales.

## 6. AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo supone para mí la finalización de una etapa académica en la cual he depositado todo mi empeño y por ello expreso mis más sinceros agradecimientos a todos los profesores del máster por los conocimientos transmitidos a lo largo de este tiempo. En especial, agradecer a la directora de este trabajo, Trinidad Lorenzo Otero, por hacer posible esta experiencia aportándome tanto su ayuda profesional como personal. Gracias por los consejos recibidos y la paciencia que me ha mostrado.

A mi familia por estar siempre a mi lado apoyándome y a mis amigos por los buenos momentos. Gracias a Pame, Gema, Alba y Elías por tantas cosas..... y por brindarme vuestra paciencia en mis peores momentos.

A mis compañeros de trabajo y del máster por todo lo aportado en este tiempo. Y como no, a todas las personas mayores de Xove que han participado voluntariamente en este estudio, sin su colaboración esto no sería posible. Sin olvidarme de Ana y Angélica del Departamento de Servicios Sociales, gracias por vuestra ayuda que hizo posible este trabajo.

## 7. APÉNDICE

# El apoyo social como variable determinante de la salud en una muestra de personas de 60 y más años



Fecha:

Lugar:

Patricia Ferreira López

Máster en Gerontología Clínica



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

<b>a) DATOS DEMOGRÁFICOS</b> ID:.....			
Sexo del informante:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hombre</li> <li>▪ Mujer</li> </ul>			
Edad del informante:.....			
Nivel de estudios del informante.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iltrado</li> <li>▪ Sin estudios (menos de 3 años de escolarización)</li> <li>▪ Estudios primarios</li> <li>▪ Estudios secundarios</li> <li>▪ Estudios universitarios</li> </ul>			
¿Cuál es su estado civil legal?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltero/a</li> <li>▪ Casado/a</li> <li>▪ Viudo/a</li> <li>▪ Separado/a-Divorciado/a</li> <li>▪ No sabe-No contesta</li> </ul>			
<b>b) MÓDULO DE SALUD</b>			
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de salud. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo? (Nota: No se leen las opciones)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muy bueno</li> <li>▪ Bueno</li> <li>▪ Regular</li> <li>▪ Malo</li> <li>▪ Muy malo</li> </ul>			
A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud...			
	¿Alguna vez ha	¿La ha padecido en	¿Le ha dicho un

	padecido...?		los últimos 12 meses?		médico que la padece?	
	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
Tensión alta	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Infarto de miocardio	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Otras enfermedades del corazón	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Varices en las piernas	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Artrosis, artritis o reumatismo	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Dolor de espalda crónico (cervical)	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Dolor de espalda crónico (lumbar)	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Alergia crónica (asma alérgica excluida)	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Asma	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Diabetes	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Úlcera de estómago o duodeno	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Incontinencia urinaria	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc

Colesterol alto	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Cataratas	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Problemas crónicos de piel	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Estreñimiento crónico	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Cirrosis, disfunción hepática	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Depresión crónica	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Ansiedad crónica	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Otros problemas mentales	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Migraña o dolor de cabeza frecuente	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Hemorroides	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Tumores malignos	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Osteoporosis	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Problemas de tiroides	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Problemas de próstata (solo hombres)	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Problemas del periodo	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns

menopáusico (solo mujeres)	No	Nc	No	Nc	No	Nc
Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	Sí	Ns	Sí	Ns	Sí	Ns
	No	Nc	No	Nc	No	Nc
<p>Ahora nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado (GHQ-12)<sup>22,23</sup></p>						
1. ¿Se ha podido concentrar bien en lo que hacía?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejor que habitualmente</li> <li>2. Igual que habitualmente</li> <li>3. Menos que habitualmente</li> <li>4. Mucho menos que habitualmente</li> </ol>					
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En absoluto</li> <li>2. No más que habitualmente</li> <li>3. Un poco más que habitualmente</li> <li>4. Mucho más que habitualmente</li> </ol>					
3. ¿Ha sentido que desempeña un rol útil en la vida?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me he sentido más útil que habitualmente</li> <li>2. Me he sentido igual que habitualmente</li> <li>3. Me he sentido menos útil que habitualmente</li> <li>4. Me he sentido mucho menos útil que habitualmente</li> </ol>					
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me he sentido más capaz que habitualmente</li> <li>2. Me he sentido igual de capaz que habitualmente</li> </ol>					

	<p>3. Me he sentido menos capaz que habitualmente</p> <p>4. Me he sentido mucho menos capaz que habitualmente</p>
5. ¿Se ha notado constantemente cargado y en tensión?	<p>1. No, en absoluto</p> <p>2. No más que habitualmente</p> <p>3. Sí, un poco más que habitualmente</p> <p>4. Sí, mucho más que habitualmente</p>
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	<p>1. No, en absoluto</p> <p>2. No más que habitualmente</p> <p>3. Sí, un poco más que habitualmente</p> <p>4. Sí, mucho más que habitualmente</p>
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	<p>1. Más que habitualmente</p> <p>2. Igual que habitualmente</p> <p>3. Menos que habitualmente</p> <p>4. Mucho menos que habitualmente</p>
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	<p>1. Más capaz que habitualmente</p> <p>2. Igual que habitualmente</p> <p>3. Menos capaz que habitualmente</p> <p>4. Mucho menos capaz que habitualmente</p>
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	<p>1. En absoluto</p> <p>2. No más que habitualmente</p> <p>3. Un poco más que habitualmente</p> <p>4. Mucho más que habitualmente</p>
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	<p>1. En absoluto</p> <p>2. No más que habitualmente</p> <p>3. Un poco más que habitualmente</p> <p>4. Mucho más que habitualmente</p>
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	<p>1. En absoluto</p> <p>2. No más que habitualmente</p> <p>3. Un poco más que habitualmente</p>

	4. Mucho más que habitualmente
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	1. Me siento más feliz que habitualmente 2. Me siento igual de feliz que habitualmente 3. Me siento menos feliz que habitualmente 4. Me siento mucho menos feliz que habitualmente
Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida relacionados con la salud. Para comenzar, le preguntaré sobre el consumo de tabaco”. ¿Podría decirme si actualmente fuma? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí, fuma diariamente</li> <li>▪ Sí fuma, pero no diariamente</li> <li>▪ No fuma actualmente, pero ha fumado antes</li> <li>▪ No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>	
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todos los días</li> <li>▪ De 3 a 6 veces a la semana</li> <li>▪ De 1 a 2 veces a la semana</li> <li>▪ De 2 a 3 veces al mes</li> <li>▪ Una vez al mes o menos</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>	
¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta. Nº de horas diarias   _ _	
¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi</li> </ul>	

<p>completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)</li> <li>▪ Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc)</li> <li>▪ Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>
<p>Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas intensas (levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Días por semana   _  </li> <li>▪ Ningún día con actividad física intensa</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>
<p>Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas moderadas (llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular, nadar, etc)? Por favor, no incluya caminar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Días por semana   _  </li> <li>▪ Ningún día con actividad física moderada</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>
<p>Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días dedicó usted a caminar? Piense solamente en aquellas ocasiones en que caminó por lo menos durante 10 minutos seguidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Días por semana</li> <li>▪ Ningún día más de 10 minutos seguidos</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>
<p>En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>
<p>La dieta o régimen la hace por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciativa propia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consejo de un profesional</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>						
<p>¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para perder peso</li> <li>▪ Para mantener su peso actual</li> <li>▪ Para vivir más saludablemente</li> <li>▪ Por una enfermedad o problema de salud</li> <li>▪ Por otra razón</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>						
<b>c) MÓDULO ASISTENCIA SANITARIA</b>						
<p>En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>						
<p>¿Por qué fue a un servicio de urgencias?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Porque el médico se lo mandó</li> <li>▪ Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario</li> <li>▪ No sabe/No contesta</li> </ul>						
<b>d) APOYO AFECTIVO Y PERSONAL</b>						
Apoyo afectivo y social	Mucho menos de lo que desea	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo	Ns/Nc
Recibe visitas de sus amigos y familiares						

Recibe ayuda en asuntos relacionados con la casa						
Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede						
Recibe amor y afecto						
Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares						
Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas						
Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en la vida						
Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama						
Indique el nº de personas que viven con usted y la relación de parentesco. Nº de personas con las que vive: relación de parentesco:						

---

---

---

---

---

---

---

Indique usted el número de personas que considera que forman su red de apoyo e indique el parentesco que le une con cada una de ellas (espos(a), nº de hijos(as), nietos (as), hermanos (as), sobrinos (as) y amigos (as):

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-

Con respecto a la pregunta anterior indique el nº de veces al mes que ve a cada uno de los miembros de su red de apoyo.

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-

Indique el nº de veces al mes que habla por teléfono con cada uno de los miembros de su red de apoyo.

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

**¡Gracias por su colaboración!**

## HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

**Título:** El apoyo social como variable determinante de la salud en una muestra de personas de 60 y más años.

**Investigadora:** Patricia Ferreira López. Máster Interuniversitario en Gerontología. Universidad de A Coruña.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando dentro de las actividades relacionadas con el trabajo de fin de máster del Máster Interuniversitario en Gerontología.

Si decide participar en el mismo, deberá leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si participa o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Vd. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

### **¿Cuál es el propósito del estudio?**

El propósito de este estudio es examinar la relación de diferentes variables demográficas y la influencia del apoyo social en la salud de las personas mayores. Conocer el estado de salud de las personas de la muestra, conocer la percepción que tienen sobre su salud y averiguar si existe el apoyo social y la naturaleza del mismo.

### **¿Por qué me ofrecen participar a mí?**

La selección de las personas invitadas a participar se basa en unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá al interrogante de la investigación. Vd. está invitado a participar porque cumple esos criterios. Como referencia se espera la participación de un número aproximado de 35 +/- 10 personas en este estudio.

### **¿En qué consiste mi participación?**

Su participación en este estudio consistirá en contestar a una serie de preguntas relacionadas con su estado de salud (determinantes de salud y percepción de la misma) y con el apoyo social (afectivo y personal) del que usted dispone. Estas preguntas se realizarán siguiendo el modelo desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística en su Encuesta de Salud 2011-2012.

**¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?**

Debido a que el estudio es meramente observacional, no se incluyen riesgos físicos, molestias o inconvenientes durante su participación, ya que ésta se centrará en responder las preguntas de los cuestionarios.

**¿Obtendré algún beneficio por participar?**

Los propios de beneficiarse de la investigación básica obtenida a través del colectivo diana, en este caso, las personas mayores de 60 o más años del Ayuntamiento de Xove (Lugo), información que será de utilidad para el desarrollo de planes socio-sanitarios de dicho Ayuntamiento.

**¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?**

Si Vd. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

**¿Se publicarán los resultados de este estudio?**

Los resultados de este estudio serán presentados como trabajo de fin de máster del Máster Interuniversitario en Gerontología de la Universidad de A Coruña, tanto de forma escrita como en la exposición oral ante el tribunal de evaluación. Además, podrán ser enviados a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

**¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?**

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador y los representantes del promotor, que tienen la obligación de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información

que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

#### **¿Qué ocurrirá con los datos obtenidos?**

Sus datos serán guardados de forma codificada, que quiere decir que poseen un código que se puede relacionar, mediante una información, con la identificación de la persona valorada. Esta información está a cargo del investigador principal y sólo pueden acceder a ella los miembros del equipo investigador, representantes del promotor del estudio y las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus funciones.

El responsable de la custodia de los datos es Patricia Ferreira López y Trinidad Lorenzo Otero serán almacenados en formato digital en el servidor que el Departamento de I+D+i de la Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña tiene ubicado en el Complejo Gerontológico La Milagrosa. Dicho servidor tiene el acceso restringido, y solamente se puede acceder a la información almacenada con la clave. Todos los documentos en formato papel serán guardados bajo llave en el archivo del Departamento de I+D+i de la UDP de A Coruña durante el tiempo necesario para la finalización del estudio, que son 36 meses. Al finalizar el estudio, sus datos y valoraciones serán conservados de forma codificada.

Si Vd. da su autorización, estos datos serán conservados para futuros estudios de investigación relacionados con el presente, con el mismo responsable y lugar, durante dos años más y de manera codificada. Estos estudios también deberán ser aprobados por un Comité de Ética de la Investigación oficialmente acreditado para poder ser realizados.

#### **¿Qué ocurrirá si hay alguna consecuencia negativa de la participación?**

No se prevé que exista ninguna consecuencia negativa derivada de su participación.

#### **¿Existen intereses económicos en este estudio?**

Esta investigación está promovida por Patricia Ferreira López y Trinidad Lorenzo Otero. Las investigadoras no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Vd. no será retribuido por participar.

**¿Quién me puede dar más información?**

Puede contactar con Patricia Ferreira López en el teléfono 635780266 o con Trinidad Lorenzo Otero en el teléfono 981169075 ext. 2000 para más información.

**Muchas gracias por su colaboración**

**Título: El apoyo social como variable determinante de la salud en una muestra de personas de 60 y más años**

Yo,.....

Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Patricia Ferreira López y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.
Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
Respecto a la conservación y utilización futura de los datos y/o muestras detallada en la hoja de información al participante,
NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio.
Accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio.
SI accedo a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.
En cuanto a los resultados de las pruebas realizadas,

	DESEO conocer los resultados de mis pruebas.
	NO DESEO conocer los resultados de mis pruebas.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

- 1 Organización Mundial de la Salud. Global Health and Aging [monografía en Internet]. Ginebra: National Institute on Aging; 2011 [acceso 10 de noviembre de 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
- 2 Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: INE; 2015 [acceso 10 de noviembre de 2014]. Demografía y población: cifras de población y censos demográficos. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)
- 3 Baltes PB, Smith J. New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*. 2003; 49: 123-35.
- 4 Mazzella F, Cacciatore F, Galizia G, Della-Morte D, Rossetti M, Abbruzzese R et al. Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Arch Gerontol Geriat*. 2010; 51: 323–28.
- 5 Cohen S, Syme SL. Issues in the study and application of social support. En: Cohen S, Syme SL. New York: Academic Press; 1985.p.3-32.
- 6 Lalonde, M. A. A new perspective on the health of Canadians [monografía en internet]. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974 [acceso 10 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- 7 Uchino, Bert N. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *J Behav Med*. 2006; 29: 377–87.
- 8 Greenglass E , Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety Stress Copin*. 2006; 19(1): 15-31.
- 9 Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med*. 2002; 17: 504-11.

- 
- 10 Braun T, García L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit* 2002; 16(2): 139-44.
  - 11 Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout D. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Med*. 1997; 45: 1527-36.
  - 12 Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. *Res Aging*. 1999; 21: 458-76.
  - 13 Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: INE; 2015 [acceso 10 de noviembre de 2014]. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>
  - 14 Mossey JM, Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *Am J Public Health* .1982; 72: 800-8.
  - 15 Choi NG. Determinants of self-perceived changes in health status among pre- and early-retirement populations. *Int J Aging Human Develop*. 2003; 56(3): 197-222.
  - 16 Lorenzo T, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Sánchez A, Maseda A. Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013; 48(6): 272-75.
  - 17 Wejbrandt A. Defining aging in cyborgs: A bio-techno-social definition of aging. *J Aging Stud*. 2014; 31: 104-9.
  - 18 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO-). Libro Blanco del Envejecimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
  - 19 Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Robert J, Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literatura. *Med Care Res Rev*. 2006; 63(5): 531-69.

- 
- 20 Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.
  - 21 Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.
  - 22 Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Reino Unido: NFER-NELSON; 1988.
  - 23 Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrel C, Obiols J. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol*. 2011; 11(1): 125-39.
  - 24 IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 21.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2012.
  - 25 Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit*. 2004; 18(2): 83-91.
  - 26 Shin JK, Kim KW, Park JH, Lee JJ, Huh Y, Lee SB et al. Impacts of poor-social support on general health status in community-dwelling Korean Elderly: The results from the Korean longitudinal Study on health and aging. *Psychiatry Investig*. 2008; 5: 155-62.
  - 27 Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS ONE* 8(1): e54856.
  - 28 Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M et al. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *Int J Geriatr Psych*. 2009; 24: 694–700.
  - 29 Al-Kandari Y, Crews DE. Social support and health among elderly Kuwaitis. *J Biosoc Sci*. 2014; 46: 518–30.
  - 30 Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. Social relationships and health behavior across life course. *Annu Rev Sociol*. 2010; 36(1): 139–57.

- 
- 31 Ibrahim N, Che Din N, Ahmad M, Ghazali SE, Said Z, Shahar S. Relationships between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia-Pac Psychiatry*. 2013; 5: 59–66.
- 32 Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional declines, social support and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference?. *Soc Sci Med*. 2010; 70: 1050–58.
- 33 Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda A. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12: 198–206.
- 34 Kahn JH, Hessling RM, Russell DW. Social support, health and well-being among the elderly. what is the role of negative affectivity?. *Pers Individ Differ*. 2003; 35: 5-17.