

UNIVERSITAT DE VALENCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

APOYO SOCIAL EN LA TERCERA EDAD

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

DÑA. MARIA OLATZ GOMEZ LLORENS

DIRIGIDA POR:

DRA. DÑA. M^a CARMEN MARTORELL PALLAS

DRA. DÑA. REMEDIOS GONZALEZ BARRON



VALENCIA, FEBRERO 1998

UMI Number: U607393

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607393

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

D.693.518

L.693.522

UNIVERSIDAD DE VALENCIA
F. CULTAD DE PSICOLOGIA
BIBLIOTECA
Reg de Entrega n° 1094
Fecha: 7-5-58
Signatura P-7496

BDT 1622

*A mi Tere
A mis padres*

AGRADECIMIENTOS

Nada de lo que hacemos en esta vida es en solitario, tampoco este trabajo de investigación, y por tanto, deseo expresar mi agradecimiento a todos los que de una forma u otra me han prestado su ayuda.

En primer lugar y de forma muy especial, a mis directoras: Dra. Dña. M^a Carmen Martorell Pallás y Dra. Dña. Remedios González Barrón, por su confianza, dedicación y ayuda desde el primer momento, no sólo en este sino en otros tantos proyectos; por todos sus consejos que han servido de ayuda inestimable y por la excelente dirección de esta tesis doctoral. Espero contagiarme de su entrega, inquietudes y afán de superación. Nada de lo que pueda decir aquí les hace de ningún modo justicia.

Mi más sincero agradecimiento al apoyo prestado por el Balneario Hervideros de Cofrentes (Valencia), en persona de sus directores D. Andrés López García y el Dr. D. Miguel Angel Fernández Torán sin cuya colaboración nos hubiera sido imposible contar con la muestra básica de esta investigación. En este agradecimiento también incluyo a los colaboradores "anónimos" que, con su paciencia y buena disposición, han cumplimentado la batería de instrumentos y a los no tan anónimos como Rosa, Lidia, Rafa, M^a Jesús, y Cristina, entre otros, que siempre estuvieron dispuestos a tendernos una mano.

No menos importante han sido las muestras específicas obtenidas en Castalia (Asociación de Pensionistas), Castellón (Hogar Constitución y Hogar del Mar) y Burriana (Residencia de Tercera Edad de la Generalitat); gracias a sus presidentes y directores por su amabilidad.

A los compañeros del departamento por su apoyo y aliento ante las múltiples dificultades surgidas, por su orientación y colaboración en cuantas ocasiones fue necesario, especialmente a Gabriela, Paco y Elvira. A Adoración, compañera en este proyecto desde el principio y a Juan, por su colaboración y apoyo.

Del mismo modo deseo manifestar mi agradecimiento a todos mis amigos que en mayor o menor medida han contribuido a que esta investigación se lleve a cabo. Un abrazo muy especial a Mercedes, Pura y M^a Jesús por la inestimable ayuda prestada y el apoyo moral que me han transmitido en los peores momentos.

Y sobre todo, deseo agradecer la ilusión mostrada por mis padres, hermanos y abuela por permanecer a mi lado en todo momento y prestarme su constante apoyo. Un beso especial a M^a José.

A todos ellos y a muchos más que de seguro quedarán en el tintero, mis más sinceras gracias.

INDICE

I. MARCO TEORICO	Pág.
1.1. El Apoyo Social en la Tercera Edad	1
1.1.1. Aspectos históricos del apoyo social	3
1.1.1.1. El apoyo social hasta los años 70	3
1.1.1.2. De los años 70 a la situación actual	7
1.1.2. Definición de apoyo social	10
1.1.3. El campo del apoyo social	14
1.1.3.1. Diferencias entre red social y apoyo social	17
1.1.3.2. ¿Qué son las redes sociales?	19
1.1.3.3. Variables relevantes en el análisis de redes	21
1.1.4. Estructura del apoyo social en la tercera edad	26
1.1.4.1. Redes de apoyo social en la tercera edad	27
1.1.4.2. Estrategias de evaluación del apoyo social en la tercera edad	33
1.1.4.3. Instrumentos de medida de Apoyo Social	35
1.1.5. Bienestar psicológico en la tercera edad	38
1.1.5.1. Estrategias de estudio del bienestar psicológico en la tercera edad	44
1.1.5.2. Dimensiones del Bienestar Psicológico en la Tercera Edad	51
1.2. La Calidad de vida en la tercera edad	57
1.2.1. Aproximación histórica al concepto de calidad de vida	58
1.2.1.1. Calidad de vida	61
1.2.1.2. Problemas de definición de la calidad de vida	63
1.2.2. Dimensiones de calidad de vida	75
1.2.3. Estructura conceptual de la calidad de vida	79
1.2.4. Evaluación de la calidad de vida	90
1.2.5. Conceptualización de la calidad de vida en la tercera edad	92
1.3. Actividades de la vida diaria en la tercera edad	97
1.3.1. Definición y dimensiones de las actividades de la vida diaria	98
1.3.2. Evaluación de las actividades de la vida diaria	106

1.4. Ocio y Actividades de Tiempo Libre en la Tercera Edad	109
1.4.1. Distribución del tiempo y ocio en la tercera edad	113
1.4.2. Tiempo libre en la tercera edad	116
1.4.3. Actividades para el tiempo de ocio en la tercera edad	119
1.5. Reflexiones finales	125
II. METODOLOGIA	133
2.1. Objetivos e Hipótesis	135
2.2. Variables Estudiadas e Instrumentos Utilizados	139
2.3. Procedimiento de Recogida de Información	149
2.4. Estudio de la Muestra	155
2.4.1. Características Sociodemográficas: muestra general y específicas	158
2.4.2. Características del Nivel de Vida: muestra general y específicas	164
2.4.3. Características Sociodemográficas y del Nivel de Vida: Muestras Equiparadas.	175
2.4.4. Características Sociodemográficas y del Nivel de Vida: Muestra Retest.	178
2.5. Metodología de Análisis de datos	181
III. ANALISIS Y RESULTADOS	185
3.1. Análisis Descriptivos	189
3.1.1. La Competencia Conductual	189
3.1.2. Calidad de Vida	198
3.1.3. Apoyo Social	217
3.2. Análisis Diferenciales	223
3.2.1. Relaciones entre las variables demograficas y la Competencia Conductual: Muestra general	224
3.2.2. Relaciones entre las variables demograficas y la Calidad de Vida: Muestra general	228
3.2.3. Relaciones entre las variables demograficas y el Apoyo Social: Muestra general	229
3.2.4. Relaciones entre las variables demograficas y la Competencia Conductual: Muestras equiparadas General-Hogar	232

3.2.5. Relaciones entre las variables demograficas y la Calidad de Vida:	
Muestras equiparadas General-Hogar	235
3.2.6. Relaciones entre las variables demograficas y el Apoyo Social:	
Muestras equiparadas General-Hogar	238
3.2.7. Relaciones entre las variables demograficas y la Competencia	
Conductual: Muestras equiparadas General-Residencia	241
3.2.8. Relaciones entre las variables demograficas y la Calidad de Vida:	
Muestras equiparadas General-Residencia	245
3.2.9. Relaciones entre las variables demograficas y el Apoyo Social:	
Muestras equiparadas General-Residencia	248
3.3. Análisis Correlacionales	251
3.3.1. Análisis Correlacionales Intra Instrumento	252
3.3.2. Analisis Correlacionales Entre Instrumentos	257
3.4. Análisis Asociacionales	267
3.4.1. Análisis Asociacionales: Muestra General	268
3.4.2. Análisis Asociacionales: Muestras equiparadas	
General-Hogar	275
3.4.3. Analisis Asociacionales: Muestras equiparadas	
General-Residencia	284
3.4.4. Analisis Asociacionales: Tipo De Apoyo Social	294
3.5. Análisis de Regresión	299
3.5.1. Variables que inciden en el "alto" Apoyo Social	299
3.5.2. Variables que inciden en el "bajo" Apoyo Social	304
3.6. Estabilidad Temporal De Los Resultados	315
IV. CONCLUSIONES	321
V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	335
VI. ANEXOS	373
A. Instrumentos	373
B. Tablas ANOVA y "t" (análisis diferenciales)	379
C. Tablas Contingencias (análisis asociacionales)	415
D. Indice de Tablas	409
E. Indice de Figuras	505

JUSTIFICACION

En los últimos años de este milenio las sociedades más desarrolladas del mundo constatan que uno de los fenómenos sociológicos más destacables es el que se conoce como *envejecimiento de la población*. Los avances de la medicina, la generalización de hábitos más sanos en alimentación, higiene y ejercicio físico, el aumento, en fin, de la calidad de vida de los ciudadanos, se han traducido en un incremento espectacular de su esperanza de vida. Mientras en las zonas más deprimidas de la Tierra dicho parámetro apenas roza los 50 años, las personas que han tenido la suerte de nacer en alguna de las más ricas pueden esperar acercarse a los 80 años de edad. Así, los escenarios sociales de los países más desarrollados están viéndose profundamente transformados, y allí donde alcanzar una avanzada edad constituía ayer una excepción es hoy, afortunadamente, circunstancia habitual.

El envejecimiento se agudiza aún más porque al lado del aumento de la esperanza de vida se ha producido paralelamente un descenso en el número de nacimientos. La ascendente esperanza de vida, influye en el significado que tiene en números absolutos los

ancianos; reforzada a su vez por el descenso de la natalidad. Su interacción hace que la representación del grupo de personas mayores sea proporcionalmente superior con respecto a la población total.

Se estima que para finales de este siglo, entre un 15 y un 20% de la población total este formado por este grupo etario. Del mismo modo, se preve que en el año 2030, unos 1400 millones de personas de la población mundial tenga más de 60 años de edad (Rodríguez y Suárez, 1997).

España no es ajena a tales acontecimientos y así como se ha homologado en tantas otras facetas de la vida económica, sociocultural y política a los modos y maneras del área más desarrollada del planeta, también se han detectado movimientos significativos tanto en la evolución de la esperanza de vida de los españoles, que es una de las más altas del mundo (77 años en 1990), como en la del índice de natalidad, que es uno de los más bajos (1.3 hijos por mujer en 1990). La traducción inmediata de estas características demográficas indica que nuestro país también envejece. Mientras en 1960 el grupo de personas de 65 y más años representaba el 8.2% de nuestra población total, en 1990 ha pasado a significar más del 13% de la misma. En 1997, y según datos del II Congreso de Organizaciones de Personas Mayores, más del 15% de la población española tenía más de 65 años.

Este considerable desarrollo demográfico, unido a los cambios sociales producidos en la vida moderna, sobre todo con la mutación del papel tradicional de la mujer, que se está incorporando activamente al mundo del trabajo y al conjunto de la vida social, ofrece como

resultado una profunda transformación social. Se han conquistado años de vida, se ha ganado en autonomía personal y la función social de la familia se encuentra en trance de honda renovación.

Este trabajo de investigación pretende ser una modesta contribución al mejor entendimiento de la población de tercera edad. Se acerca a su realidad cotidiana, al modo en el que viven, al tipo de relaciones que mantienen y sobre todo a la satisfacción que sienten con la vida y a su forma de entenderla.

I. MARCO TEORICO

I. MARCO TEORICO

El primer capítulo, dedicado al marco teórico, se centrará básicamente en conceptualizar el constructo de *Apoyo Social*. Se realizará una breve revisión de los aspectos históricos, así como de la definición del constructo. También se definirá lo que se entiende por red social y su relación con el Apoyo Social y en concreto las redes sociales en la tercera edad. Posteriormente, se describirán algunos de los instrumentos más utilizados para evaluar el apoyo social.

En segundo lugar, se estudiará el concepto de *Calidad de Vida*, sus orígenes, las definiciones más relevantes, las variables que influyen en la calidad de vida y la forma de evaluarla.

En tercer lugar se tratarán las actividades de la vida diaria en los sujetos de tercera edad, es decir, las actividades funcionales y su capacidad para desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana.

Por último, se estudiarán los trabajos referidos a como repercute el aumento del tiempo libre al llegar la jubilación, su utilización y la incorporación de nuevas actividades y el ocio a esta nueva situación en su vida.

*1.1. EL APOYO SOCIAL
EN LA TERCERA EDAD*

1.1. EL APOYO SOCIAL EN LA TERCERA EDAD

En la literatura consultada, se observa que a partir de la década de los años 70 se ha producido un aumento del interés en el estudio del apoyo social y su relación con la salud y el bienestar. Este interés se ha reflejado en el incremento de las investigaciones publicadas en esta área así como en el aumento de tratamientos y programas de intervención psicoterapéuticos desarrollados. Muestra de ello es la progresión geométrica observada en el número de artículos que aparece con término de apoyo social en el Social Sciences Citation Index: de 2 en 1972 a 50 en 1982 y 137 en 1992. En esta proporción de publicaciones se incluyen, naturalmente, el creciente número de artículos de revisión y monografías como por ejemplo las de Mueller (1980), House (1981), Israel (1982), y Leavy, Turner, Broadhead y cols. y Wallston y cols. todos ellos con publicaciones en 1983.

A este hecho han contribuido especialmente la gran cantidad de disciplinas que lo estudian, como la antropología, la arquitectura, la epidemiología, la gerontología, la educación para la salud, la psicología, el trabajo social y la sociología, entre otras.

Cabe señalar, que si bien el estudio del apoyo social emergió, aparentemente, en la década de los 70, sin embargo esta impresión de novedad no es totalmente cierta. Al menos dos décadas antes, había sido propuesto como un concepto central en las ciencias sociales. En este sentido, Rogers (1942) introdujo el concepto de conducta de apoyo como el centro de su teoría en la psicoterapia y el consejo. Por su

parte, Likert señaló en 1961 que el elemento principal para el éxito en el trabajo de supervisión eran las relaciones de apoyo. Concretamente la habilidad de los supervisores para conducir cualquier negociación con los subordinados donde fuera realizado el sentimiento de valoración individual.

Los primeros trabajos sobre apoyo social incluían revisiones sobre el concepto, así como impresiones clínicas (Cassel, 1976; Cobb, 1979). Concretamente, se señalaba el papel positivo de la familia y de los amigos para fomentar la salud y la prevención de enfermedades. De particular importancia en estas primeras investigaciones fue el estudio antropológico de las redes sociales realizado por científicos europeos (Bott, 1957; Boisservain, 1974), donde se subrayó la importancia que tienen los lazos afectivos dentro de las redes y los beneficios mutuos que proporcionaban para todos los miembros de la red. Este énfasis sobre el papel positivo de la familia, tal como lo apuntó Heller en varias publicaciones (Heller 1979, 1986; Heller y cols., 1986), supuso una inversión con respecto a las anteriores investigaciones en este campo; en ellas se habían señalado el rol de la familia como fuente de una amplia gama de problemas, centrándose en aquellos que estaban asociados con las responsabilidades y la carga de pertenecer a un grupo familiar, étnico y social.

En los últimos años se ha producido una gran expansión e incremento de la cantidad de investigaciones que aparecen bajo la rúbrica de apoyo social. En parte, esto se debe al atractivo coloquial y a la importancia temática del constructo. A diferencia de otros muchos

constructos "científicos", el término apoyo social es comprensible y tiene sentido para el público profano. El interés por este tema llega también en un momento en el que los recursos públicos oficiales para los necesitados, como son los ancianos, los enfermos y los débiles, son reducidos e insuficientes para satisfacer las crecientes demandas. La optimización del papel de las redes del apoyo social no oficial, como la familia, los amigos y los vecinos han sido potenciados por la política social y pública como forma de hacer frente a las necesidades sociales (Kiesler, 1985).

1.1.1. ASPECTOS HISTORICOS DEL APOYO SOCIAL

La historia del apoyo social y de los conceptos relacionados con él es relativamente reciente, se distinguen dos grandes períodos, uno formado desde comienzos del presente siglo hasta la década de los 70 y otro que se extendería hasta nuestros días. Estos dos periodos son los que se exponen a continuación.

1.1.1.1. El Apoyo Social hasta los Años 70

Tal y como muestra la bibliografía consultada, este periodo comprende desde, aproximadamente, el año 1900 hasta la década de los años 70. En *primer lugar*, hay que comentar que existen una serie de aportaciones desde la perspectiva de la Psicología Social, las cuales se centran, fundamentalmente en cuatro teorías:

- La *Teoría de Cooley* (1909) acerca de los *grupos minoritarios*, en los que existe una interacción cara a cara entre sus miembros además de unirles unos vínculos emocionales intensos, y de los *grupos secundarios*, en los cuales no se produce una interacción cara a cara, y los vínculos emocionales suelen ser débiles (Sbandi, 1977). Merece también señalar la teoría de los *grupos de referencia* (Merton, 1964) en la que postula que éstos proporcionan a los sujetos un sistema de referencia para la autovaloración y la asimilación de actitudes y valores.
- La *Teoría de la Comparación Social de Festinger* (1954) según la cual los individuos tienden a evaluar sus opiniones a través de comparaciones con normas conductuales de otros. Se postula que las personas se afiliarán a otras similares bajo condiciones de estrés.
- La *Teoría de la Psicología de la Afiliación* (Schachter, 1966) afirma que las personas tenemos necesidades que sólo pueden ser satisfechas en las relaciones interpersonales y que, además, éstas actúan como reductoras de ansiedad. El mismo autor pone de manifiesto que los sujetos con patrones de conducta estresantes tienden a buscar compañía de personas igualmente estresadas: "la miseria no ama cualquier clase de compañía, sólo ama la compañía miserable" (Schachter, 1966; pg. 36). Así como desde la *Psicología de la Afiliación* los otros sirven para disminuir el estrés, desde la perspectiva de la *Facilitación Social* (Zajonc, 1965) los demás lo pueden producir. Con esto se pone

de manifiesto que "los otros" pueden actuar como fuentes de estrés o de apoyo social.

- Desde la perspectiva de las *Teorías del Intercambio Social* autores tales como Blau, Homans y Kelley (Morales, 1981, en Fernández Rios y cols., 1992) consideran el apoyo social como una relación entre varios sujetos, creándose una situación de intercambio en la que se hallan implicados costes y beneficios.

Estas cuatro aportaciones de la Psicología Social ponen de manifiesto la amplitud del universo del apoyo social, que en su forma conceptual más amplia podría incluir casi cualquier tipo de interacción positiva o negativa entre las personas.

En *segundo lugar* pueden señalarse las primeras investigaciones sistemáticas acerca de los efectos socioculturales en la etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental que fueron llevados a cabo a finales de los años 30. Principalmente destaca la *Ecología de la Salud Mental* donde la pobreza, la desorganización sociocultural, la desintegración social, la ausencia de sentimiento de afiliación y el aislamiento social suelen correlacionar con mayor incidencia de patología mental (Freeman, 1984; Weisman y cols., 1986; Bastide, 1987; Schwab y Schwab, 1987).

Además, durante la década de los años 60, y dada la importancia que cobra en Estados Unidos el tema de la deshospitalización de los enfermos mentales, comienza a reconocerse la relevancia de los sistemas de apoyo comunitarios, tanto formales como informales

(Gottlieb, 1981; Biegel y Naparstek, 1982; Kiesler y Sibulkin, 1987). A finales de los años 70 se producirá de nuevo un énfasis en los citados sistemas de apoyo.

En *tercer lugar* en el estudio de los *vínculos afectivos* y su importancia para la salud mental, Bowlby (1982) y Harlow (1985) ponen de manifiesto que los vínculos de apego entre madre-hijo o entre adultos constituyen una "necesidad primaria". Esta línea de investigación dio lugar a gran cantidad de trabajos referidos tanto al comportamiento animal como humano; se trata de afirmar no sólo la necesidad de "apegarse" a algo, sino también que dicho vínculo cuando se desarrolla de forma adecuada, contribuye en niños y adultos a mejorar las estrategias de afrontamiento y a un mejor bienestar general.

En *cuarto lugar* cabe destacar el trabajo de Durkeim (1971) sobre el suicidio. Este autor se refiere, entre otros, al denominado "suicidio anómico" que sería el resultado de la falta de fuerzas colectivas para reglamentar la vida social, lo que produciría desorganización social y perturbaciones de orden colectivo. Distingue entre "anomia social" y "anomia doméstica", lo que en terminología actual se designaría como un debilitamiento de las "redes sociales" y del "apoyo social" (Simón, 1992; pg. 87).

Los cuatro aspectos anteriormente reseñados constituyen aportaciones independientes al campo del apoyo social, aunque no será hasta la década de los 70 cuando se configure un marco teórico más consistente.

1.1.1.2. De los Años 70 a la Situación Actual

Tal y como se ha comentado anteriormente, hasta finales de la década de los 60 no existió un marco teórico concreto de referencia dentro del que se integraran las diversas aportaciones que desde diferentes áreas de conocimiento se iban haciendo al tema del apoyo social.

Cabe destacar, en primer lugar, las investigaciones de los epidemiólogos Cassel (1974) y Cobb (1976), que intentaron poner de manifiesto la naturaleza y los efectos protectivos del apoyo social. De sus trabajos se concluye que las personas que experimentan altos niveles de estrés, bien sea en presencia o con posibilidad de acceso a otros significantes, no suelen presentar las consecuencias adversas para la salud que hubiesen desarrollado de no haber sido o no haberse sentido apoyadas. De ello se infiere la necesidad de diseñar adecuados programas de intervención para mejorar y reforzar el apoyo social cuando no sea posible reducir la exposición a situaciones estresantes.

Los trabajos de Caplan (1974), Weiss (1974) y Caplan y Killilea (1976), ponen en evidencia los aspectos positivos de los sistemas de apoyo sobre la salud y bienestar de los individuos. Caplan refiriéndose a los sistemas de apoyo, señala que "un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos intermitentes y continuos que juegan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad psicológica y física del individuo a lo largo del tiempo" (Caplan, 1974; pg. 7). Por su parte, Weiss (1974) formula la primera tipología de las funciones del apoyo social para el bienestar, distinguiendo: vinculación, integración

social, posibilidad de "educación"o "cuidado", reafirmación del valor de uno mismo, sensación de alianza segura y posibilidad de obtener consejo.

Posteriormente, en 1978, la publicación de la Task Panel Reports Submitted to the President's Commission on Mental Health (Prevention Task Panel Report, 1978) reconoce que estar vinculado a otros y recibir apoyo social cuando es necesario, pudiéndolo ofrecer a su vez, constituye un factor importante de protección y promoción de la salud mental. Según dicho informe, una sociedad sana provee oportunidades para que la gente pueda construir sistemas adecuados de apoyo social, por lo que a la hora de establecer un plan nacional de salud, se deberían tener en cuenta los siguientes objetivos:

- Reconocer y reforzar las redes naturales de apoyo existentes.
- Identificar y reforzar las funciones de apoyo social potencial de las instituciones formales.
- Mejorar los vínculos entre redes de ayuda naturales y las fuentes de ayuda profesional e institucionales.
- Desarrollar estrategias educacionales para informar, al público en general y a los profesionales de la salud en particular, sobre la naturaleza y función de las redes de ayuda y sobre la importancia del apego para el bienestar.

Como puede verse, en dicho informe se adoptó una perspectiva relativamente amplia del apoyo. En la denominación de Sistemas de Apoyo Comunitario se incluyeron aspectos tales como: cuestiones de desinstitutionalización psiquiátrica, grupos de apoyo religiosos, redes

de ayuda comunitarias, organizaciones comunitarias, agrupaciones de ayuda mutua, sistema de justicia, contextos de trabajo y estrés ocupacional, sistema de cuidado de los técnicos de salud, entre otros.

Esta orientación amplia en la conceptualización del apoyo social permitió, a nivel comunitario, reforzar el "sentido psicológico de comunidad". Aunque dicho concepto se centra en un nivel distinto se relacionó en su vertiente positiva con conceptos tales como "red social competente", "grupo competente", "comunidad competente", "integración social", etc.; y en su vertiente negativa hacía referencia a conceptos tales como "desintegración social" y "anomia" (Simón, 1992; pg 90).

Así, desde esta perspectiva se postuló que un sistema de apoyo debe realizar al menos las siguientes funciones:

- Ayudar a ganar sentido de control sobre la vida.
- Reducir la alienación social.
- Poseer capacidad de resolución de nuevos problemas
- Mantener la motivación para vencer los handicaps y frustraciones comunes en la sociedad moderna.

El papel de los llamados "paraprofesionales" constituyó otra aportación relevante al tema. Aunque con anterioridad ya era reconocido, por una amplia parte de la población, el uso frecuente de sistemas de apoyo no formales para solucionar problemas cotidianos proporcionado por paraprofesionales más que por técnicos de salud (Cowen, 1982). De esta forma: "la mayor parte de la gente utiliza

recursos informales, tales como la familia o amigos para ayudarles en tiempos problemáticos" (Veroff y cols., 1981; pg. 268).

Por último, cabe señalar el significado biológico-evolutivo de la ayuda mutua o del comportamiento altruista, que adquiere relevancia en la década de los 70 con el auge de la sociobiología (Wilson, 1980).

Hoy en día la situación teórica-práctica del apoyo social y de los conceptos relacionados con él es confusa. Problemas acerca de conceptualización, de evaluación sobre posibles "mecanismos" por los cuales produce sus efectos, etc., constituyen algunas de las controversias acerca de las cuales se está investigando actualmente.

1.1.2. DEFINICION DE APOYO SOCIAL

Las definiciones de apoyo social han proliferado desde finales de la década de los 70 hasta mediados de los 80 y a partir de ese momento parecen haberse estabilizado (Veiel y Baumann, 1992).

Cohen y Syme (1985) definen el apoyo social de una manera amplia como los recursos ofrecidos por los demás, dichos recursos pueden tener tanto efectos positivos como negativos sobre la salud y el bienestar. Las razones para el estudio de los efectos del apoyo social en la salud y el bienestar, serían según Cohen y Syme (1985):

- El posible papel que juega el apoyo social como agente etiológico de los trastornos

- Tanto en los programas de tratamiento como de rehabilitación se suelen requerir que las personas cambien sus conductas. Generalmente se asume el valor del apoyo social para promover esos cambios aunque todavía se necesita una investigación cuidadosa, y
- El concepto de apoyo social ofrece un modelo que permite integrar los hallazgos que relacionan las variables psicosociales con la salud.

Uno de los intentos más rigurosos por proponer una definición del apoyo social que integre en lo posible los elementos comunes de otras definiciones y recoja los aspectos teóricos más referenciados ha sido el realizado por Lin (1986). En su análisis de las distintas definiciones que se han ofrecido sobre el apoyo social, este autor propone acotar conceptualmente el *apoyo social* como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin y Ensel, 1989). La definición de estos autores recoge los elementos principales y puede entenderse como una definición sintética del apoyo social.

Así, la definición propuesta por Lin se articula en torno a cuatro ejes: la función del apoyo; la percepción-recepción del apoyo; el ámbito en que se produce el apoyo o fuentes de apoyo; y la ayuda en situaciones cotidianas o de crisis. Cada una de estas dimensiones ha

generado un buen número de trabajos y representan tradiciones de investigación muy consolidadas.

En la Tabla 1.1 se pueden encontrar las referencias de aquellos autores que han trabajado en las dimensiones que se apuntan en la definición de Lin. Si bien no están todos, la lista se haría interminable, sí figuran los más relevantes. Además, se señalan las perspectivas de estudio de las que parten los autores.

Tabla 1.1. El concepto de apoyo social: dimensiones y perspectivas de estudio (adaptado de J. Herrero, 1994)

PERSPECTIVA FUNCIONAL		PERSP. ESTRUCTURAL
PERCEPCION/RECEPCION	TIPO DE APOYO	CONTEXTO / FUENTE
LIN (1989)		
Apoyo percibido Apoyo recibido	Apoyo instrumental Apoyo expresivo	Comunidad Red social Relaciones íntimas
AUTORES		
Caplan (1974) Cobb (1976) Turner (1983) Brownwell y Shumaker (1984) Cohen y Syme (1985) Gottlieb (1985) Lazarus y Folkman (1986) Barrera (1986) Sarason et al. (1990) Cohen (1992) Dunkel-Schetter y Bennet(1992) Kessler (1992)	Weiss (1974) Caplan (1974) Pinneau (1975) Cobb (1976) Gottlieb (1978) Kahn y Antonucci (1980) Barrera 1981) House (1981) Norbeck y Tilden (1983) Pearlin (1984) Wills (1985) Cohen y Syme (1985) Pierce et al. (1990)	Cassel (1974) Thoits (1981) House (1981) Barrera (1981) Gottlieb (1981) Stokes (1983) Pearlin (1984) Hall y Wellman (1985) Pattison (1985) Hobfoll et al. (1986) Hirsch (1990) Lareiter y Baumann (1992)

Otro punto de vista importante dentro del estudio del apoyo social es el de Alan Vaux (1988) que define el apoyo social como un

conjunto de ideas que incluye pertenencia, implicación y compromiso; atributos de grupos, relaciones y personas, y procesos de naturaleza social, conductual, cognitiva y afectiva. De esta forma, se hace preciso una taxonomía multidimensional que resuelva los problemas conceptuales que esta definición del apoyo social plantea. Según Laireiter y Baumann (1992), esa taxonomía debe incluir estos cinco componentes:

- *La integración social*, que hace referencia a la participación e implicación de una persona en su vida social en la comunidad y en la sociedad en general.
- *La red de apoyo*, considerada como aquella parte de la red social a la que una persona acude o acudiría rutinariamente en busca de apoyo (Vaux, 1988).
- *El clima de apoyo*, que señala la calidad de las relaciones y de los sistemas sociales como la familia, el lugar de trabajo, los grupos, etc.
- *El apoyo proporcionado y recibido*, que alude tanto a la existencia de transacciones que suponen ayuda desde la perspectiva de quien la proporciona como del que la recibe.
- *El apoyo percibido*, que hace referencia a la percepción que el sujeto experimenta sobre la disponibilidad de la ayuda en caso de necesidad.

En general, los constructos que configuran el concepto de apoyo social varían en función del autor de quien se trate (Barrera, 1986; Sarason y cols., 1990; Vaux, 1992) y son numerosos los investigadores que han analizado sus relaciones teóricas y empíricas (Barrera, 1986; Rodríguez-Marín, 1989; Pierce y cols., 1990; Thoits, 1992; entre otros). Tanto es así que hoy en día resulta demasiado ambiguo hablar del apoyo social sin más: en unos casos será apoyo percibido, en otros conductas de apoyo recibidas o satisfacción con el apoyo, Reunidas todas ellas en torno al concepto de apoyo social, se diferencian en la naturaleza de sus efectos sobre el bienestar y responden a prioridades e intereses muy diversos dentro de la comunidad científica.

1.1.3. EL CAMPO DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social es definido algunas veces conceptual u operacionalmente en términos de la existencia o cantidad de relaciones sociales en general, o de un tipo particular de relaciones como las matrimoniales, de amistad o como miembro de determinadas asociaciones. Otras veces el apoyo social es definido y medido en términos de la estructura de las relaciones sociales de la persona. Además, el apoyo social se define en términos del contenido funcional de las relaciones, tales como el grado en el que las relaciones van envueltas de asuntos afectivos o emocionales, ayuda instrumental o tangible, información y aficiones o preferencias (House y Kahn, 1985).

El término *apoyo social*, al igual que los términos *red social* e *integración social*, se refiere a un gran número de aspectos diferentes de las relaciones sociales.

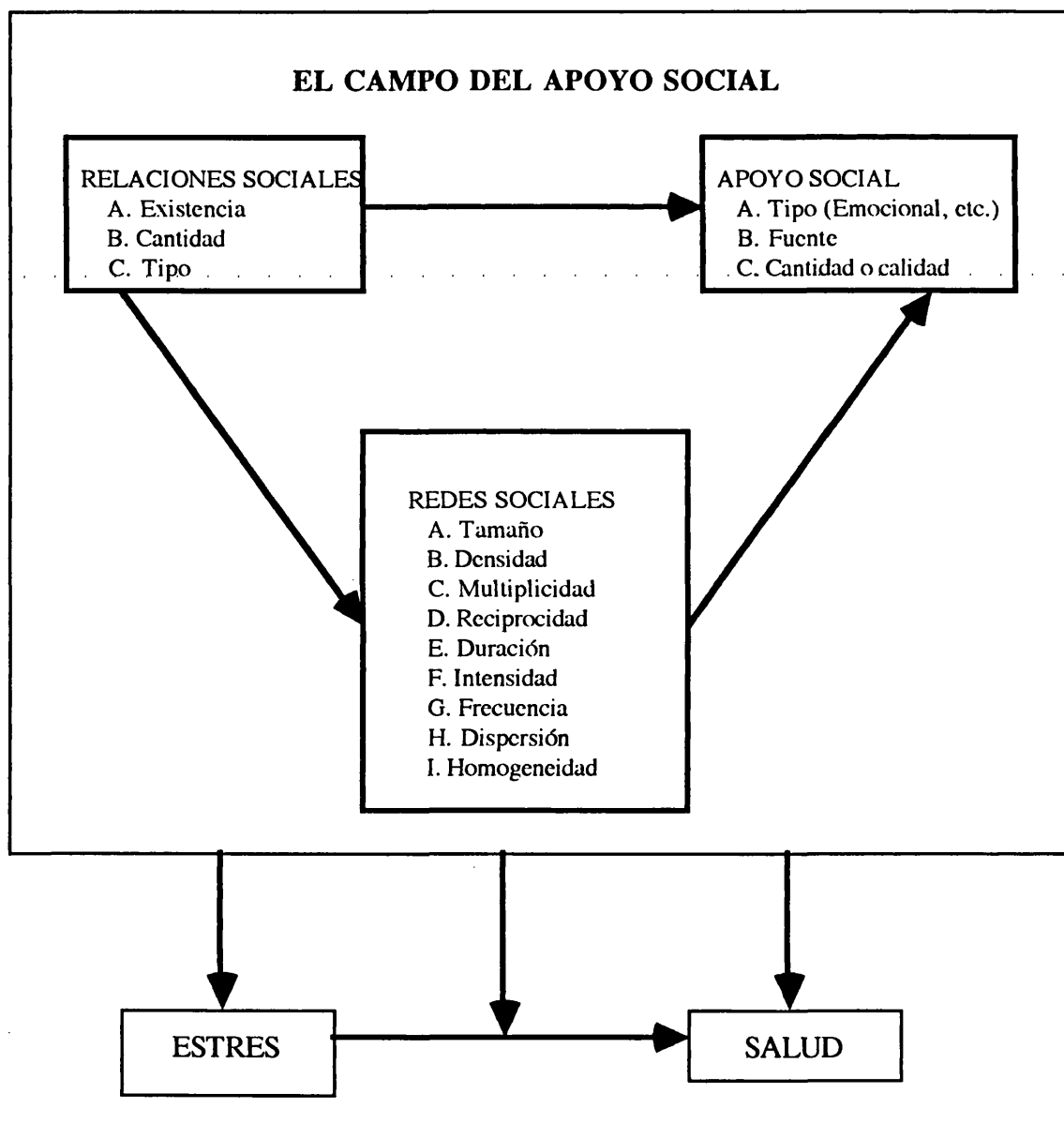
Concretamente, ha sido usado para referirse a cada uno de los aspectos señalados en los diferentes tipos de relaciones donde cada una de ellas debe considerarse parte del campo general del apoyo social. Sin embargo, el *apoyo social* se usa más comunmente para referirse a las relaciones sociales en su contenido funcional (House y Kahn, 1985). De manera similar, el término *red social* se usa más a menudo para referirse a las estructuras existentes entre un conjunto de relaciones (por ejemplo, su densidad, homogeneidad, o rango). Finalmente, términos tales como *integración social* o *aislamiento* se usan para referirse a la existencia o cantidad de relaciones.

Los tres aspectos, que son necesarios considerar en las relaciones sociales, son: cantidad, estructura y función. La relación entre ellas se encuentra lógica y empíricamente demostrada. Además, pueden constituir la base para las explicaciones de los efectos del apoyo social o las redes sociales sobre los individuos, ya que estos términos pueden ser utilizados más genéricamente. La existencia o cantidad de relaciones es una condición necesaria y un determinante parcial de la estructura de la red así como del contenido funcional y de la calidad de las relaciones.

Similarmente, la estructura de la red puede estar parcialmente determinada por el contenido funcional o la cantidad de relaciones

dentro de la red. Las potenciales covariaciones entre estos diferentes aspectos de las relaciones sociales se muestran en la Figura I.1.

Figura I.1. Organización teórica para evaluar la calidad de las medidas de apoyo social. (Modelo de House y Kahn, 1985)



Como se puede observar (Figura I.1) y como ejemplo, la conexión entre la existencia de relaciones sociales (matrimonio) y salud pueden ser explicables total o parcialmente por la diferente estructura de la red o contenido funcional asociado con el matrimonio.

De acuerdo con esta figura, las relaciones que el apoyo social presenta tanto con el estrés como con la salud y el bienestar pueden, a su vez, descomponerse en relaciones de estas variables con cada uno de los componentes o dimensiones del apoyo social. En este sentido, el apoyo social puede operacionalizarse mediante el análisis de las relaciones sociales, de las características que subyacen en la red social o de las funciones que ese apoyo posee para el individuo.

1.1.3.1. Diferencias entre Red Social y Apoyo Social

Desde la perspectiva estructural en el estudio del apoyo social, es preciso diferenciar los conceptos de "red social" y de "apoyo social", que a menudo se utilizan indistintamente.

Así y de acuerdo con Nan Lin, el apoyo social es accesible a una persona a través de lazos sociales, bien sea con otros individuos, con grupos o con la comunidad (Lin y cols., 1981). Es decir, existen unos recursos sociales que no están en el individuo y cuyo acceso constituye apoyo social. Pearlin y cols. (1981) contribuyen a esta idea con un matiz funcional al hablar de "acceso a y uso de individuos, grupos y organizaciones para tratar con las vicisitudes vitales". Recuerdan además que si bien la red social puede conceptualizarse como el

conjunto de personas disponibles para el sujeto, es al grupo más pequeño e íntimo al que probablemente se acudirá (Pearlin, 1984). En general, el acceso se articula en torno a tres dimensiones estructurales del apoyo: las redes sociales, el grupo de afiliación y las relaciones interpersonales más íntimas (Pearlin, 1985). De entre ellas, cobran mayor importancia para el presente estudio las redes sociales.

Por *red social* se entienden las características estructurales observadas en las interacciones sociales mantenidas por un individuo, grupo o comunidad. El constructo de *apoyo social* incide especialmente en el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual (Díaz-Veiga, 1987).

Dado que las redes sociales proporcionan el marco estructural indispensable para que el apoyo sea accesible al individuo (Lin y cols., 1981) ambos conceptos presentan una estrecha vinculación que, en ocasiones, se confunde al hacerlas equivalentes.

La existencia de tres niveles relacionales en la estructura de la red está bien recogida en la literatura. Estos niveles serían: un primer nivel macro o comunitario, un segundo nivel medio o de grupos y un tercer nivel íntimo, que supone vínculos más estrechos.

Según Barrón y cols. (1988) estos niveles difieren en cuanto a su impacto sobre el bienestar, si bien los niveles más directos dependen de los más amplios. Así, el comunitario es el de menor efecto directo, aunque es previo a los demás, pues de él se derivan las redes sociales grupales. Estas tienen mayor efecto que el anterior y proporcionan el

marco en que el apoyo social puede estar disponible para el sujeto. De ellas emergen las redes informales más cercanas, que tienen un mayor efecto directo sobre el bienestar (Riquelme y Buendía, 1996).

Desde esta perspectiva, las dimensiones objetivas de las relaciones que componen la red social del individuo son la clave para explicar la provisión de apoyo accesible para el sujeto (Cohen y Syme, 1985; Gracia y cols., 1991).

Como conclusión y según señalan Laiterter y Baumann (1992), "el término de apoyo social es considerado a menudo como sinónimo de red social. Esto es incorrecto. El término red social describe la estructura de las relaciones sociales mientras que el término apoyo social describe las funciones específicas de una red". En otras palabras, la preocupación inicial de los investigadores en redes sociales es la predicción del apoyo social en función de determinadas características de la red. De esta forma, los factores incluidos en la predicción (las características de la red) no deben confundirse con el fenómeno que se pretende predecir, el *apoyo social*.

1.1.3.2. ¿Qué son las Redes Sociales?

El estudio de las redes sociales fue desarrollado inicialmente por sociólogos y antropólogos sociales (Mitchell y Tricket, 1980) preocupados por cuantificar las características de las redes sociales, aunque ya en la primera mitad del siglo XX se había utilizado el término red social para hacer referencia a conjuntos de relaciones entre

los miembros de los sistemas sociales (Radcliffe-Brown, 1940; Simmel, 1902, 1950).

En general, la red social se define como "un conjunto de nudos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos" (Hall y Wellman, 1985; pg. 25). Dichos nudos suelen ser individuos, pero también pueden ser grupos y colectivos. Los lazos están definidos por el flujo de recursos de un nudo (o miembro de la red) a otro. Desde el momento en que la red social de un individuo proporciona ayuda técnica o tangible, apoyo emocional, sentimientos de saberse querido, autoestima, etc., esa red le está proporcionando apoyo social (Stokes, 1983).

De acuerdo con Hall y Wellman (1985), son cuatro los principios fundamentales que caracterizan el análisis de redes sociales:

- El interés se centra en las relaciones entre los actores y no en el análisis de sus atributos y disposiciones. Esto es, sus características individuales ocupan un segundo plano.
- La conducta del individuo está determinada fundamentalmente por las restricciones a que se ve sometido como miembro de una red social y nunca por motivos internos de índole teleológica.
- La relación diádica ha de interpretarse en función del contexto más amplio de las relaciones mantenidas con los otros miembros de la red.

- La estructura social puede considerarse como una red de redes sociales.

Es decir, que independientemente de las características individuales, lo importante al analizar las redes sociales son las relaciones interindividuales y el grado de compromiso individual y social implícito en ellas. Por lo tanto la red constituye una entidad superior y más amplia que sobrepasa al individuo y que es importante en la medida que transmite y proporciona el apoyo social al mismo.

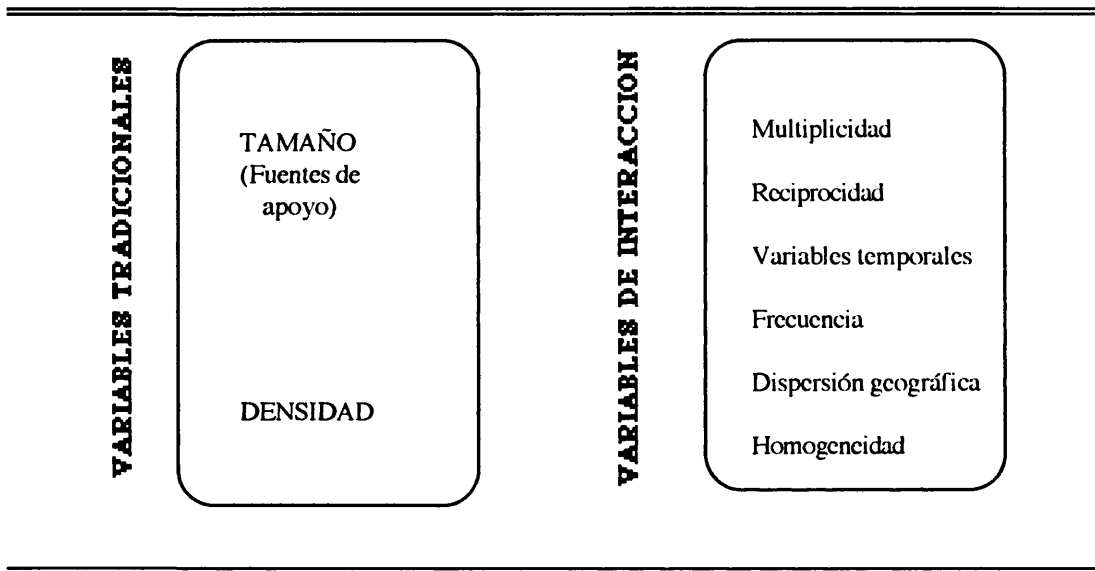
1.1.3.3. Variables Relevantes en el Análisis de Redes

Existen numerosos parámetros para analizar la estructura de una red. Como puede observarse en la Figura I.2., las variables que más se utilizan para describir las redes sociales se centran generalmente, y según las variables tradicionales, en el tamaño y la densidad, las cuales nos indican las diferentes fuentes de apoyo que constituyen la redes. Las características que explican el tipo de relación que determina una red específica pueden clasificarse en la multiplicidad, la reciprocidad, las variables temporales, la frecuencia, la dispersión geográfica y la homogeneidad. De tal forma que cada una de estas variables modula los diferentes tipos de redes sociales.

Quizás la más evidente de las características de una red social sea su tamaño, el cual depende en gran medida de cómo se defina esa red. Se ha comprobado que los sujetos con problemas de ajuste psicológico tienen redes sociales más reducidas que los sujetos con un

ajuste adecuado (Díaz-Veiga, 1987). Sin embargo, una red social más amplia no siempre es sinónimo de mayor apoyo y/o de ajuste.

Figura I.2. Variables relevantes en el análisis de redes sociales (adaptado de J. Herrero, 1994)



Según la proximidad emocional de los sujetos que constituyen la red social de un determinado individuo Pattison (1981) ha distinguido cinco zonas en la red social del individuo:

- *Personal* : las personas con quien convive, que tienen un alto grado de significación.
- *Intima* : referido a la frecuencia de las interacciones, que tienen una alta importancia psicosocial para el individuo.
- *Efectiva* : relaciones cotidianas, que tienen una menor importancia psicosocial.
- *Nominal* : referido a personas conocidas, es poco significativa.

- *Extensa* : relaciones indirectas, a través de otros, que tienen cierta significación.

Teóricamente, esta clasificación se justifica en virtud de los distintos ámbitos de interacción propios de los contextos sociales en que se mueven los individuos. Estos ámbitos son la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas. Se considera que los contextos de interacción social proporcionan distintos grados de implicación del individuo con su entorno respecto a la pertenencia, vinculación y compromiso. Por lo que el sentimiento de implicación es clave para entender el tipo de relación en cada ámbito y los efectos que esa relación producen en el bienestar del individuo (Lin y cols., 1986). Mientras que la comunidad genera sentimientos de pertenencia, la red social produce sentimiento de vínculo y, las relaciones íntimas crean compromiso.

Puesto que el apoyo social procede de distintos miembros de la red social y, consecuentemente, cada uno de ellos puede considerarse como una fuente de apoyo, los distintos ámbitos incluirán diversas fuentes de apoyo. Así, el sentido de pertenencia que proporciona la comunidad estará unido a fuentes de apoyo específicas (profesores, conocidos o vecinos) mientras que el sentimiento de vinculación poseerá sus fuentes características de apoyo (compañeros de trabajo, amigos). Por último, el sentido de compromiso procederá de la relación que mantiene el individuo con fuentes de apoyo próximas y de confianza (pareja, familia, amigos íntimos, etc). De esta forma, el número de personas con el que uno interactúa a diario puede incluir

fuentes de apoyo de naturaleza muy diversa y con distintos efectos sobre el bienestar y el ajuste (parientes, vecinos, pareja, conocidos, compañeros de trabajo, profesionales, terapeutas, miembros de instituciones religiosas, etc.), lo que justifica un análisis centrado en alguno de esos ámbitos, como el trabajo de Anía y cols. (1996) en cuanto al apoyo social a los ancianos asistidos de una residencia mixta de pensionistas.

En general, la información que proporciona el tamaño de una red social resulta insuficiente para evaluar la importancia que posee esa red en el ajuste de sus miembros. En distintos trabajos sobre cohesión familiar se ha observado que el tamaño de la red social no predice el ajuste familiar (Hobfoll y cols. 1986; Sarason y cols., 1987). Tan sólo cuando se contabiliza, exclusivamente, el número de las personas verdaderamente próximas y de confianza para el sujeto se observan correlaciones entre esa magnitud y el ajuste psicosocial (Norbeck y cols., 1981; Blazer y Kaplan, 1983; Cohen y cols., 1985; Vaux y cols., 1986).

En este sentido Laireiter y Baumann (1992) afirman que la estructura crítica es la zona íntima de la red personal y por tanto la influencia en la salud es más acentuada cuanto más identificamos el tamaño de la red con el número de los miembros más íntimos y de mayor confianza. Estos autores dudan de que una medida global del tamaño de la red deba correlacionar con el ajuste del individuo señalando la importancia que tienen los miembros de la red emocionalmente muy próximos.

La densidad de una red constituye otra variables estructural que tradicionalmente ha recibido abundante atención en la literatura científica. La densidad hace referencia a "la proporción entre los lazos posibles y los lazos existentes entre los miembros de la red" (Hirsch y cols., 1990; Olea y Prieto, 1995).

Ya Durkheim (1902 y 1960) sugería que una estructura social que favoreciera la interconexión entre sus miembros contribuiría al bienestar de éstos. Desde la perspectiva estructural se ha pretendido comprobar esta afirmación mediante el concepto de densidad; sin embargo, no siempre se observa que una mayor densidad en la red social proporcione mayor bienestar en el individuo (Fisher, 1977; Hirsch, 1980; Wilcox, 1981; Kadushin, 1982; Hirsch y cols., 1990).

En general, los distintos autores asumen que la densidad será óptima y contribuirá al bienestar del individuo en función de determinadas circunstancias. Entre estas circunstancias destacan: el estatus socio-económico (Fisher, 1977), la presencia de relaciones significativas dentro de la red social (Kadushin, 1982), la interconexión entre los distintos "mundos" del individuo dentro de su red social (Hirsch, 1980; Wilcox, 1981), o la orientación del individuo hacia el mantenimiento del status que tiene o hacia el cambio (McLahan y cols., 1981; Hirsch y cols., 1990).



1.1.4. ESTRUCTURA DEL APOYO SOCIAL EN LA TERCERA

EDAD

El estudio de las consecuencias que tienen para las personas el mantenimiento de relaciones sociales ha cobrado en los últimos años entidad propia, configurando diversas líneas de investigación que se agrupan bajo el término de "apoyo social".

Los espectaculares hallazgos del trabajo longitudinal realizado por Berkman y Syme (1979) pusieron de evidencia la relación inversa entre recursos sociales y mortalidad. Este trabajo corroboró lo que señaló Cassel (1974) de que las relaciones sociales próximas tienen una función protectora contra la enfermedad. Estos resultados constituyeron algunos de los más importantes detonantes para numerosos trabajos posteriores que trataron de indagar estos benefactores efectos. Además, las implicaciones asistenciales que se asocian a estos hallazgos han conducido a algunos autores (Heller y cols., 1986) a afirmar que la gran popularidad del apoyo social se debe a que las relaciones sociales próximas pueden constituir un valioso recurso. Dicho recurso puede a veces sustituir, la red asistencial pública que tiene que afrontar las necesidades de ciudadanos que, como ocurre con las personas mayores, están incrementando tanto en número como en sus necesidades y exigencias (Olea y Prieto, 1995).

Todo ello se refleja en los trabajos que se han efectuado con grupos de personas mayores. Además de los motivos que ya se han mencionado, la población de edad avanzada presenta ciertas peculiaridades de interés para los estudiosos del apoyo social.

En primer lugar, existe evidencia empírica que señala que las personas de más edad tienen mayores posibilidades, respecto a otros grupos de edad, de perder relaciones sociales de apoyo debido tanto a sucesos que frecuentemente ocurren a estas edades (jubilación, viudedad, institucionalización, etc.) como a características personales tales como estado de salud o bajo nivel de recursos educativos. Todo ello supondría que, potencialmente, las personas ancianas contarían con menos recursos para afrontar un período de la vida en el que hay que resolver nuevas situaciones y demandas ambientales, siendo algunas de ellas difíciles y estresantes (Fernández-Ballesteros y cols., 1992).

En segundo lugar, el progresivo incremento de la población anciana y, sobre todo del sector de más edad (la denominada "cuarta edad"), ha ocasionado el desarrollo de programas y estrategias que faciliten su atención por parte de allegados ("redes informales de apoyo"), complementándose así la red asistencial ("redes formales de apoyo") disponible para esta población (Fernández-Ballesteros y cols., 1992).

Tanto los resultados de los trabajos como la realidad social han contribuido al desarrollo y aumento del interés en el estudio del Apoyo Social en la tercera edad.

1.1.4.1. Redes de Apoyo Social en la Tercera Edad

En muy diversos lugares (Patterson y cols., 1982; Souto y cols., 1984) se ha definido la tercera edad como una etapa de la vida caracterizada por la diversidad de pérdidas tanto personales como

sociales. Más concretamente, diversos trabajos, como el de Carstensen (1990), ponen de relieve que durante esta edad se produce un notable descenso de la actividad social. Sin embargo, una menor tasa de contactos sociales no debe identificarse con la inexistencia de redes sociales proveedoras de apoyo.

El origen de tal asociación (alta tasa de actividad social-relacionada con un elevado apoyo social) se debe, en gran medida, a la confusión de diversos términos relacionados, todos ellos, con los recursos provenientes de las relaciones sociales (Díaz Veiga, 1987; Carstensen, 1990).

Así, mientras que *la actividad social* hace referencia a la frecuencia de contactos sociales, *las redes sociales* indican las características estructurales, el tamaño o número de relaciones, la frecuencia del contacto, la proximidad física y densidad, entre otras, de las relaciones mantenidas por una persona. Por lo que *el apoyo social* constituye la ayuda (emocional, instrumental, etc.) que para el individuo se deriva de un determinado entramado o red social. En este sentido tanto Melin y Gotestam (1981), como posteriormente Carstensen (1986), señalaron la relativa independencia entre el mantenimiento de relaciones sociales y la provisión de apoyo, indicando las limitaciones que para el incremento del apoyo tienen las intervenciones dirigidas exclusivamente a favorecer los intercambios sociales.

Por otro lado, no existe evidencia empírica suficiente que explique adecuadamente las relaciones entre las características

estructurales de las redes sociales (tamaño, grado de cohesión, etc.) y las funcionales (provisión de apoyo). Tal y como sugieren Dimond y cols. (1987), todavía se necesita esclarecer en qué medida aspectos estructurales de la red social (el tamaño, por ejemplo) determinan la percepción de afinidad, confianza y/o ayuda mutua.

Si bien, tal y como se indicaba anteriormente, existe evidencia empírica sobre una menor actividad social de las personas mayores, y además que están sometidos a sucesos vitales asociados a la pérdida de relaciones sociales relevantes (la viudedad, por ejemplo). Sin embargo en la literatura se señala la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo entre la población anciana.

Así, distintos estudios coinciden en señalar que son los hijos los principales proveedores y receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e instrumental (ayuda financiera, ayuda para las labores de la casa) recibido y/o proporcionado por las personas de edad (Sussman, 1976). Sin embargo, las normas y valores de las distintas culturas de las que proceden los estudios dan como resultados ciertas diferencias. Así, por ejemplo, las grandes distancias que en Estados Unidos separan los lugares de residencia de padres e hijos conlleva que las personas mayores norteamericanas cuenten con sus vecinos con más frecuencia que en otros países. En este mismo sentido, los europeos mantienen más intercambios de apoyo emocional con sus hijos que las personas mayores asiáticas y africanas (Fleishman y Shmueli, 1984). Dichos autores también señalan que la población anciana no cuenta con personas que le proporcionen ayuda para la vida

diaria. En este mismo trabajo, algo más de la mitad de los encuestados (58%) consideran que los hijos constituyen las principales fuentes de ayuda. Los amigos y los vecinos juegan un papel relevante para grupos menores de informantes (24% y 38%, respectivamente).

Los datos existentes indican que, para las personas de edad, la familia y los amigos constituyen los dos focos más importantes de recursos sociales, como ya señalaba Díaz Veiga en 1985. No está tan claro, sin embargo, si las características y funciones de las redes sociales de las personas mayores son diferentes de las de otros grupos de edad.

Generalmente se considera que las personas de edad, en virtud de las pérdidas que sufren cuentan con unas redes sociales integradas por menos número de miembros que las de los individuos de menos edad (Minkler, 1985). Por otro lado, dada la escasa movilidad de las personas mayores, se espera que estos cuenten con relaciones sociales accesibles a su residencia y que mantengan con ellas contacto frecuente. Además, las múltiples y variadas necesidades de esta etapa de la vida justificarían que las personas mayores recibiesen más ayuda de la que brindan.

En resumen, los datos obtenidos confirman la relevancia de la familia para la prestación de apoyo entre las personas de edad. Los amigos parecen ser, asimismo, un recurso valioso para los sujetos ancianos de este y otros estudios similares (Díaz Veiga, 1985). El último hallazgo que indica la existencia de cierta reciprocidad en el intercambio de apoyo y, dada la naturaleza transaccional del estudio,

hace pensar a los autores que las personas mayores tratan de mantener intercambios con individuos que les son próximos (en el espacio y/o en el tiempo) durante el mayor tiempo posible, prefiriendo a los individuos que han formado parte de su biografía personal (por ejemplo, familiares). Esto ocurre cuando el intercambio recíproco con personas que constituyen el entorno social próximo no es posible debido a problemas de autonomía y/o salud.

Sin embargo, en este trabajo no se confirman, algunas de las hipótesis que caracterizan la red de apoyo de las personas mayores respecto a la de individuos más jóvenes. Los autores esgrimen, entre otras razones, las características de la muestra ("dividida" en base a grupos de edad) a la hora de explicar alguno de los resultados obtenidos.

En otro trabajo, Antonucci y Akiyama (1987) han intentado poner a prueba estas y otras hipótesis sobre las redes sociales de las personas de edad. El estudio se efectuó con una muestra de 719 sujetos pertenecientes a tres grupos de edad distintos (de 50 a 64, de 65 a 74 y de 75 a 95). Todos los participantes debieron contestar a preguntas relativas a características estructurales (tamaño, frecuencia de contacto, tipo de relación: hijo, nieto, etc.) y funcionales (tipos de apoyo -se utilizaron seis categorías de apoyo emocional- proporcionado y/o recibido) de su red social. Los hallazgos informados por los autores indican la inexistencia de diferencias entre los distintos grupos de edad en el número de relaciones mantenidas. En segundo lugar, los familiares (cónyuges y/o hijos) constituyen los integrantes más comunes

en las redes sociales de todos los grupos de edad; las personas mayores informaron contar con un número significativamente mayor de amigos en su red social respecto a grupos de edad más jóvenes. Por último, el grupo de más edad informó proporcionar menos apoyo que los otros integrantes de la muestra, pero no se detectaron diferencias intergrupos en el número de categorías de apoyo recibido.

Trabajos posteriores (Antonucci y Jackson, 1990) se han interesado por el análisis diferencial del apoyo proporcionado por familiares y/o amigos. Estos autores mantienen que la ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas. Sin embargo, el apoyo prestado por amigos sirve para reforzar relaciones sociales mutuamente provechosas y contribuye, además, a favorecer la integración social del individuo anciano que conserva su autonomía personal.

Concluyendo, la información aportada en este apartado permite rechazar la extendida opinión de que las personas mayores son abandonadas por sus familias. Los trabajos realizados muestran la relevancia que dan los ancianos a sus relaciones familiares como fuentes de ayuda para su funcionamiento diario. Por otro lado, los amigos constituyen también un recurso social valioso para mantener la integración social de las personas de edad.

1.1.4.2. Estrategias de Evaluación del Apoyo Social en la Tercera Edad

La ya mencionada relación positiva entre el número y calidad de las redes sociales de los ancianos y el estado general de salud de los mismos lleva a considerar la importancia de la evaluación tanto de las redes sociales como del apoyo social que proporcionan, por lo tanto, en este apartado se describirán las estrategias de evaluación y medida del apoyo social en los sujetos de la tercera edad.

Los *modelos de redes sociales* han sido empleados en numerosas áreas de la sociología, psicología y antropología. A la hora de estudiar la necesidad de cuidados de salud, la falta de apoyo social ha sido asociada con un aumento del riesgo de la mortalidad, al retraso de la recuperación de la enfermedad, aumento de la pobreza moral y de los problemas de salud mental (Lowenthal y Haven, 1968; Berkman y Syme, 1979; Lin y cols., 1979; Bowling y Charlton, 1987; Cohen y cols., 1987; Maes y cols., 1987; Seeman y cols., 1987; Olea y Prieto, 1995; Lázaro y cols., 1995).

Cualquiera que sea la naturaleza del estudio y del grupo de edad estudiado, la medida de las redes sociales y del apoyo social está cargado de dificultades, además las medidas del apoyo social no han sido totalmente baremadas en lo que se refiere a validez y fiabilidad.

Las redes sociales y el apoyo social son dos conceptos diferentes. El análisis de redes fue desarrollado originalmente por sociólogos y antropólogos sociales, aunque los recientes avances

metodológicos en este área se ha desarrollado por los psicólogos sociales (Mitchell y Trickett, 1980). Inicialmente los sociólogos creían que las características de la red social tenían el suficiente poder explicativo de la conducta social de la gente a la que involucraban (Mitchell, 1969). En la actualidad el sistema de organización más aplicable al estudio del apoyo social deriva de la teoría de las redes sociales. Esto describe las transacciones entre los individuos. Cada individuo es un nódulo en la red y cada intercambio un eslabón. Las redes son definidas como el tejido de identificación de las relaciones sociales que rodea a un individuo y las características de aquellos enlaces. Es la gente con la que un sujeto mantiene contactos y tiene alguna forma de vínculo social.

Varias características de las redes aparecen como relevantes en términos de apoyo. Primero, la gente debe tener conexiones con otra gente (redes) con el fin de recibir apoyo social, pero las conexiones sociales no garantizan el acceso al apoyo social. Otras dimensiones relevantes son:

- *Tamaño* : el número de gente que manteniendo contactos sociales; que puede incluir aquellos que sólo son utilizados cuando son necesarios.
- *Dispersión geográfica* : las redes varían desde las confinadas a una casa, aquellas de un sólo vecindario y las que están ampliamente dispersas. La facilidad del transporte puede influenciar la frecuencia del contacto.

- *Densidad/integración* : la extensión en que los miembros de la red están incluidos en otras redes.
- *Composición y homogeneidad de los miembros* : amigos, vecinos, niños, etc.; similitudes entre los miembros respecto a la edad, status socio-económico, entre otros.
- *Frecuencia de contacto entre los miembros.*
- *Fuerza de los vínculos* : grado de intimidad, reciprocidad, expectativas de durabilidad y disponibilidad, intensidad emocional.

Estas características estructurales de las redes influirán en: la satisfacción con la red y las percepciones de ella y el apoyo/ayuda obtenido.

Teniendo en cuenta la importancia de la red y del apoyo en la salud de los ancianos, pasamos a continuación a la descripción de los instrumentos de medida del apoyo social.

1.1.4.3. Instrumentos de Medida del Apoyo Social

Se presenta en este apartado un breve resumen de los instrumentos más utilizados para medir el apoyo social a modo ilustrativo.

La selección de las medidas disponibles del apoyo social ha sido revisada por Payne y Graham-Jones (1987). Estos autores afirman que

existen medidas que pueden medir de forma razonable el apoyo social pero hay que tener cuidado porque algunas de ellas sufren de la falta de criterios de validez.

A continuación (Tabla 1.2) se presenta un amplio número de instrumentos de medida del apoyo social así como los autores encargados de su elaboración; en esta tabla se ha diferenciado entre los instrumentos que más se utilizan en todo tipo de poblaciones y los que se aplican más concretamente a la población de tercera edad.

Se debe tener en cuenta que algunas de las medidas más generales del estado de salud y de la calidad de vida incluyen ítems referentes a la evaluación del apoyo social y de las actividades, como ocurre por ejemplo con el Instrumento de Recursos y Servicios Sociales Americanos para la Vejez, también conocido como OARS (Older Americans Resources and Services Instrument).

En la misma tabla se puede observar que existe una gran cantidad de instrumentos que intentan evaluar el apoyo social, su gran variabilidad y amplitud nos permite escoger el más adecuado en cada caso para cada población.

Así mismo, se pone de manifiesto que, en general, los instrumentos de más reciente aparición están dedicados sobre todo a la evaluación del apoyo social en todo tipo de poblaciones, más que a la tercera edad de forma particular.

Tabla 1.2. Instrumentos de medida del apoyo social más utilizados

INSTRUMENTO	AUTOR
UTILIZADOS EN TODO TIPO DE POBLACION	
- Perfil de Análisis de la Red	Cohen y Sokolovsky (1979)
- Cuestionario de Evaluación de Redes Sociales	Froland y cols. (1979)
- Plan de Evaluación del Comportamiento Social	Platt y cols. (1980)
- Plan de Entrevista para la Interacción Social	Henderson y cols. (1980)
- Inventario de Comportamientos Apoyados Socialmente	Barrera(1981)
- Plan de Entrevista de Apoyo Social de Arizona	Barrera (1980; 1981)
- Índice de Relaciones Familiares	Moos y Moos (1981) y Billing y Moos (1982)
- Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos	Procidano y Heller (1983)
- Cuestionario de Apoyo Social	Sarason y cols. (1983)
- Escala de Red Social	Stokes (1983)
- Lista de Evaluación de Apoyo Interpersonal	Cohen y cols. (1985)
- Escala de Apreciación de Apoyo Social	Vaux y cols. (1986)
- Escala de Comportamientos de Apoyo Social	Vaux y cols. (1986)
UTILIZADOS PRINCIPALMENTE EN LA TERCERA EDAD	
- Escalas de rol de actividades	Havighurst y Albercht (1953)
- Índice de Apoyo Mutuo	Kerckhoff (1965)
- Batería de Estructura Familiar y Contactos	Shanas y cols. (1968)
- Escala de Medición de Disfunciones Sociales	Linn y cols. (1969)
- Índice de Cambios entre las Generaciones	Hill (1970)
- Batería de Estructura Familiar y Contactos	Lopata (1972)
- Día Habitual	Schonfield (1973)
- Puntuaciones de Actividades Futuras	Schonfield (1973)
- Índice de Cambios de Apoyo y Asistencia	Harris (1975)
- Inventario de Interacción Social	Sherwood y cols. (1977)
- Family APGAR	Smilkstein (1978)
- Escala de Recursos Sociales OARS	Duke University (1978)
- Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores	Díaz Veiga (1985)

1.1.5. BIENESTAR PSICOLOGICO EN LA TERCERA EDAD

Aun siendo un término de uso frecuente en el campo de la psicología y otros campos afines, el *bienestar psicológico* adolece de una adecuada claridad conceptual. Por ello parece que sea conveniente comenzar planteando la siguiente pregunta: ¿a qué nos referimos al hablar de bienestar psicológico o subjetivo?.

Los primeros estudios sobre *bienestar psicológico* tendían a buscar criterios de bienestar externos al propio individuo, especialmente indicadores objetivos de salud mental (Hollingshead y Redlich, 1958). Posteriormente, se pasó a considerar el bienestar como un concepto complejo que explicaba cómo las personas experimentan afectivamente su propia vida a lo largo de un continuo que va desde lo más positivo hasta lo más negativo (Okun y Stock, 1987). De esta forma el bienestar psicológico adquiere un carácter subjetivo y, por ello, los teóricos comienzan a utilizar criterios o indicadores de bienestar que son, a su vez, subjetivos. Entre estos, se encuentran términos como la *felicidad*, la *satisfacción con la vida* y el *estado de ánimo*, considerados como conceptos subordinados al que se considera concepto más general de bienestar.

Con respecto al significado de estos conceptos, ya tradicionales, se puede señalar que la *felicidad* fue el primero en ser utilizado como indicador de *bienestar* (Gurin y cols., 1960). El término de *felicidad* se refiere, principalmente, a una respuesta de tipo afectivo o emocional carente de componentes cognitivos, es decir, sin referencia a juicio o valoración alguna por parte del individuo.

Por lo que se refiere al término *satisfacción con la vida*, este se ha utilizado para significar la valoración o respuesta de tipo cognitivo que, sobre su propia vida, realizan las personas o lo que es lo mismo, la valoración global de la propia existencia basada en la comparación entre las aspiraciones y los logros conseguidos. Más específicamente, el análisis de este concepto se ha basado en gran medida en un estudio pionero que pretendía analizar el significado de la satisfacción con la vida. Para indagar sobre tal significado se preguntó a investigadores y clínicos sobre el concepto de *resistencia o fortaleza psicológica* de los ancianos (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961). Las opiniones de estos expertos sobre dicho aspecto psicológico proporcionaron cinco dimensiones: ánimo versus apatía, resolución y fortaleza, adaptación, autoconcepto y humor.

Por último, el *estado de ánimo* es un concepto menos definido que, a diferencia de los conceptos anteriores, ha generado escasos trabajos para determinar su validez como indicador del bienestar. Por otra parte, este término ha sido utilizado para designar el concepto más complejo de bienestar psicológico, por lo que, se está considerando como un concepto complejo en el que se incluirían los múltiples aspectos del bienestar (George, 1979). Como ilustración de esta idea, la denominada "Escala de Estado de Animo de Filadelfia" elaborada por Lawton (1972), probablemente la escala de evaluación más conocida en este área, tenía como objetivo inicial, evaluar el bienestar psicológico de los ancianos desde un enfoque multidimensional, como oposición a otros instrumentos que partían de una perspectiva unidimensional en este área.

A la vista de todo lo anterior, y con el objeto de presentar una mayor clarificación, sería deseable, como el propio Lawton (1982) afirma, no utilizar dentro del campo del bienestar psicológico el término de estado de ánimo.

Una vez revisados estos tres conceptos clásicos de bienestar, vigentes durante las décadas de los años 1960 y 1970, se plantea la cuestión de cuáles son las dimensiones de bienestar psicológico más aceptadas actualmente.

Desde principios de los años 80, se han realizado distintas investigaciones y trabajos que han permitido un sustancial avance en la conceptualización del bienestar psicológico. Otros autores también han contribuido a su desarrollo como son: Sauer y Warland (1982), Lawton, Kleban y DiCarlo (1984), Horley (1984), Liang (1985), Stock y cols. (1986) y Okun y Stock (1987). Todos ellos proponen las siguientes dimensiones del bienestar psicológico: la congruencia, la felicidad, el afecto negativo y el afecto positivo (Lawton y cols., 1984; Liang, 1985; Stock y cols., 1986).

Concretamente, George (1981) señala que las dimensiones se distinguirían entre sí y podrían ser descritas según dos criterios: la naturaleza cognitiva versus afectiva y el tiempo de referencia.

Respecto a los criterios anteriores, mientras que tiempo de referencia es un término que no precisa apenas aclaración, sí merece la pena realizar algunas precisiones, aunque sea brevemente, respecto al criterio de naturaleza cognitiva versus afectiva.

La distinción cognición/afecto procede de las teorías cognitivas de la emoción (Schulz, 1982) y ofrece un marco de referencia útil para el estudio de las dimensiones del bienestar psicológico. En concreto, desde las teorías cognitivas de la emoción, la cognición refleja los conocimientos y creencias de una persona acerca de un objeto (en este caso, de la propia trayectoria vital), características del objeto y relaciones de éste con otros objetos. Esta cognición media, además, tanto en los estados internos del bienestar, cuando una persona hace un juicio acerca de su estado afectivo, como en su manifestación más externa (Stock y cols. 1986).

El afecto, por su lado, incluye preferencias y aversiones, expresiones de agrado y desagrado y sentimientos. También, se ha considerado que el afecto implica un alto arousal, es decir, una alta activación neurológica y fisiológica que correlaciona con cambios de comportamiento, al mismo tiempo que depende de una percepción de control sobre las transacciones con el ambiente y de los resultados de estas transacciones (Zautra y Recich, 1983).

De acuerdo con esta diferenciación entre cognición y afecto, la dimensión de congruencia puede ser vista como una dimensión cognitiva, mientras que las dimensiones afecto positivo y negativo son dimensiones afectivas y la dimensión felicidad, por último, incluiría tanto aspectos afectivos como cognitivos.

De esta forma, la congruencia sería equivalente a lo que anteriormente se ha definido como *satisfacción con la vida*. Concretamente, se refiere a la valoración que hace la persona sobre el

grado en que ha conseguido los objetivos deseados en su vida, la congruencia entre objetivos y aspiraciones. Por lo tanto, las experiencias previas de la vida anterior tienen una notable influencia en esta dimensión. Resumiendo, este aspecto del bienestar denota una actividad o proceso principalmente cognitivo, antes que un estado afectivo, referido además al transcurso de la vida y no sólo al momento presente.

Por su parte, la dimensión de felicidad, se referiría tanto a un estado afectivo positivo duradero como a una valoración cognitiva de tal estado, esto es, la felicidad incluye aspectos afectivos y cognitivos, ya que requiere procesos cognitivos. Además, al igual que la congruencia, hace referencia a una duración prolongada en el tiempo. A diferencia de la congruencia y la felicidad, las restantes dos dimensiones de bienestar se refieren a un espacio de tiempo breve, esto es, a estados transitorios. El *afecto positivo* hace referencia a un sentimiento transitorio de satisfacción, el cual es más un estado afectivo o emocional que un juicio cognitivo. Por último, el *afecto negativo* sería también un sentimiento transitorio que, contrariamente al anterior, incluiría síntomas de desajuste psicológico tales como agitación, ansiedad, pesimismo, depresión, etc.

Como puede deducirse de lo anteriormente expuesto, por una parte existe acuerdo en no considerar al bienestar psicológico como una entidad unidimensional sino que, por el contrario, debe entenderse como un concepto complejo y múltiple, como una entidad de orden superior, integrada a su vez por unidades de orden inferior

subordinadas al concepto general de bienestar. Más aún, la investigación mediante análisis factorial confirmatorio ha demostrado que existe relación entre cuatro dimensiones de primer orden como las anteriormente mencionadas: congruencia, felicidad, afecto positivo y afecto negativo, debido a su común dependencia con un factor que engloba todas ellas, factor de segundo orden, y que se identificaría con el bienestar psicológico (Liang, 1985).

Por otra parte, parece existir consenso en considerar que el bienestar puede definirse en términos principalmente afectivos, aunque también incluya componentes cognitivos. No obstante, se mantienen actualmente deficiencias conceptuales en relación con la dimensionalización del bienestar, lo que, a su vez, determina el que la evaluación y medición de este aspecto se vea limitada. Por último, como ponen de relieve diferentes autores (Stones y Kozma, 1980; Sauer y Warland, 1982), es necesario reconocer la carencia de intentos sistemáticos para integrar los distintos componentes del bienestar psicológico dentro de un marco conceptual en el áreas de las ciencias sociales.

Por tanto, la definición del concepto de bienestar y sus dimensiones plantean la necesidad de resolver aspectos teóricos y metodológicos con la finalidad de clarificar, y conocer sus implicaciones y favorecer la comunicación en la comunidad científica (George, 1979; Horley, 1984). Así como la posibilidad de examinar hipótesis relacionadas con el papel que los diferentes aspectos juegan en el bienestar, realizar una evaluación más precisa de las necesidades

personales y valorar intervenciones dirigidas al aumento del bienestar (Montorio e Izal, 1992; Steiner y cols., 1996).

En relación con todo esto, y con el objeto de clarificar hasta donde sea posible los aspectos que definen el bienestar entre las personas mayores, a continuación se exponen brevemente los principales hallazgos procedentes de numerosos trabajos sobre el bienestar psicológico en la edad avanzada. Para ello, a efectos de una mayor claridad, se ha partido de una clasificación de tales trabajos basada en las diferentes estrategias utilizadas al estudiar el bienestar.

1.1.5.1. Estrategias de Estudio del Bienestar Psicológico en la Tercera Edad

En el estudio del bienestar se han utilizado principalmente dos tipos de estrategias. Por una parte, se ha tratado de determinar qué dimensiones son las que constituyen el bienestar psicológico, para lo cual se ha utilizado el análisis factorial. Por otra parte, diversos estudios han intentado examinar el impacto que distintas variables, tanto personales como ambientales, pueden tener sobre el bienestar. El objetivo principal de esta última perspectiva de trabajo es establecer la influencia o peso de determinadas variables en el bienestar psicológico, para lo que se ha empleado una estrategia de tipo correlacional, utilizando, fundamentalmente, análisis de regresión. Se exponen a continuación los principales resultados de los trabajos realizados según estos dos enfoques.

ESTRATEGIA FACTORIAL : en los aproximadamente 40 años de historia con que cuenta la investigación sobre este tema se ha realizado un número limitado de estudios. Los datos han sido recogidos a partir de instrumentos de evaluación del bienestar psicológico (Okun, 1987). A finales de los años 80 tan sólo se encuentran 19 estudios centrados en el análisis factorial. Diez de estos estudios utilizan solamente una escala: seis de ellos el Índice de Satisfacción con la Vida (LSI) de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) y otros cuatro la Escala de Estado de Animo Filadelfia (PGC) de Lawton (1972), mientras que los nueve estudios restantes se basan en más de una escala.

De los estudios anteriores se concluye que por lo que respecta a los factores identificados a partir del Índice de Satisfacción con la Vida (LSI), no todas las dimensiones que originalmente se propusieron como integrantes de esta escala: *ánimo versus apatía; resolución y fortaleza; adaptación; autoconcepto y tono de humor*, se ven confirmadas por los resultados de los análisis factoriales. Tan sólo los factores de *ánimo, adaptación y tono de humor* parecen persistir en distintos estudios (Adams, 1969; Liang, 1984).

En cuanto a la escala de Estado de Animo Filadelfia (PGC), originalmente se hallaron seis factores pero tras distintos estudios factoriales tan sólo se han encontrado consistentemente los factores de *actitud hacia el propio envejecimiento, agitación e insatisfacción con la soledad* (Morris y Sherwood, 1975; Lawton, 1975; Liang y Bollen, 1983). En un estudio reciente en nuestro país, realizado por Montorio (1990), utilizando esta escala, se obtuvieron factores en gran parte

similares a estos últimos; así se identificaron los factores *agitación*, que hace referencia a elementos que evalúan ansiedad, *actitud hacia el propio envejecimiento*, que se relaciona con la evaluación del cambio o ausencia de cambio autopercibido cuando se envejece y cómo se valoran estos cambios, y *satisfacción*, que se refiere a la aceptación versus insatisfacción con la vida y al grado en el que existe humor disfórico. Además, en este estudio se encontró un cuarto factor que no aparece en otras investigaciones y que ha sido denominado *aprensión*, en el que tendrían gran peso elementos que hacen referencia a falta de energía y miedo al futuro.

Resumiendo, los resultados de análisis factoriales en los que se han incluido varias escalas de evaluación del bienestar sugieren la existencia de dos factores principales que compondrían el bienestar psicológico: el *afecto positivo* y el *afecto negativo* (Liang, 1985). Si además se acepta que la valoración que conllevan determinados elementos del bienestar, como por ejemplo la *felicidad* y la *congruencia*, propuestas por Liang, suponen un proceso cognitivo, esto debería ser considerado como un tercer factor (Stock y cols., 1986).

ESTRATEGIA CORRELACIONAL : este tipo de estrategia tiene una doble finalidad, en primer lugar, determinar si existen diferencias en el bienestar psicológico debidas a la edad, y en segundo lugar, analizar cuáles son los factores o determinantes de cualquier orden que se asocian a un mayor bienestar, es decir, qué aspectos personales o del entorno inmediato determinan el nivel de bienestar de un anciano.

Por lo que respecta a la primera cuestión, la evidencia empírica pone de relieve que la edad está escasamente asociada al bienestar psicológico (Larson, 1978). Sin embargo no existen diferencias importantes en la naturaleza y grado de bienestar psicológico que experimentan personas de distintas edades. Así, puede afirmarse que las dimensiones o aspectos que conforman el bienestar permanecen invariantes en las diferentes edades (Carp y Carp, 1983) y que, además no se han encontrado diferencias sustantivas en el grado de bienestar experimentado por distintos grupos de edad. En este sentido, puede considerarse ilustrativo un estudio que, en síntesis, viene a mostrar que, aunque la probabilidad de que los ancianos se valoren a sí mismos como "muy felices" es menor comparativamente con los grupos más jóvenes. Los ancianos manifiestan, en conjunto, un nivel general de satisfacción con la vida más alto (Campbell y cols., 1976).

A pesar de lo anteriormente expuesto, de acuerdo con Okun (1987), la edad no debe ser relegada a un mero criterio a la hora de seleccionar la muestra de personas sobre las que realizar un estudio o simplemente ser utilizada como variable control. Por el contrario, sería especialmente interesante estudiar cómo las personas mayores mantienen su bienestar psicológico a pesar de la disminución objetiva en los recursos (salud, ingresos económicos, etc.) de que disponen. Por lo que analizar la evolución de los determinantes del bienestar psicológico con el paso del tiempo y en concreto en función de la edad podría ayudar a comprender sus componentes a través del tiempo, aunque como se expondrá la edad no parece incidir sobremanera (George y cols. 1985). En relación con este último aspecto, existe un

gran número de variables que han sido utilizadas como correlatos del bienestar psicológico. Entre ellas podemos destacar los *aspectos sociodemográficos*, el *nivel de actividad*, los *estilos de logro*, la *salud*, el *apoyo social*, la *depresión* y las *características del ambiente físico y social* (Montorio e Izal, 1992).

En este sentido, la mayor parte de los estudios que contemplan la posible influencia de distintos aspectos sobre el bienestar psicológico en los ancianos han puesto de relieve que éste se ve influido por aspectos tales como la salud, el estatus socioeconómico, la educación, la ocupación previa, la práctica religiosa, el grado de interacción social, el estado civil, el tipo de alojamiento (vivienda propia, residencia, ...) y la disponibilidad de transporte (Larson, 1978; Stock y cols., 1985). En general, por lo que respecta al peso de las distintas variables en la explicación del bienestar se puede señalar que el bienestar psicológico es independiente del sexo y la edad y que otras variables relacionadas con los roles sociales como el estado civil y la ocupación, tienen tan sólo una débil influencia sobre el mismo. Otros aspectos, tales como el estatus económico social, los ingresos económicos, mantienen una correlación modesta con el bienestar psicológico. También ocurre esta relación con las variables relativas a lo que se ha denominado *estilo de vida* como la actividad social y la práctica religiosa, entre otras.

Por último, puede afirmarse que la salud es el predictor más importante de bienestar psicológico. Respecto a este último factor hay que señalar que la salud percibida por el propio individuo es un predictor más potente de bienestar psicológico que la salud valorada

por el médico. Así se ha comprobado que hasta un 16% de la varianza del bienestar psicológico puede estar explicada por la salud percibida (Okun, 1987).

Existe, además, otro reducido grupo de estudios que, utilizando también una estrategia correlacional, han obtenido sugerentes resultados acerca de la influencia sobre el bienestar de otros factores menos habituales. Así, se ha demostrado que un aspecto como la *planificación hacia el futuro* es relevante en el estudio del bienestar. Concretamente, se ha encontrado que los ancianos que realizan planes para los años futuros manifiestan tener una satisfacción más alta (Dickie y cols., 1979), lo cual es congruente con los estudios en los que se muestra cómo planificar el futuro está asociado positivamente a una buena adaptación en el presente (Spence, 1968; Schonfield, 1973).

Asimismo, se ha encontrado que el *estilo de logro* es un buen predictor de bienestar. Básicamente, se diferencian dos estilos de logro: directo e instrumental. El *estilo de logro directo* hace referencia a un estilo en el que prima el esfuerzo individual y la adquisición de una sensación de competencia. Mientras que el *estilo de logro instrumental* se refiere a un modelo de logro basado en la manipulación, la dependencia de la actuación de otros y la utilización de lo ya conseguido en el pasado. Se ha comprobado que este último estilo de logro puede conducir a hostilidad y rechazo por parte de personas cercanas y significativas, lo que desemboca en aislamiento, soledad y relaciones sociales deterioradas y, consecuentemente, en una disminución notable del bienestar psicológico (Die y cols., 1987).

Otro aspecto que ha demostrado su importancia en el bienestar psicológico de los ancianos es el *impacto de las condiciones ambientales*. En algunos estudios (McAuley y Offerle, 1983; Carp y Christensen, 1986) se ha demostrado cómo las características ambientales sociales y físicas influyen sobre la satisfacción de las personas mayores. Por ejemplo, la sensación de confort físico y social en instituciones para ancianos se asocia de forma positiva al bienestar psicológico (Namazi y cols., 1989).

De la misma forma, una característica ambiental física como es el tamaño de la residencia influyen en el bienestar, siendo éste mayor cuanto más pequeña es la residencia (Sherman y Newman, 1977; Namazi y cols., 1989). Esto puede explicarse porque las residencias más pequeñas son más parecidas al ambiente del propio hogar, se acomodan mejor a las necesidades sociales de los ancianos y permiten una personalización de la atención, e incluso porque, tal como ha sido puesto de relieve (Izal, 1990) cuanto menor es el tamaño de la residencia más positivo es su clima social.

Por lo que respecta a la relación entre bienestar y apoyo social, la evidencia empírica sugiere que la dimensión de apoyo social más relacionada con el bienestar psicológico vendría dada por la satisfacción de los ancianos con el apoyo social recibido. Es decir, una mayor satisfacción con la red social influye positivamente en los sentimientos subsiguientes de bienestar del anciano, tal y como expusieron Krause y cols. (1989).

Por último, el bienestar psicológico ha mostrado su relación con la *depresión*. Así, se ha encontrado que, a pesar de que un bajo grado de bienestar no implica necesariamente depresión, si existen datos que señalan una significativa asociación entre ambos (Gilleard y cols., 1981; Heiby, 1990). En un estudio en nuestro país (Montorio, 1990), se confirma esta asociación entre el nivel de depresión, medido a través de la Escala de Adjetivos para la Depresión (Lubin, 1967), y el bienestar psicológico (Escala de Estado de Animo Filadelfia: PGC). En este estudio se observó una estrecha e inversa relación entre las puntuaciones alcanzadas en ambas pruebas, es decir, cuanto mayor es el nivel de bienestar informado por los ancianos menor es el nivel de depresión que manifiestan. En el mismo estudio, al profundizar sobre qué dimensiones particulares del bienestar se asocian más estrechamente al nivel de depresión, se observa que los aspectos que se denominan *satisfacción* y *aprensión* son los mejores predictores de la depresión, correspondiéndose una mayor *satisfacción* y menor *aprensión* a menores niveles de depresión.

1.1.5.2. Dimensiones del Bienestar Psicológico en la Tercera Edad

Hoy en día existe acuerdo tanto en considerar la importancia del bienestar psicológico entre las personas mayores, como en que, en términos globales, el bienestar se refiere a percepciones individuales sobre la propia calidad de vida. También existe consenso en que el bienestar psicológico puede ser conceptualizado como una respuesta principalmente afectiva, aunque incluya parcialmente componentes

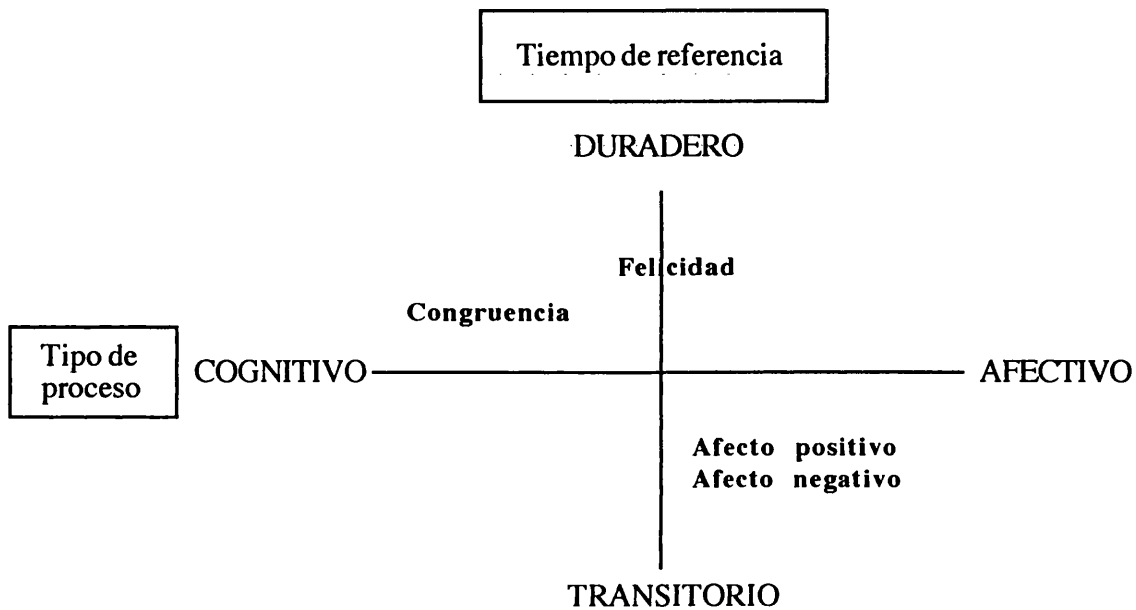
cognitivos, es decir, el bienestar psicológico hace referencia, fundamentalmente, a emociones y sentimientos de más o menos duración que los ancianos experimentan sobre la propia vida más que a un juicio, una valoración o reflexiones que pueden hacerse sobre la misma (Liang, 1985; Stock y cols., 1986).

Por otra parte, las distintas perspectivas en el estudio del bienestar (estrategias factorial y correlacional) han llevado a progresar en el estudio del bienestar a través de los hallazgos correspondientes en cada caso.

Desde la estrategia factorial, los resultados han sugerido la existencia de dos criterios básicos para dimensionalizar el bienestar: el tiempo de referencia y el tipo de proceso (Figura I.3). De manera que, finalmente, han quedado establecidas cuatro dimensiones que compondrían el bienestar:

- *afecto positivo* referido al bienestar transitorio de carácter afectivo o emocional.
- *afecto negativo* unido a la insatisfacción transitoria de carácter afectivo o emocional.
- *felicidad* como bienestar duradero que incluye principalmente un componente afectivo, aunque también una valoración positiva del mismo.
- *congruencia* entendido también como bienestar duradero que implica un juicio o valoración global sobre la propia vida.

Figura 1.3. Dimensiones del bienestar psicológico (Montorio e Izal, 1992)



La segunda perspectiva de estudio del bienestar psicológico, basada en la utilización de análisis correlacionales, ha proporcionado interesantes resultados. En primer lugar, ha puesto de manifiesto que las dimensiones que componen el bienestar psicológico son semejantes en cualquier edad, así como también, puede decirse que el bienestar experimentado por las personas tiende a ser estable durante la edad adulta incluyendo también la última etapa de la vida (Palmore, 1981), aunque, también, es necesario matizar que las percepciones de bienestar son sensibles a las circunstancias de la vida, p. ej., acontecimientos vitales (George, 1980; Elwell y Maltbie-Crannell, 1981).

En segundo lugar, las investigaciones que pretenden identificar qué factores influyen en que las personas mayores tengan un mayor o menor sentimiento de bienestar han permitido que hoy se conozca un buen número de ellos. Entre estos se pueden destacar la salud, percibida y objetiva, los estilos de vida, la realización de planes hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos como el estado civil, el tipo de ocupación, o los ingresos económicos.

Por otra parte, esta investigación indica que las percepciones subjetivas de las condiciones ambientales en las que vive un anciano son mejores predictores de bienestar que medidas más objetivas de tales condiciones de vida. Ahora bien, si es cierto que existe esta relación directa entre percepciones de determinadas circunstancias vitales y el grado de bienestar psicológico, no es menos cierto que las circunstancias más objetivas influyen sobre el bienestar de una forma indirecta mediante su impacto sobre las percepciones subjetivas (Liang, Kahana y Doherty, 1980). Así, por ejemplo, la valoración subjetiva de los propios recursos económicos parece ser mejor predictor del bienestar experimentado por un anciano que la propia situación económica real (Andrews y Withney, 1976; George y Landerman, 1984; George, 1990). También se ha apuntado el hecho de que, es más importante para el bienestar de los ancianos la satisfacción con las actividades sociales que realizan, que la cantidad de estas realizadas (Lomranz y cols., 1988).

Por todo ello, se debe tener en cuenta que, cualquier intervención dirigida a la mejora del bienestar de las personas mayores deberá contemplar la importancia de distintos factores, subjetivos y objetivos, personales y ambientales, en el sentimiento de bienestar. De esta manera, cualquier posible programa de intervención habrá de integrar acciones encaminadas a la mejora de los distintos aspectos implicados en este área. Sólo desde una amplia perspectiva será posible la mejora de algo tan complejo, y tan anhelado por el ser humano de cualquier edad, como es el sentimiento de bienestar (Montorio e Izal, 1992).

*1.2. LA CALIDAD DE VIDA
EN LA TERCERA EDAD*

1.2. LA CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

En este apartado se tratará el concepto de calidad de vida. En primer lugar se determinarán los orígenes del término y las definiciones más importantes. En segundo lugar se tratará su evaluación, dimensiones y concepto. Se analizará de forma detallada las variables que influyen en la calidad de vida y se estudiará, a su vez, cómo el poseer alta calidad de vida influye en una mejor salud general y una mejora en el estado funcional.

La importancia de la calidad de vida como una dimensión a tener en cuenta en todos los sujetos y principalmente en los de la tercera edad, hace que aparezca como una variable relevante a estudiar en esa población.

Como afirman Katz y Gurland (1991) y Lawton (1991), el estudio sistemático de la calidad de vida es, en gran parte, un fenómeno de la pasada década. Estos autores señalan que durante muchos años el concepto de calidad de vida fue visto como algo abstracto, suave y difícil de operacionalizar. Consecuentemente, fue pasado por alto, particularmente por la psicología.

Medidas de salud más concretas, como mortalidad, morbilidad, días de actividad restringidos, y estatus funcional se han usado para evaluar la efectividad y los costes de las intervenciones o para evaluar la calidad del cuidado, y los científicos sociales han puesto su interés en conceptos menos complejos como satisfacción con la vida, para elucidar los aspectos subjetivos de la vida.

Existe consenso entre los autores de que el reciente interés en el concepto de calidad de vida ha sido estimulado por asuntos éticos y de financiación asociados con la población anciana y el aumento concomitante en las enfermedades crónicas. Concretamente los ancianos mayores de 75 años, suponen una población de alto riesgo para sufrir enfermedades crónicas e incapacidad funcional, el aumento en el número de ancianos en la población presenta un cambio en los sistemas de cuidado de la salud que no están preparados para asumir.

Considerando lo anterior y la escasa vigencia temporal del término calidad de vida, resulta difícil realizar un enfoque histórico, en cuanto que es más actualidad que historia. Por lo tanto la única alternativa para su estudio es considerar, no el término en si mismo, sino la amplitud del concepto y los afines que le han precedido. Se hace necesaria la referencia a los conceptos de salud y bienestar que nos conducen a la calidad de vida actual, desde el punto de vista histórico.

1.2.1. APROXIMACION HISTORICA AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

El origen, aceptado de que la salud, el bienestar, la felicidad, son aspiraciones de logro innatas a la persona, habría que situarlo en el principio de la humanidad, en el primer hombre y mujer de la faz de la Tierra.

Aun considerando la diferencia conceptual de los términos salud y bienestar, en el enfoque histórico parecen inseparables, por lo que los trataremos conjuntamente.

El conocimiento de la salud en la antigüedad nos viene dado a través de los vestigios arquitectónicos o gráficos hallados hasta hoy, o las referencias contenidas en los libros religiosos. Ya en las primeras páginas del Génesis encontramos expresiones que hacen referencia al *bienestar* y a la *salud/enfermedad*: "Seréis como dioses" (aspiración a un mayor nivel de bienestar, a una mayor capacidad para la acción y logro de objetivos satisfactorios), "tuve miedo porque estaba desnudo", "parirás hijos con dolor", "ganarás el pan con el sudor de la frente hasta que vuelvas a la tierra" (miedo, vergüenza, dolor, sudor, muerte, tienen el significado de malestar, de enfermedad). Es esta la primera ruptura con la divinidad e incluso con la naturaleza, la pérdida de armonía, de equilibrio. En este mismo sentido puede ser interpretado el ying-yang de la antigua filosofía china; una búsqueda del equilibrio, del orden filosófico, físico y metafísico (Huard y Wong, 1959). Es esta una concepción de la salud que encontramos desde las civilizaciones antiguas hasta el siglo XIX, cuando aparecen las ciencias de la bacteriología y la inmunología (Polgar, 1983).

Dos hechos fundamentales deben ser considerados para entender la historia de la salud y el bienestar desde principios de la Edad Media hasta nuestros días. En primer lugar, la necesidad de los cuatro poderes (religión, ciencia, política y economía) actuando conjuntamente. En segundo lugar, el poder de la religión necesita una estructura que sirva

de vehículo, como la cristiana con una ya tradición monacal y el establecimiento de las órdenes religiosas.

El papel del cristianismo es de importancia primordial en el desarrollo de la salud y el bienestar, desde sus orígenes. Su doctrina centrada en el sentimiento y práctica de la caridad como medio fundamental para conseguir la salvación (estado de felicidad y bienestar completos) se traduce en el cuidado a los enfermos, a los menesterosos, a los más necesitados.

En la Edad Moderna, la Ilustración y la Revolución Industrial y Social, ofrecen el mejor campo para el desarrollo de la salud pública y el bienestar social. El incremento de la población urbana origina problemas como el desempleo, la pobreza, la vivienda, las enfermedades, tanto en Europa, como en América con una inmigración elevada, que deben ser abordados desde los poderes públicos, en nombre de la razón, el bienestar y la economía (Glaser, 1983). Así se atienden problemas que van desde el alcoholismo a las epidemias, desde la mortalidad infantil a la construcción de hospitales y dispensarios, desde la atención a los estudiantes, a la del mundo laboral, e incluso a la destrucción y reconstrucción de viviendas en los suburbios.

El vertiginoso incremento de los servicios de bienestar social tiene lugar en el siglo XX, y especialmente a partir de la tercera década, en los denominados países desarrollados. El desarrollo y potencialidad de los estados, junto con el crecimiento económico, da lugar a una mayor atención al bienestar social, incrementándose los servicios tanto cuantitativa como cualitativamente, y ofrecidos no

solamente a los más necesitados sino a la totalidad de la población. Es el momento adecuado para el nacimiento del término *bienestar*, en la tercera década de nuestro siglo, exigido por los individuos y las comunidades y posibilitado por los poderes político y económico.

Si el término *bienestar* nació con unas amplias dimensiones teóricas, en la práctica quedó reducido a bienestar económico. Se hace necesario, pues, un nuevo término con la acepción popular de buena vida, bien vivir, vida de calidad, lo que originó la *calidad de vida* : el bienestar personal y social en todas sus dimensiones. Es una visión global, una concepción unitaria, no atomizada, del hombre y la sociedad, con todas sus dimensiones, que pueden y deben ser valoradas, con la finalidad de las intervenciones adecuadas para la consecución de los niveles más elevados, aún contando con las crisis económicas.

Asistidos por organizaciones y entidades internacionales, programas intergubernamentales, agencias de la O.N.U., y entidades religiosas, desarrollaron planes de asistencia social multidimensionales, incluyendo el desarrollo sanitario, educativo, médico, económico, político, social, en aras de una mayor bienestar, de una mayor calidad de vida.

1.2.1.1. Calidad de Vida

El nacimiento del término se estima en la década de los sesenta, a juzgar por su aparición en la bibliografía específica y trabajos de investigación. Concretamente, puede situarse en el año 1975, año en que comienzan a proliferar estudios y publicaciones con este título, si

bien el "boom" surge en los años ochenta. Su origen podría estar centrado en el campo de la medicina, en su función paliativa en los enfermos crónicos, para extenderse luego a los campos de la Psicología y la Sociología. Este término viene a sustituir a otros como felicidad, salud o bienestar, incluyéndolos para evitar sus sesgos conceptuales, y ampliar sus dominios.

No obstante debemos considerar sus fuertes lazos con otros términos que le precedieron y son comprendidos en éste. Con facilidad se encuentran definiciones en las que felicidad equivale a bienestar, salud mental a bienestar psicológico, y éste a *calidad de vida*.

Campbell (1976) señaló su origen en el vocabulario americano, para enfatizar la "good life", entre el final de la segunda guerra mundial y el "Great Society Program" de Johnson, implicando el bienestar económico, material y psicológico. A estas dimensiones sociopolíticas se unirá la médica y la psicológica que proporcionaran el surgimiento y la utilización del término Calidad de Vida. Inicialmente estuvo asociado a la pluralidad de reacciones psicológicas asociadas a la enfermedad (Ibáñez y Andreu, 1988).

Sin embargo, y a pesar del criterio de Campbell, su origen y conceptualización habrá que buscarlo en el campo de la salud de los enfermos crónicos donde, en nuestro tiempo, se dirigen los máximos esfuerzos y preocupaciones médicas, en orden no sólo de paliar la sintomatología del cáncer, del asma, del sida o de la radioactividad, con la finalidad de evitar sufrimientos y prolongar la vida, sino también, mejorando las dimensiones en ella incluidas en la medida de lo posible,

lo que exige equipos multidisciplinares (médicos, psicólogos, sociólogos, asistentes sociales). Este significado implica a las instituciones sociales, desde la familia al propio estado.

1.2.1.2. Problemas de Definición de la Calidad de Vida

La primera definición de *calidad de vida* es atribuible a Aristóteles que dice ¿Qué es la felicidad?. Si consideramos lo que es la función del hombre, encontramos que la felicidad es una actividad virtuosa del alma... ¿Es la felicidad algo que puede aprenderse, o adquirirse por habituación, o ser cultivada de alguna forma, o se nos es concedida de forma divina, o incluso se nos otorga por casualidad?... La felicidad exige no sólo bondad sino una vida completa. En el curso de la vida nos encontramos muchos reveses y toda clase de vicisitudes... nadie llama feliz a un hombre que tiene esa suerte y se encuentra con un miserable final.

Oliver Wendell Holmes ya en 1860 subrayó la importancia de una vida plena, señalando que en el tiempo que había vivido estaba seguro de dos cosas: la primera, que la mayor verdad está en aquellos que saben aprovechar lo bueno de la vida en todas sus facetas, y la segunda, que la sociedad está siempre tratando de una forma u otra de oprimir a los individuos.

Otras definiciones, aparecidas más tarde, están más relacionadas con la *felicidad* o *satisfacción* como característica más importante, y

otras la reconocen como una dimensión espiritual y como un área de crecimiento personal.

Patterson (1975) se aproximó de forma diferente identificando ciertas características que son esenciales a cualquier evaluación de la calidad de vida. Estas incluían salud general, estatus laboral, confort general, estatus emocional y económico. Básicamente la calidad de vida se reconoce como un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad, de las experiencias en la vida diaria. Todo ello influirá en la amplitud de la satisfacción personal asociada a las circunstancias vitales.

McCall (1975) define la calidad de vida como la obtención de las condiciones necesarias para la felicidad. Mientras que Andrews y Withey (1976) y Campbell y cols. (1976) defienden la satisfacción global en varios campos de la vida, relacionando los atributos de los campos específicos con la satisfacción.

Mears (1976) entiende la calidad de vida como la vivencia del auténtico yo, viviendo en armonía con la naturaleza, en paz con Dios, viviendo en la satisfacción con nuestros hijos, viviendo en tranquilidad con nuestra mente, viviendo con nuestra propia herencia biológica.

También la calidad de vida incluye juicios de valores que son altamente subjetivos y asociados con la satisfacción profunda que producen las actividades de la vida diaria (Dubos, 1976).

Shin y Johnson (1978) han sugerido que la calidad de vida consiste en la posesión de recursos necesarios para la satisfacción de las

necesidades individuales y deseos. En la participación en actividades que permitan el desarrollo personal y la actualización del self así como la comparación satisfactoria entre el propia self y el de los otros, dependiendo todo ello de la experiencia previa y el conocimiento.

Mendola y Pelligrini (1979) han definido la calidad de vida como la satisfacción en el éxito individual y en una situación social dada dentro de los límites asociados a la capacidad física percibida. Esta es una definición bastante general y limitada y por tanto no es más fácil de operacionalizar que las definiciones más complejas.

Otras definiciones enfatizan la amplitud del término calidad de vida como la de Spitzer y cols. (1981) que afirman que las medidas calidad de vida en personas enfermas deberían incluir la función física, social y emocional, actitudes hacia la enfermedad, características personales de la vida diaria de los pacientes, incluyendo las interacciones familiares y el coste de la enfermedad.

Los secretos del bienestar en la persona según Sheehy (1982) incluyen que la vida tenga significado y una dirección, experimentar los problemas y superarlos usando los fracasos de forma constructiva, teniendo ya conseguidas algunas metas, prestando atención al crecimiento y desarrollo personal, siendo cariñoso, teniendo amigos, estando alegre, no teniendo miedo, siendo ni demasiado crítico ni demasiado sensible a la crítica.

Gillingham (1982) por su parte, al hablar de calidad de vida señalaba que quizás la calidad de vida descansa en una creativa

satisfacción y que debe estar relacionada con la libertad y el mantenimiento de la dignidad de cada uno de nosotros para elegir su propio camino a lo largo de la vida y desarrollarlo plenamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la *salud* como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", destacando la importancia de la totalidad de la vida y la relevancia del componente social. En este mismo sentido apunta la definición de Burt y cols. (1978) que afirma que la evaluación individual de la calidad de vida deriva del nivel de buenos valores sociales que posea y de los servicios que proporcionan las normas sociales; así como el sentimiento que un individuo tiene para poder determinar su bienestar individual dentro de la sociedad.

Kaplan y cols. (1979) defienden un punto de vista similar al afirmar que los niveles de bienestar están asociados a las preferencias sociales y a la importancia relativa que tienen para los miembros de la sociedad en relación con cada uno de los niveles funcionales de problemas complejos.

Finalmente, se plantean un grupo de definiciones que desde un punto de vista ligeramente diferente toman la calidad de vida desde los aspectos que están relacionados con las propias percepciones del individuo y con la percepción de la diferencia entre lo que puede alcanzar o conseguir y lo que no.

Para Hunt y cols. (1980), el estado de salud percibida es un elemento importante para la calidad de vida. Y para Otto (1976) y

Krupinski (1980) la calidad de vida tiene que ver con la valoración que se hace de aspectos específicos de la vida con su presencia actual. El trabajo de Otto considera la discrepancia entre los deseos y la situación de vida actual como un factor importante de estrés, y señala que no se debe llevar a la población a que aspire a grandes valores sino tratar de ayudar a los individuos a determinar y satisfacer sus deseos en la vida actual. La satisfacción percibida de sus deseos tiene una asociación muy importante con su salud y bienestar (Krupinski, 1980).

Las definiciones expuestas hasta ahora han intentado revelar el amplio rango de ideas que envuelven la comprensión del concepto de calidad de vida. Sin embargo, y a pesar de la diversidad, hay alguna unanimidad: el concepto describe a los individuos cubiertos por muchos aspectos de la vida, y en varias de las definiciones se apunta al nivel de satisfacción y a la calidad de vida percibida y actual.

Siguiendo con la labor de definir y clarificar lo que es y lo que entendemos por calidad de vida, en términos generales la calidad puede ser definida como un grado de "bondad". La *calidad de vida* es un concepto más amplio que el estatus de salud personal y también que el bienestar social. Sin embargo, no existe un consenso sobre su definición. La literatura cubre un rango de componentes: habilidad funcional incluyendo el papel del funcionamiento (por ejemplo, doméstico, trabajo), el grado de calidad de la interacción social y comunitaria, el bienestar psicológico, las sensaciones somáticas (por ejemplo, dolor) y la satisfacción vital. La salud y el estatus funcional son dos dimensiones de la salud relacionada con la calidad de vida.

Hay pocos estudios empíricos que intenten definir aquellas cualidades que hacen de la vida y la supervivencia algo valioso.

De forma más amplia la calidad de vida puede ser descrita y medida sólo en términos individuales y depende de las experiencias pasadas y las esperanzas futuras, sueños y ambiciones. La calidad de vida debe incluir todas las áreas de la vida y la experiencia, y tener en cuenta el impacto de la enfermedad y su tratamiento. Se puede decir que se tiene una buena calidad de vida cuando las esperanzas y las expectativas de un individuo están satisfechas por su experiencia; lo contrario también es cierto, una pobre calidad de vida ocurre cuando las esperanzas y expectativas no concuerdan con la experiencia. La calidad de vida cambia con el tiempo y bajo circunstancias normales puede variar considerablemente. Las prioridades y metas de un individuo pueden ser realistas y además se espera que cambien con el tiempo y sean modificadas por la edad y la experiencia. Para mejorar la calidad de vida, además, es necesario reducir las diferencias entre las esperanzas y los sueños y lo que actualmente ocurre o realidad. Una buena calidad de vida se expresa generalmente en términos de satisfacción, contento, felicidad y habilidad de afrontamiento.

Barkey y Rourke en 1973, entendieron la calidad de vida como el sentimiento de bienestar de una persona, lo cual implica ya la dimensión subjetiva, personal, que luego nos ofrecen con insistencia otros autores, entre los que cabe destacar a Calman (1987), quien no solamente aborda la definición del término sino también su campo, estableciendo las dimensiones que deberían ser estudiadas.

En este sentido, Campbell y cols.(1976) la definen en términos de felicidad y satisfacción, con las dimensiones cognitiva y afectiva, y más recientemente Ibáñez (1988), la entiende como el grado de satisfacción y/o felicidad que tienen las personas, si bien debe entenderse la implicación del bienestar psicológico y el bienestar social, sin excluir el bienestar material, aunque le otorga menor importancia.

No es solamente un sentimiento de satisfacción o bienestar personal, de poder o competencia comportamental, de dominio o control de los diversos sectores del entorno objetivo (Andrews y Whitney, 1976; Campbell y cols. 1976) sino, además, una valoración que el individuo hace sobre estos y otros aspectos que considera importantes en su vida actual, y más aún, de su vida completa.

La reducción a una sola dimensión, la física, fue defendida ya por Karnofsky (1949) y posteriormente por Zubrod (1960), lo que puede parecer hasta lógico dado que son precedentes históricos y dado el campo en que se desenvuelven (salud/enfermedad). Se hace necesario un tiempo para la consideración de que la calidad de vida es pluridimensional, si bien las investigaciones están orientadas a poner de manifiesto la importancia de una nueva dimensión. Son de destacar las dimensiones sociales, las relaciones interpersonales y la psicológica, estudiada por J. Ware (1983) y Veit y Ware (1983), elaborando el primero el cuestionario para su evaluación, y los segundos la estructura de la salud mental, con la novedad de hacer referencia a la población general, aunque con la posibilidad de estudiarla en poblaciones específicas con bajo índice de salud física o mental.

La Calidad de Vida se ha utilizado esencialmente para denotar factores diferentes, tales como indicadores económicos y sociales, felicidad, bienestar y estado de salud (Allardt, 1975; Campbell, 1976; Naess, 1979; Diener, 1984).

Como se ha podido observar, cuando se intenta definir la Calidad de Vida, la salud y el bienestar subjetivo tienen una gran importancia (Flanagan, 1982). La *salud* incluye los signos de enfermedad que se recuerdan objetivamente y la percepción que el paciente tiene de sus síntomas; mientras que el *bienestar subjetivo* describe la evaluación global que el sujeto realiza de su vida en términos de felicidad, satisfacción con la vida y afectos positivos y negativos (Diener, 1984). Aunque la salud siempre se ha considerado el factor más importante en la felicidad (Campbell, 1976), las relaciones entre satisfacción con salud y bienestar son moderadas. Por lo tanto, se ha sugerido que la influencia de la salud en el bienestar no refleja meramente cómo la gente se siente físicamente, sino más bien lo que su salud les permite hacer en términos de capacidad funcional.

Las medidas subjetivas de salud están, comparadas con las objetivas, más fuertemente relacionadas con la felicidad. Varios indicadores objetivos tienen relaciones significativas con la Calidad de Vida, pero las relaciones con la evaluación subjetiva son modestas, lo que indica que las dos clases de indicadores, tanto objetivos como subjetivos, son necesarios a la hora de definir y medir la Calidad de Vida.

Otro significado que se une a la Calidad de Vida es, como señala Lawton (1984) el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual y Calman (1987) la distancia entre aspiraciones y logros. Es necesario considerar que más que definiciones podrían entenderse como resultado de la estimación, medición o valoración de la propia vida. En ambos casos se hace referencia a la valoración, y se considera que, a pesar de la pluralidad de las dimensiones intervinientes, se debe estimar la calidad de vida desde la unidad y concebirla, a partir de los resultados, como la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa considerada como un todo, con referencia no solamente al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante (Calman, 1987).

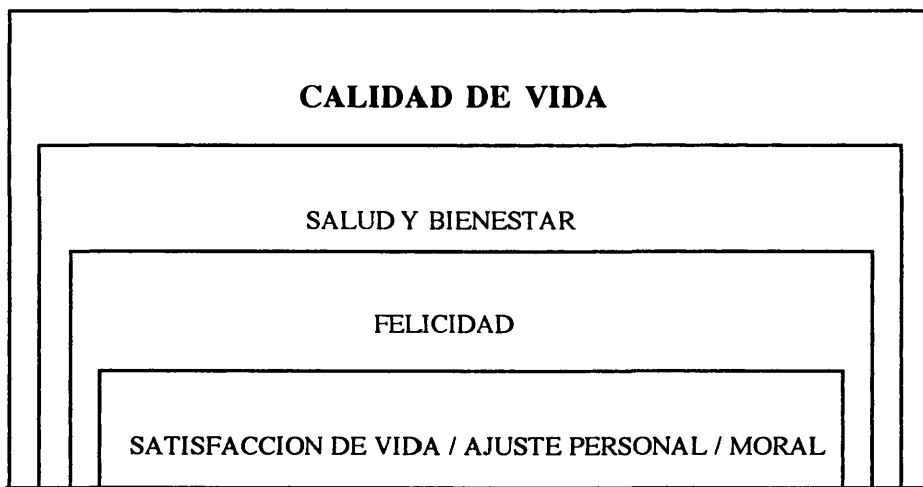
A esta misma conceptualización podríamos llegar identificando calidad con bondad (positiva / negativa), y el término vida con "reto", o proceso continuo de consecución de objetivos o metas que conducen más que a la posesión de los mismos, al "tener", a la realización personal, a la mayor perfección, a "ser", lo que implica satisfacción, felicidad y bienestar.

Que el término sea relativamente joven (aparece en la década de los años sesenta) no significa que conceptualmente no estuviera presente en todos los tiempos pretéritos, y se identificara de alguna forma con otros como satisfacción de vida, moral, ajuste personal, felicidad, salud y bienestar, principalmente. Todo un conjunto de términos que han ido

apareciendo en el tiempo, que en ocasiones han sustituido a los anteriores, pero en la actualidad todos permanecen.

Todos estos términos tienen en común su referencia a abstracciones, a una dimensión subjetiva. Su diferencia nos viene dada en función de la amplitud de su campo (Figura I.4.), siendo el de mayor amplitud el de calidad de vida que, por tanto, incluye al de bienestar y salud. Estos a su vez engloban al de felicidad, que esta en función de la satisfacción de vida y ajuste personal y moral, sin perder de vista la proyección hacia el futuro (García-Riaño, 1991).

Figura I.4. Amplitud del campo de la calidad de vida y términos afines (García-Riaño, 1991)



Por otro lado, Haes y Knippenberg (1985) engloban las definiciones de Calidad de Vida en seis categorías:

- La capacidad subjetiva del paciente para manejar su vida
- El grado de satisfacción de las necesidades en las áreas físicas, psicológicas, social, de actividad, material y estructural.
- Una función de la dotación natural del paciente y de los esfuerzos hechos por la sociedad y su familia en pro de su bienestar.
- La evaluación global de las características buenas o satisfactorias de la vida de las personas
- La totalidad de los bienes, servicios, situaciones y estado de los asuntos que constituyen las bases naturales de la vida humana y son articulados como necesarios y queridos.
- El resultado de reunir los factores físicos y espirituales.

Häyry (1991) considera que los dos primeros contenidos son los más prometedores dado que recogen el tema principal del debate sobre el valor de la vida y su calidad desarrollado a lo largo de la historia. Es decir, el considerar si es más importante para la felicidad humana lograr lo que uno quiere, considerada primera definición del concepto, ó lo que uno necesita, segunda definición. El problema del planteamiento de las necesidades es que no tiene en cuenta los aspectos subjetivos de la vida y de la experiencia humana.

Lawton (1991; pg. 6) considera que "la calidad de vida consiste en la evaluación multidimensional mediante criterios tanto



intrapersonales como socio-normativos, del sistema ambiente de un individuo tanto para el pasado, para el presente como para el futuro".

El término calidad referido a cualquiera de los múltiples campos en que es utilizado, implica necesariamente una evaluación o valoración, cualitativa o cuantitativa y, por tanto, referida a la vida. En este sentido apuntaba también la definición de Lawton (1984, 1991) en la que afirma que la calidad de vida es el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual; considerándose la evaluación de la propia vida, tanto actual como referida al pretérito más o menos próximo.

Desde estos últimos planteamientos es posible afirmar que la calidad de vida:

- Es una dimensión bipolar (positiva vs. negativa) que posibilita, a lo largo del continuo, situar los diversos niveles o grados alcanzados por el individuo a través de la vida.
- Es una dimensión subjetiva en tanto en cuanto es el individuo mismo, y no otros, quién puede estimar su propia vida en un momento determinado.
- Es cambiante a lo largo de la vida.
- Es plural en cuanto que cada individuo tiene un particular punto de vista en función de sus logros, preferencias y necesidades.
- Es en gran medida relativa a los niveles logrados en el pasado y la estimación que el individuo hace del nivel de calidad de vida

de los individuos de su comunidad (evaluación también subjetiva).

- Presenta la imposibilidad de evaluación directa, al igual que cualquier dimensión psicológica, y la dificultad de evaluación objetivas orientadas tanto al individuo como a la sociedad, aún utilizando técnicas objetivas, como inventarios y cuestionarios u otra técnica psicométrica.
- Se hace necesario establecer y delimitar, de la forma más completa, el campo de la calidad de vida que, si desde el punto de vista exclusivamente teórico, es "la vida completa", y así lo aceptamos, desde los enfoques prácticos y de investigación debemos excluir múltiples facetas o aspectos, dado su escaso peso y consideración en los índices resultantes de la evaluación.

La consideración de estos siete puntos está implicando dos cuestiones fundamentales: en primer lugar la dificultad de lograr una definición completa y general, y en segundo lugar, la falta de consenso en la determinación del campo propio de la calidad de vida desde la consideración de los aspectos de vida que debe comprender, a niveles prácticos.

1.2.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Hasta ahora se ha encontrado en la literatura una gran variedad de definiciones de calidad de vida que a menudo refleja las

perspectivas, así como la orientación profesional y teórica, de los autores.

Las investigaciones con orientación clínica tienden a definir la calidad de vida en términos de estado de salud o habilidad funcional. Kaplan (1988), por ejemplo, define la calidad de vida como el impacto de la enfermedad y la discapacidad en el funcionamiento diario. Otros investigadores toman una perspectiva más amplia e incluyen varios aspectos:

- Satisfacción con la vida, auto-estima y salud general y funcionamiento (George y Bearon, 1980).
- Confort material, trabajo, salud, actividades de recreo, aprendizaje y educación (Flanagan, 1982).
- Libertad, felicidad, seguridad financiera, llevar a cabo las ambiciones, actividad, y bienestar (Bulpitt y Fletcher, 1985).
- La satisfacción en los dominios del matrimonio, vida familiar, modos de vida, finanzas y religión (Campbell y cols.,1986).
- El funcionamiento físico, el estado psicológico, la sociabilidad y la somatización, y como variables moduladoras el sexo, la edad, el nivel cultural y el tipo, duración, pronóstico y gravedad de la enfermedad (Fletcher y cols., 1987).
- Funcionamiento físico, social, emocional e intelectual; satisfacción con la vida y percepciones de salud (Pearlman y Uhlmann, 1988).

- Bienestar material y físico, relaciones con los otros, actividades sociales, comunitarias y cívicas, desarrollo personal y ocio (Ferrell y cols., 1989).

Por lo que la calidad de vida está a menudo definida ampliamente para incluir muchos conceptos diferentes, aunque si es cierto que existe una considerable sobreposición en estas dimensiones que incluye.

En general, la mayoría de los investigadores parecen mostrar acuerdo en que todas las definiciones de calidad de vida deberían considerar las siguientes dimensiones:

- Funcionamiento físico y síntomas
- Funcionamiento emocional y disfunción conductual
- Funcionamiento intelectual y cognitivo
- Funcionamiento social y existencia de redes de apoyo
- Satisfacción con la vida
- Percepciones de salud
- Estatus económico
- Habilidad en perseguir intereses (p.ej: hobbies, trabajo) y ocio
- Funcionamiento sexual
- Energía y vitalidad

Así, Ferrans y Powers (1985) señalan que, en los estudios sobre calidad de vida, destacan que las áreas más importantes son: la opinión del sujeto sobre su propia calidad de vida o satisfacción con su vida (considerado el más importante), estatus socio-económico, salud física,

afectos, estrés percibido, amigos, familia, matrimonio, objetivos en la vida, casa y vecindario, ciudad y nación, autoestima, depresión, y mecanismos de defensa y afrontamiento.

Por su parte, Calman (1987) agrupa una amplio número de factores en seis dimensiones principales, si bien considera otras cinco con carácter más general. En las principales incluye las dimensiones física, psicológica, interpersonal, felicidad, espiritual y económica, y en las segundas, individual, cultural, política, filosófica y temporal. Las primeras tienen valor general y por tanto válidas para cualquier individuo o grupo mientras que las segundas están referidas a poblaciones específicas o individuos particulares en función de las características concretas referidas en las dimensiones.

Otro autor importante, Spitzer (1987) considera que tanto la calidad de vida como el estado de salud engloban las siguientes dimensiones: funcionamiento físico y social, estado mental o emocional, carga de síntomas, percepción del bienestar, e impacto del tratamiento en la sociedad.

Finalmente, Lawton (1991) indica que los estudios sobre calidad de vida se estudian las siguientes áreas: actividad, actividades de la vida diaria, apoyo, actitudes, aspectos económicos, desamparo, efectos colaterales del tratamiento, estado de salud, funcionamiento de rol, funcionamiento físico, funcionamiento intelectual, funcionamiento social, grado de ajuste necesario para afrontar un nuevo diagnóstico, percepciones de salud, salud, salud física, salud mental, salud subjetiva, satisfacción con el funcionamiento, satisfacción con el trabajo,

satisfacción con la vida, síntomas del trastorno, uso de psicotropos, vínculos sociales.

Como se puede observar Lawton, representa una postura interaccionista que engloba las diferentes propuestas expuestas por otros autores. Así, propone que la calidad de vida podría comprenderse a través de cuatro componentes interrelacionados: *Competencia Conductual*, *Calidad de Vida Percibida* , *Ambiente Objetivo* y *Bienestar Psicológico* . Los presupuestos de Lawton (1991) se expondrán más ampliamente a continuación.

Para concluir se puede decir que la calidad de vida incluye prácticamente todos los aspectos de la vida del sujeto, tanto en su vertiente objetiva como subjetiva y todos ellos hacen que el sujeto valore su existencia como más o menos agradable, satisfactoria y feliz.

1.2.3. ESTRUCTURA CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DE VIDA

Siguiendo a Lawton (1991), existen dos requerimientos para dar un punto de vista conceptual de la calidad de vida: designación de su estructura y detallar su contenido.

Podría afirmarse que la *calidad de vida* es la evaluación multidimensional mediante criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema persona-ambiente de un individuo en el tiempo pasado, actual y futuro. Esta definición está incluida dentro de un marco conceptual cuya versión más temprana fue la que Lawton (1983) llamó "la buena vida".

Los términos de la definición requieren una mayor elaboración y englobarían tener en consideración aspectos como su carácter multidimensional, características de su evaluación, los aspectos intrapersonales a considerar, los socio-normativos, el sistema persona-ambiente y la temporalidad.

Un concepto estructural de la calidad de vida es necesariamente *multidimensional*. Por ejemplo, ya en 1948, la Organización Mundial de la Salud define la *salud* como un estado de completo bienestar físico, mental y social es totalmente consistente con un punto de vista multidimensional. Muchos argumentos se han esgrimido a favor de una medida unidimensional de la calidad de vida (Fanshel y Bush, 1970; Kaplan, 1988). Una medida unidimensional puede producirse directamente o por combinación de múltiples atributos. Las investigaciones desde el punto de vista médico de la calidad de vida y los tratamientos clásicos de este tópico en las ciencias sociales (Campbell y cols.1976; Flanagan, 1978; George y Bearon, 1980; Butt y Beiser, 1987) han coincidido en que muchos campos son relevantes en el estudio de la calidad de vida; el problema que permanece es identificar cuales son y cómo combinarlos.

El aspecto *evaluación* de la definición tiene el significado obvio de lo deseable versus indeseable que implica cualquier aspecto de la vida (bueno vs. malo, favorable vs. desfavorable). Un segundo y menos obvio, es el significado subsumido bajo el término, es que la evaluación puede partir en cualquier dirección desde un punto de vista neutral. Esta característica de la estructura propuesta para la calidad de vida se

aparta completamente de la calidad de vida médica, que se refiere típicamente a las desviaciones negativas de la media (síntomas, empeoramientos, discapacidades, efectos secundarios). Un punto de vista similar adoptan Rowe y Kahn (1987) cuando distinguen "edad exitosa" y "edad usual". Un marco conceptual completo para la calidad de vida debe dar igual importancia a los aspectos de la vida que exageran las evaluaciones de los sujetos, que a los que asumen una línea base usual de sólo los decrementos que ocurren (Spirduso y Gilliam-MacRae, 1991).

Los *aspectos intrapersonales* de la calidad de vida expresan un ingrediente esencial de una concepción comprensiva, tal que cada individuo tiene unos estándares internos y evaluaciones de la vida que son idiosincráticas y no totalmente dependientes de cualquier estándar externo. Un término más usual es subjetivo o perceptual. Muchas concepciones de la calidad de vida dependen solamente de evaluaciones subjetivas de la definición de calidad.

Los *aspectos socio-normativos* de la calidad de vida expresan que lo objetivamente medible o evaluaciones consensuadas de las facetas de la vida deben ser consideradas también al evaluar la calidad de vida. La historia completa requiere el uso de las perspectivas intrapersonales y las socio-normativas.

El *sistema persona-ambiente* comprende tres postulados importantes. Primero, el medio ambiente afecta el bienestar de la persona, y no todos los aspectos del medio ambiente son igual de importantes en la calidad de vida. Segundo, los sujetos afectan al

ambiente, ellos seleccionan sus ambientes y determinan sus necesidades. Tercero, las relaciones entre persona y ambiente son menos un asunto de como sea el sujeto, que del sistema transaccional donde los procesos son dinámicos y recíprocos.

Los aspectos temporales de la calidad de vida enfatizan lo dinámico, un continuo natural del sistema persona-ambiente. Específicamente, las cualidades recordadas del pasado están presentes en la estructura de referencia a la hora de evaluar las cualidades del presente y del futuro. Por motivos propios, las cualidades del pasado permanecen activas como memorias y reminiscencias. Las expectativas para el futuro condicionan claramente el presente.

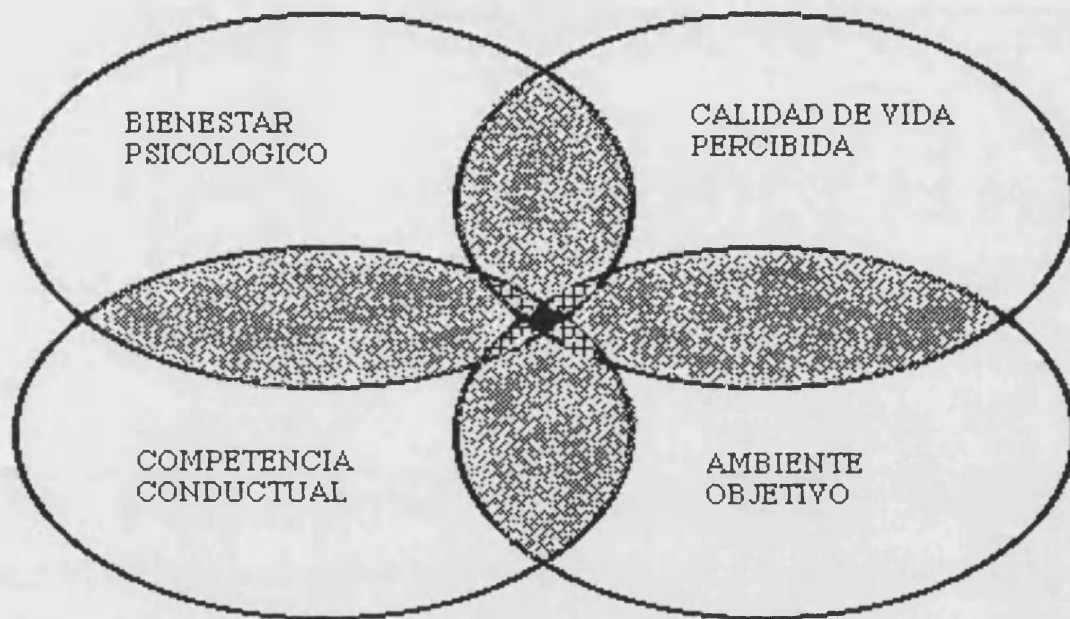
El concepto estructural de multidimensionalidad, evaluación, marco intrapersonal vs. socio-normativo de referencia, transacciones persona-ambiente y temporalidad conducen a un segundo y más importante aspecto a estudiar, el contenido de la calidad de vida.

Específicamente, *el contenido de la calidad de vida* exige, primero, que todos los aspectos de la vida están representados y que las medidas sean proporcionadas.

Tal y como se ha comentado, las dimensiones de la calidad de vida según Lawton (1991) incluyen cuatro grandes sectores evaluativos: la competencia conductual, la calidad de vida percibida, el ambiente objetivo y el bienestar psicológico.

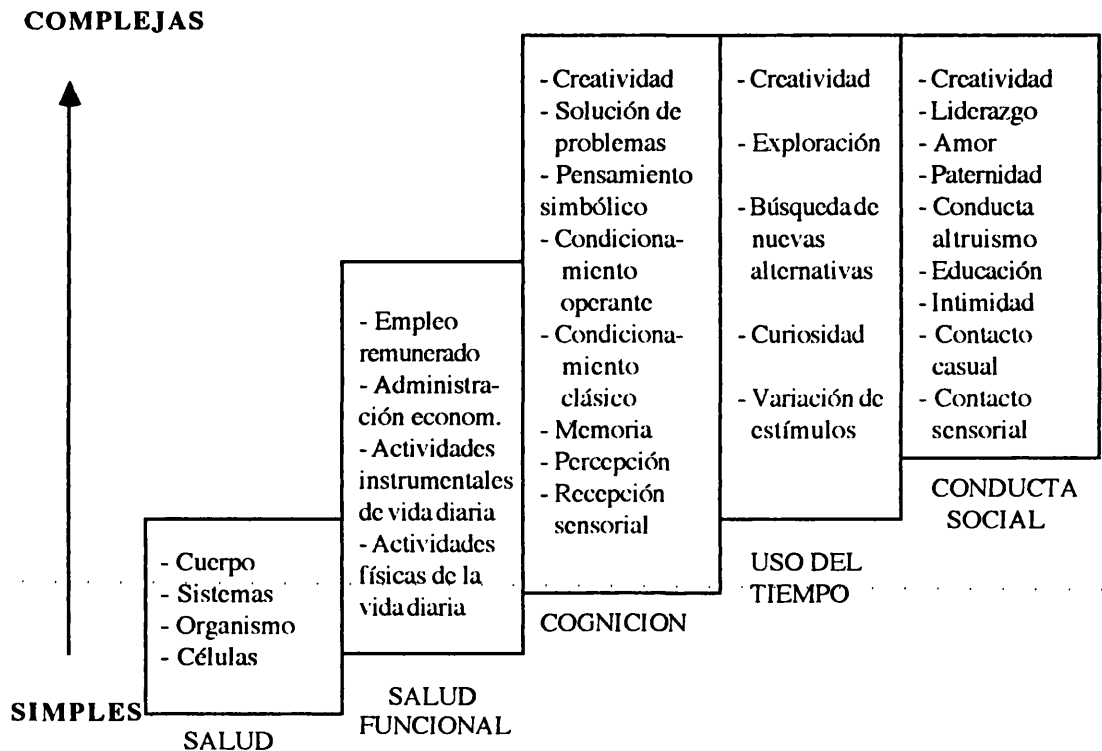
Estas dimensiones son las que aparecen reflejadas de forma esquemática en la Figura I.5. (Lawton, 1983).

Figura 1.5. Los cuatro sectores de la calidad de vida. (Adaptado de Lawton, 1983; pg. 351)



La *competencia conductual* representa la evaluación socio-normativa del funcionamiento personal en la salud, cognitiva, uso del tiempo y dimensiones sociales, dichas dimensiones son observables y autónomas aunque pueden correlacionar. Los detalles de la jerarquía de la competencia conductual se describen en la Figura 1.6 (Lawton, 1983).

Figura 1.6. Jerarquía de la competencia conductual. (Adaptado de Lawton, 1983; pg. 355)



La característica más importante para nuestros propósitos es que esta jerarquía y sus categorías sean capaces de acomodar cualquier faceta externamente observable de la persona. Alguna de las categorías, aunque no todas, subsume varios roles, por ejemplo, empleo remunerado, hobbies, deportes, matrimonio, familia o amigos. Los criterios para la evaluación socio-normativa de competencia de estos roles son un componente familiar de las ciencias sociales. Mientras no existe un criterio absoluto para la salud biológica, los indicadores objetivos se presentan en forma de síntomas observables y medibles para la función psicológica. Las actividades de la vida diaria (ADL) de Katz y cols. (1963) y la cognición (p. ej., el Exámen del Estado Mental:

Mini-Mental de Folstein y cols., 1975) están entre las medidas más representativas de la función mental. Virtualmente todas las concepciones de la calidad de vida han incluido dimensiones de estos tipos, pero hay un escaso consenso en cuáles son las dimensiones específicas.

La concepción que se presenta en la Figura I.6 añade, primero, la especificación de que la salud biológica, salud funcional, cognición, uso del tiempo y conducta social deberían ser incluidas; y, segundo, que los indicadores apropiados para medir la competencia en cada dimensión son muchos, y deben ser elegidos de acuerdo con el sujeto que está siendo evaluado y el propósito de la evaluación.

El porqué se han hecho estas cinco categorías de competencia conductual, es porque representan una jerarquía de complejidad consistente desde el punto de vista de la persona (Seeman, 1989). Funcionando dentro de cada nivel es relativamente autónomo, pero existen asociaciones recíprocas con los niveles más altos y más bajos del funcionamiento, especialmente bajo condiciones de deprivación o estresantes. Cada categoría mencionada es capaz de diferenciaciones adicionales, dependiendo de la especificidad del propio interés (por ejemplo, la salud biológica puede ser especificada en celular, psicológica, orgánica, o en términos de organización neuronal).

En lo que se refiere a como se asciende en la jerarquía de lo biológico a la complejidad social es evidenciado por la contribución cada vez mayor de lo preferencial-personal, social-normativo y ambiental a los criterios evaluativos de la competencia. Estos cinco

campos particulares fueron elegidos porque permiten que cualquier faceta de la competencia sea acomodada dentro de uno u otro campo.

La *calidad de vida percibida* presenta una estructura interna paralela al sector de la competencia conductual; así, consiste en la evaluación que una persona realiza de su propia ejecución en alguna de las dimensiones de la competencia conductual. Considera que la competencia conductual y la calidad de vida percibida constituyen los aspectos centrales de la calidad de vida. Aunque mientras que la competencia podría ser medida por la ejecución o la observación, la calidad de vida percibida es por definición subjetiva.

La evaluación subjetiva del funcionamiento personal en cualquiera de las dimensiones de la competencia conductual forma el contenido principal de la *calidad de vida percibida* (Andrews y Whitney, 1976; Campbell y cols., 1976). Mientras que la salud auto-evaluada (Mossey y Shapiro, 1982) es una operacionalización del campo de la salud de la *calidad de vida percibida* (Flórez, 1996).

Al igual que la competencia conductual proporciona muchos detalles de las dimensiones específicas para propósitos particulares, la calidad de vida percibida tiene la misma característica. Por ejemplo Campbell y cols. (1976), señalaron que el dolor y el disconfort no han constituido un componente usual de los sistemas de evaluación diseñados para la población general. Esta dimensión es central en todos los acercamientos a la calidad de vida desde el campo de la salud (Melzack, 1983).

En la mayoría de los estudios en el tema de la salud, la excesiva globalidad del término salud ha sido avanzado como un componente de la calidad de vida, pero sin especificar las dimensiones perceptuales a evaluar. El dolor y el disconfort son algunos sistemas relacionadas con la salud y los únicos representantes de la calidad de vida percibida.

Con todo esto, se sugiere que las categorías básicas siempre son representadas en la evaluación de la calidad de vida, cuando se seleccionan dimensiones más específicas se emparejan con el propósito de la investigación. Por ejemplo, el dolor, la auto-eficacia cognitiva (Bandura, 1977), la calidad del tiempo libre, y las relaciones con los niños y el cónyuge serían dimensiones apropiadas de la calidad de vida percibida al evaluarla entre la población anciana; mientras que la satisfacción laboral, la eficacia en el deporte, o la satisfacción sexual serían menos apropiadas a la hora de evaluar a los ancianos (Garay, 1996).

La competencia conductual y la calidad de vida percibida son los sectores centrales de la calidad de vida. Los otros dos sectores (ambiente y bienestar psicológico) son componentes esenciales del modelo causal.

El sector de el *ambiente objetivo* proporciona o favorece algunas formas de competencia conductual y no otras, y constituye un segundo bloque importante en las dimensiones de la calidad de vida percibida.

Más que una dimensión estrechamente relacionada con la competencia conductual y la calidad de vida percibida, el ambiente presenta unas relaciones más difusas. Algunas características del ambiente objetivo son importantes para las dimensiones de la competencia conductual; por ejemplo, la calidad del aire y del agua son importantes para la salud biológica, el acceso único a la vivienda es importante para la movilidad, y la riqueza para la posición social (Barker, 1968).

Otros atributos del ambiente se han visto como más necesarios o básicos (Gibson, 1979). Por ejemplo, la casa y los vecinos son entidades físicas objetivas que proporcionan, pero no garantizan, la seguridad de las competencias conductuales que son el auto-cuidado, la estimulación intelectual y la conducta social.

Resulta provechoso buscar las facetas objetivas del ambiente que puedan ser evaluadas mediante criterios físicos o consensuados. En este acercamiento, las desviaciones de la evaluación subjetiva hacia la objetiva constituyen por si mismas objetos de estudio.

El *bienestar psicológico* es el último componente de este modelo causal. Puede ser definido como la evaluación del nivel ajustado de la competencia de una persona y la calidad de vida percibida en todos los campos de su vida actual.

Lo más importante de esta definición es que implica que el bienestar psicológico es más que una simple suma de competencias y satisfacciones. Para explicar los procesos de peso se requiere otra

superestructura conceptual, el self, que es un esquema formado por procesos proactivos y reactivos que proporcionan una interpretación integrada de todos los aspectos del pasado, presente y futuro.

Los indicadores típicos del *bienestar psicológico* incluyen:

- los juicios cognitivos de la satisfacción de vida global (The Life Satisfaction Index; Neugarten y cols., 1961)
- la salud mental (Center for Epidemiological Studies Depression -CESD- Scale; Radloff, 1977)
- las emociones positivas y negativas en cualquier estado o rasgo (Watson y cols., 1988).

Para concluir se puede decir que los investigadores de la calidad de vida han afirmado que sus indicadores son subjetivos. Aunque los cuatro sectores o dimensiones estudiadas anteriormente sugieren que ambas perspectivas son esenciales.

Hay dos razones para insistir en que la persona evalúa paralelamente de forma objetiva y subjetiva a la persona y al ambiente. La primera razón es que la planificación social y la formulación de los principios legales y éticos requieren hacer juicios sobre las cualidades objetivas de las personas y del ambiente. Dentro de las normas sociales lo que se constituye como deseable, eficaz, o saludable, podría no ser un proceso de individualización social hacia la consecución de metas sociales positivas.

Una segunda razón, por la que se deben realizar medidas objetivas de la persona y del ambiente y que tengan un mayor peso en la calidad de vida es, que tales medidas proporcionan un amplio punto de vista en los que las percepciones individuales pueden desviarse. La naturaleza de estas desviaciones es por sí misma una cuestión de interés. Por ejemplo, una persona puede sufrir de una discapacidad y ser incapaz de andar solo. Este recorte en las actividades de la vida diaria es una faceta importante de la calidad de vida. El punto de vista subjetivo de la persona y de su propia competencia es capaz de adaptarse a la discapacidad objetiva y compensarle completamente con otras conductas y que las dimensiones psicológicas no sufran ninguna alteración.

1.2.4. EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA

Como ya se ha visto, la calidad de vida es un concepto amplio y difícil de operacionalizar y medir. De todas formas, diferentes autores han desarrollado desde hace tiempo instrumentos con el objetivo de medirla.

A continuación (Tabla 1.3) se presentan los instrumentos más utilizados para su evaluación, diferenciando entre las medidas que son mas utilizadas en la población en general y las que se utilizan más específicamente para evaluar la calidad de vida en la población de la tercera edad.

Tabla 1.3. Instrumentos más utilizados para evaluar la Calidad de Vida.

INSTRUMENTO	AUTOR
UTILIZADOS EN TODO TIPO DE POBLACION	
- La Escala de Desempeño de Karnofsky	Karnofsky y cols. (1948)
- Inventario de Actitudes de Cavan	Cavan y cols. (1949)
- Índice A y B de Satisfacción de Vida LSIA y LSIB	Neugarten y cols. (1961)
- Escala de Equilibrio Afectivo	Bradburn (1969)
- Autoevaluación Lineal Análoga	Priestman y Baum (1976)
- Escala de Caras encantadores-terribles	Andrews y Withey (1976)
- Plan de Bienestar (Psicológico) General	Dupuy (1978)
- Medidas del Estado de Salud RAND	Brooks y cols. (1979)
- Perfil de Impacto de la Enfermedad	Bergner y cols. (1981)
	Stewart y cols. (1981)
- Índice de Calidad de Vida de Spitzer	Spitzer y cols. (1981)
- La Escala de Calidad del Bienestar	Kaplan y Bush (1982)
- Instrumento de Bienestar Subjetivo para el enfermo crónico	Gill (1984)
- Perfil de Salud de Nottingham	Hunt y cols. (1984)
- El Índice de Reintegración a la Vida Normal	Wood-Dauphinee y cols (1988)
- Escala de Calidad de Vida Percibida	Patrick y cols. (1988)
- Medición de la Calidad de Vida del City of Hope Medical Center	Ferrel y cols. (1989)
UTILIZADOS ESPECIFICAMENTE EN TERCERA EDAD	
- Índice Z de Satisfacción de Vida versión de 13 ítems LSIZ	Wood y cols. (1969)
- Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia	Lawton (1972, 1975)

Como se puede ver (Tabla 1.3), tan sólo dos de los instrumentos, el "Índice Z de Satisfacción de Vida" (LSIZ) versión de 13 ítems de Wood y cols. (1969) y la "Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia" de Lawton (1972, 1975), se dedican exclusivamente a medir la calidad de vida en la tercera edad. Los

demás miden principalmente la calidad de vida en los paciente enfermos crónicos o terminales.

1.2.5. CONCEPTUALIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

La distribución de edad de nuestra población está cambiando rápidamente. Los ancianos, definidos como las personas mayores de 65 años, se están convirtiendo en un grupo increíblemente grande. Y dentro de la población anciana, la proporción de personas mayores de 75 años está creciendo rápidamente. A los sujetos que tienen 75 años o más se les llama viejos-viejos, y constituyen el mayor grupo de riesgo de enfermedades crónicas y discapacidad funcional (Corroni-Huntley y cols., 1985).

Las políticas sociales observan alarmados estos cambios Los ancianos hacen uso de la mayor parte de los servicios sociales y de salud (Soldo y Manton, 1985), lo cual presenta graves implicaciones para el gasto público.

Un aspecto muy importante de los estudios gerontológicos es el desarrollo y evaluación de las intervenciones diseñadas para mejorar la salud y el estatus social de los ancianos y sus cuidadores. Esto constituye una preocupación muy importante para los científicos clínicos y sociales, tanto la evaluación de los esfuerzos, como las metas a alcanzar y es a través de una evaluación de la calidad de vida de la población como se puede conseguir ayudarles. Desde que se pregunta

constantemente a los clínicos y científicos sociales para justificar los beneficios de los servicios adicionales, la medida del estado de salud y calidad de vida se está convirtiendo en un área de estudio muy importante.

Varias son las razones por las que es necesario evaluar la calidad de vida en los ancianos (Ware y cols., 1981):

- a) *Evaluación de la calidad de los cuidados de salud:* las medidas de la calidad de vida son una de las medidas que pueden usarse para evaluar la calidad del cuidado.
- b) *Estimación de las necesidades de la población:* midiendo la calidad de vida de los ancianos se puede mejorar la información sobre los servicios que necesitan y los tipos de programas de intervención que requieren. Por ejemplo, el descubrir déficits en las actividades sociales de un grupo de ancianos puede alertar la necesidad de desarrollar programas y actividades que aumenten la interacción social.
- c) *Evaluación del impacto del ambiente en la calidad de vida:* la investigación de los aspectos del ambiente físico y social que conducen a una calidad de vida más alta permitirían la creación de un hogar mejor diseñada para las necesidades de los ancianos y la mejora del ambiente en el futuro.
- d) *Evaluando la eficiencia o efectividad de las intervenciones:* cualquier intento para mejorar la salud o el estatus social de los ancianos debería resultar en una mejora de su calidad de

vida. Por ejemplo, una intervención médica que simplemente prolongue la vida sin mejorar la calidad de vida puede no ser conveniente.

e) *Mejora de las decisiones clínicas*: la información sobre la calidad de vida individual puede proporcionar una importante información adicional al clínico a la hora de determinar el curso de la terapia.

f) *El entendimiento de las causas y consecuencias de las diferencias en la calidad de vida*: porque las diferencias en los componentes de la calidad de vida varían entre individuos; los ancianos no se benefician de las intervenciones por igual. Es importante estudiar y entender las diferencias en calidad de vida y en preferencias.

El estado de salud ha sido considerado universalmente como un elemento clave en la calidad de vida, aunque están incluidos muchos otros conceptos, como la frecuencia y calidad de los contactos sociales, los recursos sociales y el bienestar físico.

Históricamente, la calidad de vida ha sido vista como un concepto muy abstracto, y la mayoría de las medidas concretas (tales como mortalidad o días de actividad restringida) se han utilizado para la planificación de programas para ancianos y para evaluar la efectividad de los servicios sociales y sanitarios destinados a esta población.

Sin embargo, al medir con más exactitud el concepto de calidad de vida, muchos investigadores han prestado su atención a él para evaluar directamente las intervenciones sociales y sanitarios en la población de la tercera edad. Esto resulta muy beneficios para los ancianos, que sufren generalmente de múltiples condiciones crónicas que es muy improbable que sean curadas por las intervenciones clínicas, pero las mejoras en la calidad de vida son muy probables y beneficiosas para su estado de salud y de relación y adaptación social.

La población de tercera edad puede ser más vulnerables que otros estratos de la población debido a los déficits cognitivos y físicos o a las condiciones de soledad ante las situaciones de enfermedad o de la vida diaria.

*1.3. ACTIVIDADES DE LA
VIDA DIARIA EN LA
TERCERA EDAD*

1.3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA TERCERA EDAD

En este apartado se tratarán las actividades de la vida diaria en la tercera edad, que se refieren a las actividades en las esferas funcionales en las que se puede desenvolver una persona mayor, así como su capacidad para desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana.

Se especificará también, cómo se evalúan las actividades de la vida diaria en la tercera edad y las dimensiones que presentan, para terminar con la importancia que tienen en el desarrollo de una mejor calidad de vida y satisfacción del sujeto en esta etapa de su vida.

Por lo tanto, hay que señalar, en primer lugar, que las habilidades necesarias para cuidar de si mismo y del entorno próximo, generalmente denominadas *Actividades de la Vida Diaria* (AVD), representan un factor crítico para la salud y el bienestar de las personas mayores (Fillenbaum, 1984). Su importancia radica, principalmente, en las repercusiones personales, sociales y económicas derivadas del fenómeno conocido como "sobreenvjecimiento" o "envejecimiento interno" de la población anciana (OMS, 1984).

El sistema de creencias culturales en la sociedad occidental, al preconizar firmemente valores de autonomía, puede ocasionar una disminución en la autoestima y un fuerte impacto emocional negativo en aquellos mayores que, por razones de pérdida de salud, se ven obligados a depender y recibir la ayuda de otros para mantener las

actividades de la vida diaria (Baltes y Werner-Wahl, 1990). En otros casos, la pérdida de AVD, relacionadas con la higiene y el aseo personal, puede traducirse en el rechazo y aislamiento social (Patterson y Eberly, 1983).

Por otra parte, cuando las personas mayores ya no son capaces de desenvolverse de forma independiente es, habitualmente, la familia, en contra del mito social que atribuye a estas actitudes de rechazo y falta de dedicación en el cuidado de sus personas mayores incapacitadas, la que presta apoyo y ayuda (Quinn y cols.,1984).

Es también importante señalar la relación existente entre la realización de las actividades de la vida diaria y el estado de salud; así, en un estudio de personas mayores no institucionalizadas que requerían de atención sociosanitaria realizado por Cabrera (1996) la variable que se asoció con mayor fuerza a la incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria fue la coexistencia de trastornos crónicos.

1.3.1. DEFINICION Y DIMENSIONES DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Según señala Fillenbaum (1984), de las esferas funcionales en las que se puede desenvolver una persona mayor, su capacidad para desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana sería la más importante de todas. Estas determinan en gran medida su bienestar psicosocial y, lo que puede ser más importante, le posibilitan el mantenimiento de su competencia para vivir en su propio hogar y

entorno, evitando la institucionalización. Por este motivo, no es sorprendente que se haya prestado una gran atención a las AVD y que, para su evaluación, se disponga hoy de varios procedimientos.

Las definiciones generales de las *Actividades de la Vida Diaria* (AVD) varían poco de unos autores a otros. Así, por ejemplo:

- Katz y Akpom (1976) proponen la existencia de una relación jerárquica entre seis actividades básicas: comer, controlar esfínteres, trasladarse (en la cama o en una silla), utilizar el servicio, vestirse y bañarse.
- Gallagher y cols., (1980) las definen como la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales.
- Patterson y Eberly (1982) las configuran como un conjunto de conductas instrumentales cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el autocuidado personal y mantenimiento de una vida independiente. Fillenbaum (1984) las describe como la capacidad para valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana.

Un análisis terminológico de las definiciones anteriores, muestra como concepto clave para la descripción de las actividades cotidianas, la capacidad o competencia del propio individuo para llevarlas a cabo. En sentido estricto, por tanto, habría que utilizar la expresión de *habilidades para la vida diaria* (HVD), más que la comúnmente utilizada de *actividades de la vida diaria* (AVD).

La variedad de tareas y sus diferentes niveles de complejidad que pueden contemplarse en descripciones genéricas como las señaladas, llevó a ciertos autores, como Leering (1979), a adoptar un enfoque jerárquico de clasificación, en el que cada nivel de actividad supone un orden de funcionamiento mayor que el precedente. Las categorías establecidas por dicho autor serían:

- Sistema nervioso autónomo, responsable de funciones relacionadas con la excreción, temperatura corporal, presión sanguínea.
- Actividades de la vida diaria, integrado por actividades relativas a bañarse, lavarse, vestirse, usar el servicio, comer y controlar esfínteres.
- Movilidad, contempla actividades relacionadas con acostarse y levantarse de la cama, levantarse y sentarse en una silla, caminar o manejarse con una silla de ruedas.
- Actividades domésticas tales como limpiar, lavar, hacer la compra, preparar comida y hacer la cama.

Los trabajos realizados desde la psicología, sobre factores asociados a la manifestación y mantenimiento de las AVD en la vejez, han buscado establecer la relación entre los niveles de autonomía y variables psicológicas personales (cognitivas, emocionales, etc.), o bien, variables físicas y organizativas presentes en centros e instituciones. (Fernández-Mayoralas y Rodríguez, 1995).

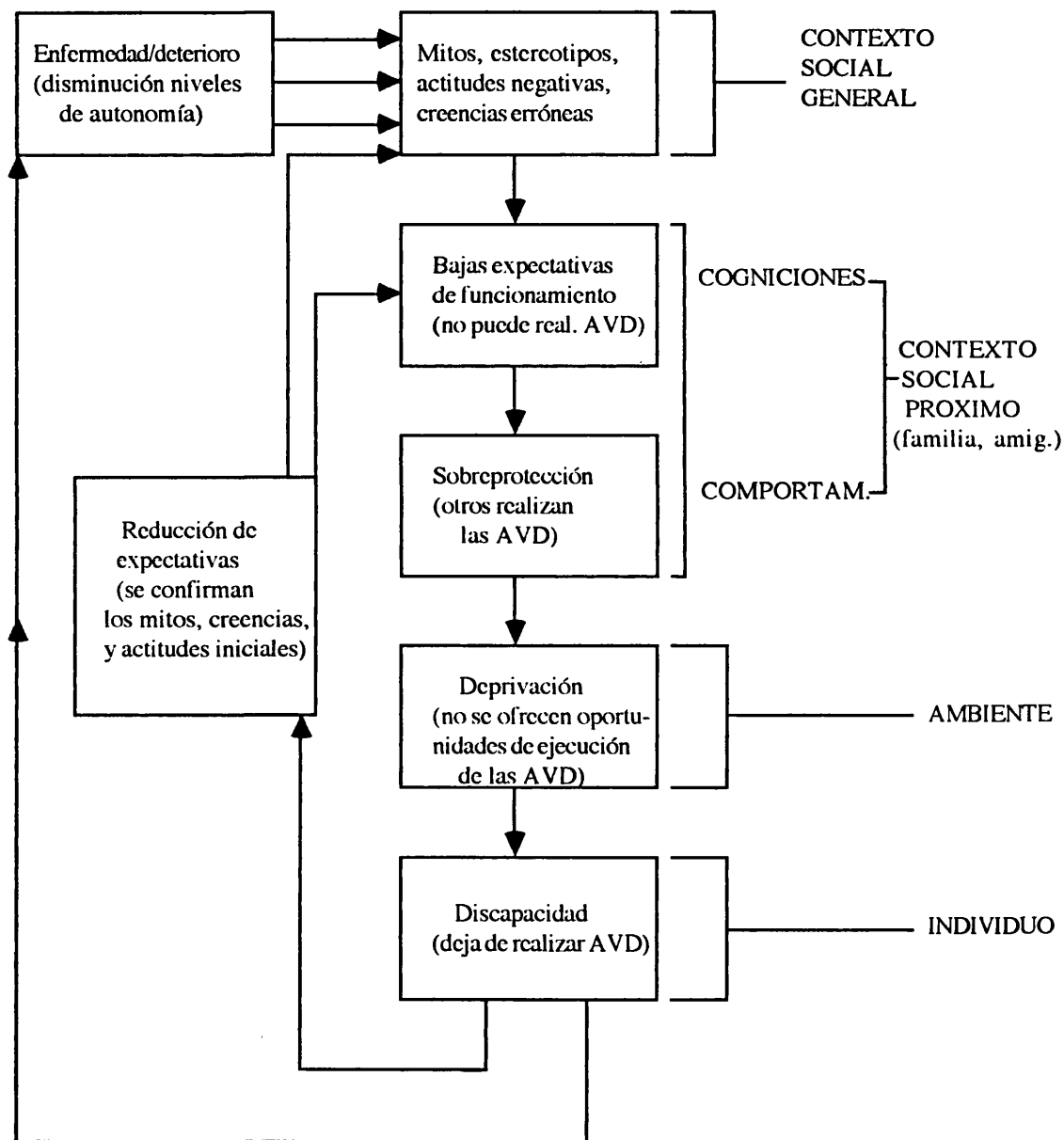
Por otro lado, existen una serie de investigaciones han considerado las interacciones funcionales entre variables personales y ambientales para describir y explicar la dependencia en la ejecución de las tareas cotidianas.

Finalmente, hay que señalar que ciertos estudios han analizado el impacto de la pérdida de autonomía en las personas mayores sobre las condiciones de bienestar emocional y salud física de las personas de su entorno que les prestan atención y cuidados.

Así, algunos autores (Inkster, 1977; Little, 1988) proponen que el enlace principal entre la ejecución real de la persona mayor en las Actividades de la Vida Diaria y su nivel potencial, vendría mediado por variables cognitivas relativas a las expectativas, estereotipos o creencias erróneas en torno a la vejez.

Conforme a tales prejuicios (Figura I.7.), se les atribuye a los ancianos falta de competencia para un funcionamiento autónomo, especialmente cuando existe una disfunción orgánica (p.ej, auditiva, o visual) a la que se achaca una discapacidad irreversible, irrecuperable y no rehabilitable. Esta sobreatribución biológica, en conjunción con el etiquetado negativo, lleva a las personas en contacto con la persona mayor, a desarrollar comportamientos de sobreprotección y a eliminar oportunidades de ejecución independiente de las *Actividades de la Vida Diaria* (Little, 1988).

Figura I.7. Modelo de relación entre estereotipos y expectativas negativas sobre la vejez y discapacidad para las Actividades de la Vida Diaria. (Adaptado de Little, 1988).



La asunción por la propia persona mayor de estereotipos poco realistas sobre sus recursos lleva, finalmente, a una disminución de la ejecución que aumenta su discapacidad, confirmando y cerrando el círculo de las bajas expectativas sobre la autonomía de las personas mayores (Rodin y Langer, 1980).

Así, la figura anterior muestra como puede existir una relación entre los estereotipos y las expectativas negativas sobre la vejez con cierta discapacidad para realizar las Actividades de la Vida Diaria en los sujetos de la tercera edad. Se puede observar que es importante tener en cuenta tanto el contexto social general y próximo como el ambiente que rodea al sujeto y a ésta mismo.

Los autores han llegado a cierto consenso en cuanto a dividir las actividades de la vida diaria en dos grupos: AVD Básicas o Físicas y AVD Instrumentales. En la Tabla 1.4, se ofrece una visión que facilita la comprensión de las dimensiones más frecuentes de estas Actividades de la Vida Diaria.

Las *AVD Básicas* corresponderían a aquellas habilidades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado (comer por sí solo, bañarse, usar el servicio, vestirse, trasladarse, arreglo personal, etc.). Por otra parte, las AVD Instrumentales quedarían integradas por un conjunto más complejo de habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente (cocinar, limpiar, usar los transportes públicos, manejar dinero, etc.).

Tabla 1.4. Dimensiones más frecuentes de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
BASICAS	INSTRUMENTALES
* <i>Bañarse o ducharse</i>	* <i>Limpiar</i>
* <i>Vestirse</i>	- Quitar el polvo
- Ponerse y quitarse la ropa	- Barrer y fregar suelos
- Atarse cordones	- Fregar platos
- Abrocharse botones	- Hacer camas
- Seleccionar la ropa	- Limpiar electrodomésticos
- Ordenar la ropa	* <i>Telefonar</i>
* <i>Comer</i>	* <i>Hacer compras</i>
- Usar los cubiertos	* <i>Cuidar ropa</i>
- Beber en vaso	* <i>Lavar ropa</i>
- Mostrar hábitos apropiados en la mesa	* <i>Arreglar ropa</i>
* <i>Arreglo personal</i>	* <i>Manejar dinero</i>
- Peinarse y cuidarse el pelo	- Cambiar dinero
- Afeitarse	- Administrar dinero
- Limpiarse los dientes o la dentadura	* <i>Cocinar</i>
- Lavarse y secarse las manos y la cara	- Preparar comidas
- Aplicarse cosméticos	- Seleccionar menús
- Cuidarse las uñas	- Planificar comidas
* <i>Movilidad</i>	* <i>Desplazarse</i>
- Ponerse de pie o sentarse en una silla	- Usar transportes públicos
- Acostarse o levantarse de la cama	- Viajar
- Desplazarse en silla de ruedas	
- Emplear escaleras	
- Desplazamientos por interiores	
- Desplazamientos por exteriores próximos	
* <i>Usar el servicio</i>	
* <i>Controlar esfínteres</i>	

Así, en la Tabla 1.4 se puede observar que para las AVD Básicas se acepta comúnmente la inclusión de tareas relacionadas con vestirse, bañarse, usar el servicio, trasladarse o movilidad mínima (relacionadas con el uso de la cama o silla) y comer por sí solo (Kane y Kane, 1981).

En una revisión del contenido de 25 escalas de AVD (Donaldson y cols., 1973) se halló que el 71% de las escalas incluían los 5 elementos anteriores más un elemento de "movilidad". Este último elemento, que para algunos autores tradicionales (Katz, 1983) debían considerarse como una entidad independiente, progresivamente se ha ido conceptualizando como una actividad más de la vida diaria (Kane y Kane, 1981). Ello se ha debido, principalmente, a que esta faceta se viene incorporando de manera sistemática en centros dedicados a la rehabilitación de la discapacidad (Nieuwenhuijsen y cols., 1989). Asimismo, en el estudio citado de Donaldson de las escalas de AVD, posiblemente porque puede considerarse tanto una actividad cotidiana como una función fisiológica (Leering, 1979). Por último, no es raro encontrar numerosas escalas y procedimientos de evaluación de AVD que hacen referencia a la habilidad para el "arreglo personal" (Patterson y Ebarly, 1982).

En las *AVD Instrumentales* ha sido más difícil determinar las tareas que deberían incluirse. En una primera etapa, y ante la ambigüedad del concepto "habilidad para la vida independiente", se incorporaron actividades relacionadas con el tiempo libre (ir al teatro, al cine, practicar juegos de mesa, etc.) y la interacción con recursos

comunitarios (participar en organizaciones sociales, físicos y psicológicos que convergen en su ejecución, no garantizan la fiabilidad y validez de su evaluación con los procedimientos habitualmente utilizados en este ámbito. Debido a tales circunstancias, se ha adoptado un enfoque más limitado en cuanto a los elementos a incorporar dentro de las AVD Instrumentales y que básicamente se referirían (Tabla 1.4) a las tareas de: cocinar, limpiar, telefonar, hacer compras, lavar ropa, tomar medicación, manejar y administrar dinero, usar transportes públicos y viajar (Kane y Kane, 1981; Fillenbaum, 1984).

1.3.2. EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

La evaluación de las AVD pretende, genéricamente, dar respuesta a dos cuestiones fundamentales:

1. A nivel grupal, intenta posibilitar el conocimiento, a grandes rasgos, de las características y necesidades de las personas mayores, de manera que éstas puedan conjugarse con las diferentes modalidades y opciones de servicios. Al mismo tiempo, debe ser lo suficientemente sensible como para detectar el impacto de cualquier acción asistencial o rehabilitadora emprendida.

2. Por otra parte, la evaluación de la autonomía en la vida cotidiana, centrada en el individuo, ha de permitir diferenciar si el individuo, a pesar de sufrir una enfermedad o incapacidad, está en condiciones de llevar una vida independiente, si la prestación de algún

tipo de asistencia o rehabilitación pueden hacerle más fácil su vida en el seno de la comunidad o si su discapacidad es tal que requiere el ingreso en una institución, orientándolo hacia el nivel de atención requerido.

Los procedimientos de recogida de información sobre AVD más frecuentes son la observación, mediante escalas de apreciación o códigos de conducta, y el autoinforme, utilizando entrevistas, cuestionarios y escalas de autocalificación. De entre todos ellos, el grueso de la tecnología ha adoptado la forma de escalas de apreciación, (Tabla 1.5) escalas de autocalificación y códigos de conducta. Por tal motivo, las consideraciones metodológicas irán referidas a tales procedimientos restantes (cuestionarios y entrevistas estructuradas), encontrándose, además, recomendaciones específicas en relación a sus garantías científicas (Fillenbaum, 1984; OMS, 1984).

A continuación (Tabla 1.5) se presentan los instrumentos más utilizados en la evaluación de las actividades de la vida diaria.

Tabla 1.5. Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria

INSTRUMENTOS	AUTOR
UTILIZADOS EN SUJETOS DE TERCERA EDAD	
- Índice Katz de AVD	Katz y cols. (1970)
- Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria del Philadelphia Geriatric Center	Lawton (1972)
- Evaluaciones Modulares de AVD del Programa Gerontológico del Florida Mental Health Institute.	Patterson y cols. (1982)
- Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria.	Montorio (1990)
UTILIZADOS EN OTRAS POBLACIONES	
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM).	(WHO, 1980; INSERSO, 1983)

Como se puede observar, las escalas de actividades de la vida diaria están específicamente diseñadas para los sujetos de tercera edad excepto la escala de *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* de la OMS que se usa también con otro tipo de poblaciones.

Para concluir, es importante destacar, que los trabajos realizados desde la óptica de la psicología han aportado al estudio de las AVD en el envejecimiento, contribuciones muy importantes como una definición más operativa del término de AVD, limitándolo a conductas observables manifestadas en el contexto de los cuidados personales y del ambiente próximo, que posibilita así el desarrollo de procedimientos fiables y válidos para su evaluación.

Además, también ha facilitado, la consideración de la influencia del entorno físico y social, y no sólo de los factores biológicos, en la determinación de la capacidad de ejecución del auto-cuidado.

Por último, se ha contribuido a la constatación de la "plasticidad conductual" en las personas de edad avanzada, lo que supone la posibilidad de optimizar su comportamiento en la vida diaria a través de las estrategias de aprendizaje y manipulaciones ambientales apropiadas (Baltes y Werner-Wahl, 1990).

***1.4. OCIO Y ACTIVIDADES
DE TIEMPO LIBRE EN
LA TERCERA EDAD***

1.4. OCIO Y ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE EN LA TERCERA EDAD

Una idea que últimamente esta tomando cierta importancia es que cuando se entra en la tercera edad es el momento de disfrutar del tiempo que antes no se ha tenido. El liberarse de muchas preocupaciones que causan estrés, y sobre todo la jubilación, hacen que la llamada tercera edad se convierta en una época en la que se pueda hacer todo lo que no se ha hecho anteriormente. El saber utilizar el tiempo de ocio hará que la calidad de vida y, por lo tanto, la satisfacción con ella sean más altas y que la tercera edad sea la edad no sólo del descanso sino del saber hacer uso de él adecuadamente.

Trabajo y Tercera Edad : El significado moderno de trabajo industrial se considera incompatible con la ancianidad: el trabajo es cosa de adultos y jóvenes. Anteriormente el trabajo se realizaba no como mera transacción por el salario sino con un significado global: el trabajo artesanal en un oficio suponía una situación vital permanente, con una estructura ocupacional definida con criterios de promoción, estatus y asistencia hasta la ancianidad.

Trabajo y ancianidad se consideran en la sociedad industrial realidades opuestas o al menos difícilmente compatibles, evocando roles contradictorios. Esta dicotomía constituye una simplificación de la realidad, pero la ancianidad sigue configurándose como un período de la vida caracterizado por la ausencia de trabajo. Poco importa que la realidad de los trabajadores por cuenta propia, profesionales o

agricultores independientes, muestre que se puede trabajar normalmente hasta el fin de la vida. La ancianidad se define como un período de no trabajo y esta actitud se refleja en multitud de términos aplicables a las personas de edad, clases pasivas, jubilados, cesantes, pensionistas y afirma la relación entre ancianidad y no trabajo, en la mentalidad popular. Estadísticamente se mide por la tasa de actividad por edades, que desciende en todos los países a partir de los cuarenta o cincuenta años.

En la última década del siglo XX el concepto va a ser muy diferente al conocido hasta hoy. A continuación se señalan dos factores que influyen sobre el trabajo de las personas de edad: la reducción de la población activa y la orientación ideológica.

Reducción de la Población Activa : la cantidad de personas necesarias para producir los bienes y servicios en las sociedades modernas se ha reducido en los últimos años. Las mejoras de la productividad se han debido a innovaciones tecnológicas y al interés de las propias empresas en reducir la mano de obra. Disminuye la población activa a través de diferentes medidas, reducción de las edades de jubilación para los adultos y prolongación de la formación para los jóvenes y entrada más tarde en la fuerza laboral.

Orientación Ideológica : frente a esta situación se mantienen dos posturas ideológicas contrapuestas. Por una parte los empresarios y economistas neoclásicos defienden el dinamismo de la economía basado

en la creación de puestos de trabajo por la expansión de la demanda. Por otra parte ideologías ecologistas, pacifistas, socialistas, clásicas, consideran que el conjunto del trabajo a realizar es limitado, para este grupo la solución se basa en el reparto del trabajo total disponible entre todos los demandantes.

Si prevalece la ideología del crecimiento los ancianos tendrán mayores posibilidades de trabajar que si prevalecen las teorías del reparto del trabajo bien limitado. Este, hay que distribuirlo equitativamente, ya que los ancianos han disfrutado de tres o cuatro décadas del mismo y deben ceder su puesto a los jóvenes, por solidaridad social.

La Jubilación : La importancia de la jubilación desborda lo pluralmente laboral para extenderse a toda la vida económica, social y familiar presente y futura. Para la mayor parte de la población activa, la jubilación define legal y convencionalmente la entrada en la ancianidad. Pero muchas cosas están cambiando en la sociedad contemporánea y en la jubilación.

Socialmente se ha considerado el rol del jubilado como un rol sin rol. Esto es debido a la sociedad contemporánea, que no le ha reconocido un papel social como lo hacían muchas sociedades primitivas o la medieval, donde el final de la actividad guerrera o artesanal no suponía la pérdida del estatus social.

La solución a los problemas de los jubilados contemporáneos consiste en convertir ese "rol sin rol" en la sociedad industrial en un "rol con rol" que les asigne responsabilidades, estatus y prestigio social, si no laboral. Para ello es necesario desmitificar la importancia del trabajo durante la vida activa y dignificar socialmente el descanso de los jubilados, afirmando la *validez del ocio* en sociedades que han idolatrado el trabajo, sus consecuencias económicas y su prestigio social. Hay que superar ciertos planteamientos mentales economicistas que consideran a los jubilados como pasivos que detraen bienes y servicios de la economía sin aportar nada, tal y como E. Wiesel puso de manifiesto en la convención anual de la APA (Sleek, 1997).

Para el siglo XXI y vistas las nuevas realidades predominantes en el mundo contemporáneo, se prevé un cambio en la consideración de la jubilación, de la visión económico-productiva a una visión psicosocial en la que, sin olvidar los aspectos económicos, se pase del "rol sin rol" a "un rol diferente" que reconozca que, aparte del rol laboral de trabajador activo, pueden existir otros roles relevantes socialmente para el jubilado.

Para desarrollar dichos roles aparecen actualmente el *tiempo libre constructivo* y muy alejado del antiguo ocio, consistente en no hacer nada o pasividad casi total. Para consolidar el tiempo libre como actividad socialmente relevante surge la formación de profesionales, la organización de cursos, la investigación psicosocial sobre sus fines y posibilidades y, por encima de todo, la consideración social de que el ocio puede ser una actividad tan válida como el trabajo productivo para

los que se hallan sin posibilidades de trabajo y lo han desempeñado durante décadas.

1.4.1. DISTRIBUCION DEL TIEMPO Y OCIO EN LA TERCERA EDAD

El tiempo reviste varios significados para la experiencia humana que lo identifica con diversos nombres, tiempo de trabajo, de ocio, de aprendizaje, etc., reflejo de su percepción subjetiva y diferencial. El tiempo humano es uno y limitado, pero la sociedad califica cada forma de vivirlo de manera diferente (ocio, trabajo, descanso), construcciones sociales de una dimensión única.

A medida que la sociedad prescinde en su organización y funciones de los ciclos naturales, la distribución del tiempo se convierte en un producto social basado en los valores predominantes en cada momento histórico. En la antigüedad, no existía el concepto de tiempo libre frente al tiempo de trabajo, porque el uso total del tiempo se englobaba en el estatus de cada clase social. En Grecia el ocio tiene un significado formativo y de mejora de la persona, mientras que en Roma el ocio se opone al negocio y constituye una forma de recuperar energías para trabajar mejor. En la Edad Media el ocio de las masas está orientado por la Iglesia que regula las fiestas. En el Renacimiento con las ideas humanas de dominio de la naturaleza por el hombre, aparecen nuevos valores religiosos, especialmente en el protestantismo, que valora el trabajo y considera el tiempo libre como una pérdida de tiempo, falta de virtud, vicio.

Contenido del tiempo libre. Resulta evidente la mayor cantidad de tiempo disponible para muchos ciudadanos en todas las etapas de la vida, infancia, adolescencia, madurez, ancianidad, se plantea el interrogante: ¿con qué actividades llenar dicho tiempo?.

Como su propio nombre indica, el tiempo libre constituye un potencial de tiempo para llenarlo de contenido (De Grazia, 1960). El significado más habitual es el de ocio, término también equívoco debido a la diversidad de contenidos que le asignan diferentes sujetos. Una característica por encima de las demás, reflejada en el propio término, identifica el tiempo libre: la libertad de decisión del individuo sobre su contenido, contrapeso al tiempo de trabajo, tiempo sometido a una organización, a unas exigencias, a un horario (Dumazedier, 1968).

La sociología del tiempo libre aparece cuando la cantidad de tiempo disponible aumenta para gran número de ciudadanos, el trabajo pierde importancia cuantitativa y cualitativamente y los sociólogos recopilan datos y reflexionan sobre el uso del tiempo libre (Riesman, 1964; Segura, 1997).

El contenido del ocio no es necesariamente libre: puede manipularse y convertirse, como el trabajo, en fuente de alienación para el hombre de fines del siglo XX.

La importancia del ocio en la sociedad contemporánea y la que se prevé para el futuro justifican la autonomía del ocio respecto al trabajo y otros ámbitos vitales.

La sociología del ocio lo plantea como una oportunidad para la educación, el desarrollo personal y social y a pesar de que muchas de sus manifestaciones contradigan dicha aspiración, no puede ignorarse tal objetivo reflejo del talante ético de la disciplina y de las posibilidades de este espacio de tiempo creciente para el hombre contemporáneo.

La variedad de actividades del ocio está limitada sólo por la creatividad humana y la definición de ocio resulta tan subjetiva como la experiencia humana. Las encuestas sobre el significado del ocio descubren una variedad de fines. A continuación se presenta una lista de posibles significados del ocio para los sujetos:

- Estado mental o actitud
- No trabajo
- Libertad de elección
- Tiempo no regulado
- Descanso del trabajo y de actividades obligatorias
- Juego
- Actividades voluntarias
- Actividades expresivas (satisfacción por el proceso más que por el resultado final del mismo)
- Actividades instrumentales (satisfacciones externas por el resultado final conseguido)
- Espontaneidad
- Actividades útiles y con significado
- Forma de estar

- Actividades grupales e individuales
- Actividades gratuitas y costosas económicamente
- Actividades físicas, intelectuales y sociales
- Compensaciones intrínsecas y extrínsecas
- Creatividad y rutina deseable
- Cultura elitista y de masas

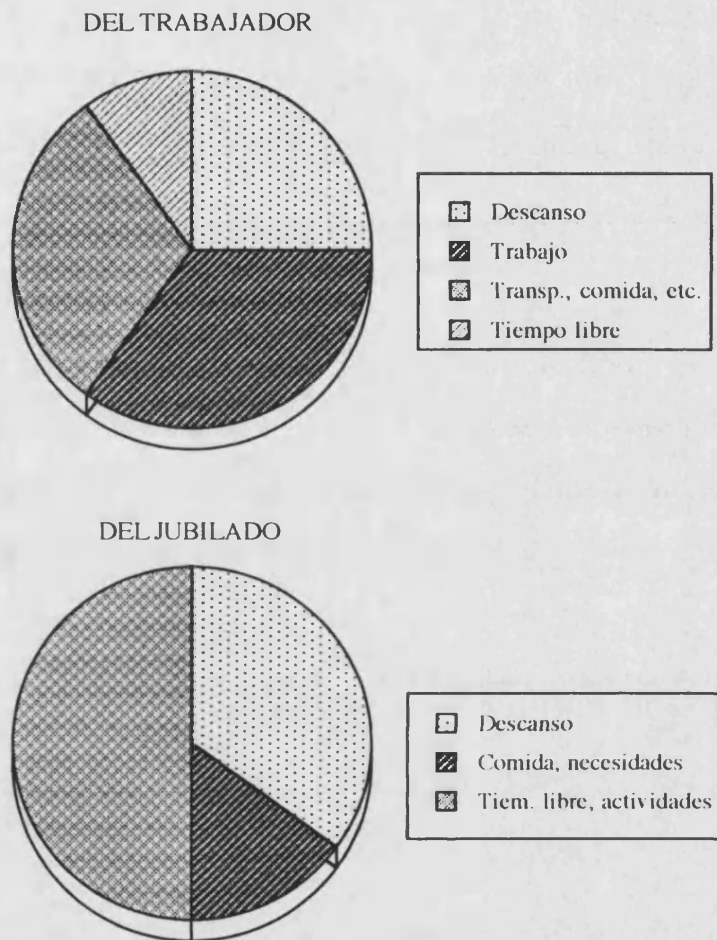
El ocio aparece, pues, como una experiencia global de la persona, que, como el trabajo, el amor o la relación social, responde a deseos diferentes en cada sujeto.

1.4.2. TIEMPO LIBRE EN LA TERCERA EDAD

La cantidad de tiempo libre varía a lo largo de la vida, durante la infancia y la adolescencia resulta muy amplia, se reduce al entrar en la población activa, para volver a ampliarse en la jubilación. Los relojes vitales del trabajador activo y del pasivo son muy diversos y empíricamente se comprueba que los problemas surgen con el paso del trabajo a la jubilación, debido a la gran cantidad de tiempo disponible con que se encuentra súbitamente el jubilado. Este cambio puede representarse con el esquema que aparece reflejado en la Figura I.8. (Moragas, 1991).

Para el jubilado el tiempo de trabajo además de las necesidades conectadas con él, como el transporte, pasan a convertirse en tiempo libre y, si no existe una preparación para utilizarlo significativamente, puede transformarse en amenaza más que en liberación.

Figura 1.8. Relojes Vitales Diarios (adaptado de Moragas, 1991)



La psicología afirma que los individuos se adaptan mejor a los cambios vitales si éstos son progresivos y si se cuenta con el apoyo en información y en educación adecuados.

La racionalidad exhibida en la incorporación al trabajo se muestra sorprendentemente negativa cuando se trata del paso de la población activa a la pasiva. A la persona que va a jubilarse no se le proporciona otra información que la cuantía de las prestaciones

económicas a percibir, en el mejor de los casos se formaliza su salida del trabajo con algún rito de paso como homenaje por parte de colegas, obsequios y buenas palabras. La mayoría de los trabajadores carecen de cualquier tipo de preparación específica para la nueva etapa de la jubilación.

El paso de trabajador activo a jubilado pasivo supone disponer de ocho horas diarias adicionales más las invertidas en transporte y actividades paralaborales. Una respuesta posible y psíquicamente muy razonable sería la jubilación progresiva, reduciendo poco a poco la jornada laboral y aumentando proporcionalmente la cantidad de ocio disponible, con lo que se podrían ensayar actividades y prepararse progresivamente para el mayor uso del tiempo libre (Goldstein, 1995).

Cuando los sujetos llegan a la jubilación, el tiempo libre es excesivo y puede convertirse en un peso como lo fue en la etapa anterior el trabajo. El tiempo libre, si no se llena de actividades con significado para el sujeto, puede ser una pesada carga.

En este sentido, el tiempo es ambivalente. Es decir, puede ser beneficioso o perjudicial, según las condiciones del sujeto y del medio (Tabla 1.6). Así, en la table se observa como el tiempo es una medida subjetiva que puede ser positiva para algunos sujetos y negativa para otros y que además puede variar su percepción a lo largo de la vida y dependiendo de las circunstancias que envuelvan en un momento determinado al sujeto.

Tabla 1.6. Ambivalencia de Significados del Tiempo Libre

POSITIVO	NEGATIVO
- Descanso, recuperación	- Tiempo a llenar
- Educación, cultura	- Consumismo
- Desarrollo personal, expresividad	- Dirigismo político
- Relaciones satisfactorias	- Relaciones conflictivas
CONDICIONES DE LOS SUJETOS	
- Salud, autonomía personal	- Limitaciones físicas y psíquicas
- Personalidad positiva	- Personalidad negativa
- Intereses amplios	- Intereses restringidos
- Madurez activa	- Madurez frustrante
- Residencia céntrica	- Residencia aislada
- Status económico aceptable	- Bajo status económico

Estudios recientes señalan que los ancianos otorgan mayor valor al tiempo que pasan con los amigos dado el cambio que se produce en sus necesidades y metas sociales tal y como la psicóloga L. Carstensen subrayó en la convención anual de la APA (Murray, 1997).

1.4.3. ACTIVIDADES PARA EL TIEMPO DE OCIO EN LA TERCERA EDAD

La variedad de actividades posibles para personas mayores es prácticamente la misma que para cualquier otra edad, con la característica positiva de disponer de mayor tiempo y la negativa de menores aptitudes funcionales. La selección de actividades concretas se basa en las posibilidades individuales, condicionamientos sociales y experiencia previa de actividades del ocio durante la madurez.

Entre ambos sexos, existen diferencias en el ocio de los mayores, como existen diferencias entre el ocio de niños y niñas o de hombres y mujeres madres. Debido a las mayores posibilidades de convivencia de los jubilados con sus cónyuges, se producen ajustes al ocio entre parejas que pueden incluir actividades conjuntas, antes imposibles por diferencias en los ritmos de trabajo y obligaciones respectivas.

La edad supone otra diferencia obvia en capacidad vital, ya que existe relación directa entre mayor edad cronológica y menor aptitud funcional. Consiguientemente, con el paso de los años varían las actividades de ocio, de forma que se va reduciendo el ocio activo e incrementándose el pasivo.

Según las encuestas, tres características parecen universales respecto a las personas mayores. A medida que se envejece existe una transición en el tipo de actividades: de obligatorias a voluntarias, de externas al hogar a realizadas en el mismo y de sociales a individuales o en pareja, aunque las variaciones sean enormes entre individuos.

A continuación se detallan actividades diversas cuyo contenido es muy diverso pero que podrían constituir las actividades básicas de ocio para los ancianos:

- *Actividades de la vida diaria* : aseo personal autónomo, descanso, compra y almacenaje de materias primas, limpieza del hogar, mantenimiento del equipo doméstico y vestuario.

- *Actividades físicas y manuales* : gimnasia, jardinería, horticultura, trabajos físicos diversos, pasear, correr, trabajos manuales con demanda física suficiente.
- *Actividades sensoriales* : comer, beber, fumar, música, artes plásticas, cine, gastronomía, visita a museos, actividades sensoriales y sexuales.
- *Actividades psíquicas* : bellas artes, pintura, dibujo, escultura, artesanía, trabajos manuales sin esfuerzo, fotografía, tallado madera, bricolage, modelismo, reparaciones, coleccionismo.
- *Actividades sociales* : grupos de relación, familiares, en asociaciones, clubs, casinos, hogares, centros recreativos, peñas, tertulias, grupos para juegos de salón, cartas, ajedrez, fichas, billar, bailes y fiestas; grupos para intercambio de información, discusión, debate, aficiones, coleccionismo.
- *Actividades recreativas* : asistencia a espectáculos como espectador: cine, teatro, deporte, variedades. Lectura, radio y televisión no educacional. Fiestas, bailes, celebraciones.
- *Actividades deportivas* : Individuales: gimnasia, natación, marcha, esquí, ciclismo. En equipo: petanca, tenis, fútbol.
- *Actividades educacionales y culturales* : lectura y organización de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación, escritura, redacción, oratoria, cursos, seminarios, conferencias.

Asistencia dirigida a recitales, audiciones musicales, teatros, cine-fóruns. Viajes culturales.

- *Actividades ecológicas* : pasear por el campo, excursionismo, visitas dirigidas a zonas de interés natural, recopilación de datos medio-ambientales, jardinería, cría y cuidado de animales, observación de especies geológicas, botánicas o zoológicas, grupos ornitológicos, campañas de información pública, servicio voluntario en parques y zonas naturales.
- *Actividades ideológico-políticas* : militancia de partidos políticos en diversidad de puestos. Diversidad de actividades: reclutamiento de electores, propaganda electoral, acción política directa en mítines, grupos de presión de personas mayores. Participación en sindicatos, asociaciones ciudadanas, colegios profesionales, grupos de interés, etc.
- *Actividades de servicio social comunitario, voluntariado* : actividades no desempeñadas por las organizaciones sanitarias, educacionales, de servicios sociales, actividades relacionales con la familia, residencia, organizaciones públicas y privadas, asistenciales, de la vida diaria, rehabilitación, afectivas, conversación, convivencia, lúdicas, fiestas, celebraciones.
- *Actividades económicas, trabajo* : cualquier tipo de actividad manual o intelectual susceptible de realización aislada, independiente o solitaria.

- *Actividades espirituales y religiosas* : actividades individuales y colectivas de relación con la divinidad, actos de culto, actividades de proselitismo del credo religioso, apostolado, formación de nuevas generaciones, difusión del mensaje religioso, actividades de solidaridad con los semejantes, ayuda personal, material y social.

Estas actividades incluyen un gran abanico de alternativas de las que el anciano puede elegir para ocupar su ocio, teniendo en cuenta tanto características físicas como psicológicas ya que, como apunta Miquel (1995), una incorrecta aplicación de las actividades lúdicas puede acarrear unos efectos que afectaran negativamente al individuo, ya sea en su esfera psicosocial como en la psicológica.

Además, se puede prever que en el futuro surgirán otros problemas, debido al incremento de la esperanza de vida y a la presencia de cohortes con mayores limitaciones físicas y psíquicas, por lo que su gama de actividades de ocio será más restringida y se deberán prever actividades de acuerdo con sus limitaciones.

En la etapa final de jubilación aumenta el tiempo libre pero disminuyen las actividades, fundamentalmente por las limitaciones propias o del cónyuge inherentes a la mayor edad.

Finalmente, sobre la importancia de las actividades del ocio para el bienestar de la persona de edad, todas las encuestas realizadas entre jubilados en diferentes lugares y naciones reflejan la mayor satisfacción y ajuste personal de las personas activas. La actividad es

beneficiosa por las muchas implicaciones que supone para el rol social de la persona de edad y los estudios lo demuestran en latitudes muy diferentes.

1.5. REFLEXIONES FINALES

1.5. REFLEXIONES FINALES

Hasta aquí se han descrito diferentes áreas que son importantes en la vida de los sujetos de la tercera edad.

El primer aspecto ha sido el del *apoyo social* debido a la importancia dentro del marco de la Psicología actual, cabe destacar que desde los años 70 se ha producido un aumento del interés en el tema y su relación con la salud y el bienestar. Respecto a las definiciones de apoyo social más significativas se puede citar la de Cohen y Syme (1985) que lo definen de una manera amplia refiriéndose a aquellos recursos ofrecidos por los demás, y que pueden tener tanto efectos positivos como negativos sobre la salud y el bienestar. Otro punto de vista importante dentro del estudio del apoyo social es el de Alan Vaux (1988) que define el apoyo social como un conjunto de ideas que incluye pertenencia, implicación y compromiso, de atributos de grupos, relaciones y personas, y de procesos de naturaleza social, conductual, cognitiva y afectiva.

Por otro lado, una de las definiciones del *apoyo social* que integra los elementos comunes de otras definiciones y recoge los aspectos teóricos más referenciados ha sido la de Lin (1986). En su análisis de las distintas definiciones que se han ofrecido sobre el apoyo social, este autor propone acotar conceptualmente el *apoyo social* como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza añadiendo que estas provisiones se pueden

producir tanto en situaciones cotidianas como en las de crisis (Lin y Ensel, 1989).

Cabe señalar también la diferencia existente entre *apoyo social* y *red social*, entendiéndose esta última, como las características estructurales observadas en las interacciones sociales mantenidas por un individuo, grupo o comunidad. El apoyo social incide especialmente en el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual (Díaz-Veiga, 1987).

En relación al *apoyo social* hay que señalar que la población de tercera edad experimenta una serie de *cambios biológicos y psicológicos* de manera especial. Asisten a una disminución del nivel de la salud física (estresor físico), así como cambios psíquicos condicionados por circunstancias afectivas: fallecimiento de algún allegado (pareja, amigos), cambio de residencia (traslado a una residencia, vivir con algún familiar) o rupturas familiares de hijos y parientes próximos (separaciones o divorcios). Estos acontecimientos revierten en menores índices de participación en la vida social y por lo tanto una reducción generalizada de los niveles de apoyo social y en la disminución de la red social.

Por lo que respecta al concepto de *bienestar psicológico* en los ancianos, los estudios han puesto de relieve que se ve influido por aspectos tales como la salud, el estatus socioeconómico, la educación, la ocupación previa, la práctica religiosa, el grado de interacción social, el estado civil, el tipo de alojamiento (vivienda propia, residencia) y la disponibilidad de transporte (Larson, 1978; Stock y cols. 1985). En

general, por lo que respecta al peso de las distintas variables en la explicación del bienestar se puede señalar que el bienestar psicológico es independiente del sexo y la edad y que otras variables relacionadas con los roles sociales como el estado civil y la ocupación, tienen tan sólo una débil influencia sobre el mismo. Otros aspectos, tales como el estatus económico social, los ingresos económicos, mantienen una correlación modesta con el bienestar psicológico. También ocurre esta relación con las variables relativas a lo que se ha denominado "estilo de vida" como la actividad social, la práctica religiosa, entre otras. Por último, puede afirmarse que la salud es el predictor más importante de bienestar psicológico. Respecto a este último factor hay que señalar que la salud percibida por el propio individuo es un predictor más potente de bienestar psicológico que la salud valorada por el médico. Así se ha comprobado que hasta un 16% de la varianza del bienestar psicológico puede estar explicada por la salud percibida (Okun, 1987).

En cuanto a la relación entre *bienestar* y *apoyo social*, la evidencia empírica sugiere que la dimensión de apoyo social más relacionada con el bienestar psicológico sería la satisfacción de los ancianos con el apoyo social recibido, esto es, una mayor satisfacción con la red social incluye positivamente en los sentimientos subsiguientes de bienestar del anciano (Krause y cols., 1989).

Por otro lado la *calidad de vida* se ha convertido en un término familiar y necesario en nuestro concepto de vida actual. El nacimiento del término se estima en la década de los sesenta, a juzgar por su aparición en la bibliografía específica y trabajos de investigación

concretamente, puede situarse en el año 1975, año en que comienzan a proliferar estudios y publicaciones con este título, si bien el "boom" surge en los años ochenta. Su origen podría estar centrado en el campo de la medicina, desde su función paliativa en los enfermos crónicos, para extenderse luego a los campos de la Psicología y la Sociología, y viene a sustituir otros términos como felicidad, salud o bienestar, comprendiéndolos, evitando sus sesgos conceptuales, y ampliando sus dominios. No obstante se debe considerar sus fuertes lazos con otros términos (felicidad, salud, bienestar) que le precedieron y son comprendidos en éste. Con facilidad se encuentran definiciones en las que felicidad equivale a bienestar, salud mental a bienestar psicológico, y este a calidad de vida.

Lawton (1984) y Calman (1987) consideran la *calidad de vida*, como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual y como la distancia entre las aspiraciones y los logros, respectivamente, aunque más que definiciones podrían ser entendidas como resultado de la estimación, medición o valoración de la propia vida. Si bien en ambos casos se hace referencia a la valoración, hay que considerar que, a pesar de la pluralidad de las dimensiones intervinientes, se debe estimar la calidad de vida desde la unidad, y así concebirla, a partir de los resultados, como la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa considerada como un todo, con referencia no solamente al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante.

En lo referente a las *dimensiones de la calidad de vida*, la mayoría de los investigadores parecen mostrar acuerdo en que en todas las definiciones de calidad de vida deberían considerar las siguientes:

- Funcionamiento físico y síntomas
- Funcionamiento emocional y disfunción conductual
- Funcionamiento intelectual y cognitivo
- Funcionamiento social y existencia de redes de apoyo
- Satisfacción con la vida
- Percepciones de salud
- Estatus económico
- Habilidad perseguir intereses (e.j., hobbies, trabajo) y ocio
- Funcionamiento sexual
- Energía y vitalidad

Según lo mencionado, en los sujetos de la tercera edad se convierte en prioritario el mantener una adecuada *calidad de vida* para asegurar su bienestar y felicidad en la medida de lo posible. Asimismo esta población, como ya se ha comentado, puede ser más vulnerable que otros segmentos de la población debido a los déficits cognitivos y físicos o a las condiciones de soledad ante las situaciones de enfermedad o de la vida diaria.

Hay que añadir también que la mejora en las *actividades de la vida diaria*, así como un aumento y mejor aprovechamiento del *ocio y del tiempo libre*, hacen que el sujeto de tercera edad perciba la vida como más agradable y a el mismo como teniendo una mayor

independencia y capacidad funcional, lo que repercute de forma importante en su *calidad de vida*.

Por lo tanto es necesario tomar medidas para aumentar las *redes de apoyo social* de los sujetos de la tercera edad que a su vez llevan a un aumento del apoyo social y de la calidad de vida. Tanto los gobiernos, los ciudadanos y los profesionales de la salud deben tener en cuenta esta nueva población en auge para poder satisfacer las demandas que requieren, darles la asistencia necesaria y asegurarles el completo bienestar en esta última etapa de su vida.

En este punto hay que señalar que el *apoyo social* es una variable de vital y prioritaria importancia en la tercera edad, para aumentar y mantener su salud física y psicológica y para asegurar la calidad de vida en esta etapa. El establecer y conservar unas óptimas redes de apoyo será la base para potenciar el bienestar del sujeto. El deterioro gradual, tanto físico como mental, hacen que el sujeto reduzca sus contactos sociales tanto en número como en calidad, por lo tanto es necesario evaluar esta variable para saber como funciona en estos sujetos y para poder, a su vez, potenciarla.

En la literatura se encuentran muchos *instrumentos* para medirlo (ver Tabla 1.2, pg. 37) pero se pretende, en la parte dedicada a los resultados obtenidos en el presente trabajo, averiguar cuáles son las diferencias en el estado físico y psicológico, así como en las actividades de la vida diaria y nivel de actividad, forma de ver la vida, etc, según el grado de apoyo social que el sujeto perciba a su alrededor. Para ello se utilizarán la batería de instrumentos de Martorell y cols. (1994)

adaptada específicamente para la población de tercera edad. De la descripción de esta batería, así como de la muestra utilizada para esta investigación y de los análisis realizados y los resultados obtenidos se tratará en los siguientes capítulos.

II. METODOLOGIA

II. METODOLOGIA

En esta segunda parte del trabajo se expondrán en primer lugar, los objetivos e hipótesis planteados en este estudio y que han partido de las preguntas que surgen del objetivo general planteado en un principio.

En segundo lugar se presentaran las variables que se han tomado como objeto de estudio y los instrumentos que han sido utilizados para evaluarlas.

A continuación, y en tercer lugar, se ofrecerá la descripción de cómo se ha llevado a cabo el procedimiento de recogida de información para cada una de las muestras estudiadas.

En cuarto lugar, se llevará a cabo la descripción de las variables demográficas más importantes o representativas para cada una las muestras objeto de estudio según los análisis estadísticos realizados: muestra general, muestras específicas, muestras equiparadas y muestra del retest.

Por último, se presentará la información relativa al estudio y tratamiento estadístico de los datos obtenidos, es decir, se justificaran los distintos análisis estadísticos realizados.

2.1. OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1. OBJETIVOS E HIPOTESIS

El **objetivo general** del presente trabajo se centrará en comprender la incidencia que tienen algunas variables de funcionamiento social y personal en el apoyo social en la tercera edad.

Así, y una vez conocido el estado actual de los estudios sobre la tercera edad, las **preguntas** que surgen de este objetivo general podrían resumirse en las siguientes:

1. ¿ Pueden las variables sociodemográficas influir en la competencia conductual, la calidad de vida o el apoyo social de los sujetos de la tercera edad?
2. ¿ Existen diferencias entre los sujetos procedentes de distintas instituciones en relación con la competencia conductual, la calidad de vida o el apoyo social que perciben?
3. ¿ Hay relación entre los resultados obtenidos en el instrumento que evalúa el apoyo social?
4. ¿ Se puede establecer relación entre el instrumento que evalúa el apoyo social y los que miden la competencia conductual y la calidad de vida?

Una vez planteadas estas preguntas, y de acuerdo con el objetivo general mencionado, las **Hipótesis de Trabajo** que han guiado esta investigación y, por tanto, las hipótesis operativas que de ellas se derivan, son las siguientes:

Hipótesis 1: Existe relación entre las áreas de competencia conductual, calidad de vida, apoyo social y las variables sociodemográficas.

Hipótesis 1.1: Si la **competencia conductual** de los sujetos está mediatizada por las *variables sociodemográficas*, entonces aparecerán diferencias significativas en el nivel de competencia conductual dependiendo de esas variables.

Hipótesis 1.2: Si la **calidad de vida** está mediatizada por las *variables sociodemográficas*, entonces las diferencias significativas en la calidad de vida dependerán de estas variables.

Hipótesis 1.3: Si el **apoyo social** tiene relación con las *variables sociodemográficas*, entonces aparecerán diferencias significativas en el apoyo social, dependiendo de esas variables.

Hipótesis 2: Existe relación entre el centro de procedencia y los resultados obtenidos en las áreas de competencia conductual, calidad de vida y apoyo social, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas.

Hipótesis 2.1: Si el *centro de procedencia* de los sujetos influye en la **competencia conductual**, entonces aparecerán diferencias significativas según el lugar del que procedan.

Hipótesis 2.2: Si el *centro de procedencia* de los sujetos influye en los resultados obtenidos en la **calidad de vida**, entonces las diferencias significativas aparecerán dependiendo del lugar del que procedan.

Hipótesis 2.3: Si el *centro de procedencia* influye en el *apoyo social* que perciben los sujetos, entonces las diferencias significativas aparecerán según el lugar del que procedan.

Hipótesis 3: Existe relación entre los aspectos considerados como representativos del **apoyo social**, por tanto habrá correlación intra instrumento.

Hipótesis 4: Existe relación entre el *apoyo social* y la *competencia conductual* y entre el *apoyo social* y la *calidad de vida*, por tanto habrá correlación entre dichas variables.

Una vez detalladas las hipótesis, se pasará a describir los análisis realizados, así como los resultados obtenidos con el fin de poder establecer la veracidad o no de estas hipótesis.

**2.2. *VARIABLES ESTUDIADAS E
INSTRUMENTOS UTILIZADOS***

2.2. VARIABLES ESTUDIADAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Las variables estudiadas se describirán junto con los instrumentos utilizados para su evaluación. En concreto, los instrumentos de evaluación utilizados en el presente estudio, han sido numerosos dado el interés en conocer lo mejor posible las características y el funcionamiento habitual de las muestras. En su conjunto (ver Anexo A), han sido elaborados y/o adaptados para esta investigación por Martorell y cols.(1994). Los instrumentos aplicados han sido los siguientes:

Variables sociodemográficas y de nivel de vida

- Información biográfica (IB)

Variables de Competencia Conductual

- Actividades de la Vida Diaria (AVD)
- Cuestionario de Información Personal (CIP: HF y NA)

Variables de Calidad de Vida

- Evaluación de Servicios Generales de Tercera Edad (ESGTE)
- Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)

Variable Apoyo Social

- Apoyo Social (AS)

Con el fin de poder identificarlos con mayor facilidad, al tiempo que tener un mejor conocimiento de ellos para facilitar la comprensión del estudio y de los resultados obtenidos, a continuación se presentan las variables estudiadas.

Las *variables sociodemográficas y de nivel de vida* han sido evaluadas a partir del **Cuestionario de Información Biográfica (IB)**. Los datos considerados en él se asemejan a los utilizados en los trabajos de Díaz Veiga (1985), Fernández-Ballesteros (1992), INSERSO (1993), y Martorell y cols. (1994) que han servido de base para la elaboración del presente cuestionario. En él se reseñan los datos referentes a la edad, el sexo, el estado civil, el lugar de nacimiento y de residencia, el nivel de estudios, la profesión antes de jubilarse, con quien vive normalmente, si cobran pensión y, en caso afirmativo, su cuantía.

Como puede observarse (Tabla 2.1), la información contemplada en el cuestionario se refiere tanto a las características demográficas como a la situación socio-económica de los sujetos. Esta última información permitirá comprender mejor su calidad de vida o su carencia, evaluada en otros instrumentos.

Las *Variables de Competencia Conductual* relacionadas con la denominación de Lawton (1982, 1983) donde se consideran las actividades de la vida diaria y habilidades funcionales de los sujetos, así como el nivel de actividad. Los instrumentos que incluye son el **Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD)** y el **Cuestionario de Información Personal (CIP)**.

**Tabla 2.1. Variables del instrumento de Información
Biográfica (IB)**

- Edad			
- Sexo:	- Hombre		
	- Mujer		
- Lugar de nacimiento			
- Estado civil:	- Soltero		
	- Casado		
	- Viudo		
	- Separado		
- Número de hijos			
- Número de nietos			
- Número de biznietos			
- Nivel de estudios alcanzado:			
	- No sabe leer y escribir		
	- Básicos (leer y escribir)		
	- Primarios (EGB)		
	- <u>Bachiller</u> : - elemental - superior		
	- <u>Titulación</u> : - media - universitaria		
- Profesión antes de jubilarse			
- ¿ Con quién vive?			
	- Solo	- Pareja	- Hijos
	- Otros familiares	- Residencia	- Otros
- Lugar de residencia			
- ¿Cobra pensión?			
Si ha respondido SI, está comprendida entre :			
	- Menos de 30.000	-30.000 y 40.000	
	- 40.000 y 60.000	-60.000 y 80.000	
	- 80.000 y 100.000	-100.000 y 120.000	
	- 120.000 y 150.000	-más de 150.000	

- **Actividades de la Vida Diaria (AVD).** Del mismo modo que Kane y Kane (1981) hacen al definir el campo del estado funcional en el *Instrumento de Fuentes y Servicios Americanos para la Tercera Edad (Older Americans Resources and Services (OARS) Instrument)*, o Hunt y cols. (1984) en el *Perfil de Salud de Nottingham (The Nottingham Health Profile: NHP)*, este instrumento está en la línea de Lawton (1982, 1983) cuando habla de la competencia conductual dentro de los sectores evaluativos de las dimensiones de la calidad de vida. Se trata de una adaptación, partiendo de los datos anteriores, de Fernández-Ballesteros (1992) al estudiar las actividades de la vida diaria en la tercera edad.

El cuestionario tiene por objeto muestrear actividades que realizan normalmente o todos los días los sujetos; estas actividades están relacionadas con la higiene personal y autonomía para vestirse, comer, etc. En concreto, se pregunta por la frecuencia con que se realizan un total de once actividades de la vida diaria, siendo 4 las alternativas de respuesta: nunca, algunas veces, frecuentemente, siempre.

- **Cuestionario de Información Personal (CIP).** Así como el instrumento del *Perfil del Impacto de la Enfermedad (The Sickness Impact Profile, SIP)* de Bergner y cols. (1981) señala en algunos de sus campos o categorías, o como la *Escala de Calidad del Bienestar (The Quality of Well-Being*

(*QWB Scale*) de Kaplan y cols. (1986) establece al hablar de los niveles de funcionamiento obtenidos a través del cuestionario, este instrumento es una adaptación de los anteriores y se encuentra en la línea de tener en cuenta el nivel de actividad y el estado funcional de los sujetos a la hora de establecer la competencia conductual de los mismos.

Este cuestionario consta de dos partes, una referida a las *Habilidades Funcionales (HF)* y, otra referida al *Nivel de Actividad (NA)*. La primera parte (**HF**) consta de 10 ítems, con tres alternativas de respuesta que hacen referencia a la necesidad o no de ayuda para realizar una serie de actividades funcionales (no necesito ayuda, necesito algo de ayuda, necesito toda la ayuda); la segunda parte (**NA**) consta de 13 ítems con dos alternativas de respuesta (sí/no) en cuanto a actividades que la persona realiza o no normalmente.

Las *Variables de Calidad de Vida* siguiendo la denominación de Stewart y cols. (1981) y Kane y Kane (1981) y Lawton (1983) entre otros, agrupa los instrumentos utilizados para su evaluación, que son: **Evaluación de Servicios Generales de Tercera Edad (ESGT)** y **Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)**

- *Evaluación de Servicios Generales de Tercera Edad (ESGTE)*. Este es un instrumento adaptado del *Instrumento de Fuentes y Servicios Americanos para la Tercera Edad (Older Americans Resources and Services (OARS))*

Instrument) que ha sido ampliamente utilizado, con buena fiabilidad y alta validez (Kane y Kane, 1981) y que fue diseñado por el Centro para el Estudio de la Vejez y el Desarrollo Humano de la Universidad de Duke, en Estados Unidos (1978).

La elección de este instrumento viene apoyada por la importancia que se le da al campo de los servicios o recursos sociales y económicos en la evaluación de la calidad de vida. En él se listan un total de 10 situaciones o servicios que la observación y la bibliografía existente (Fernández-Ballesteros, 1992) ha mostrado que son relevantes para la tercera edad. Como el concepto de utilidad y relevancia puede variar de un estudio a otro, se ha añadido un undécimo ítem que se ha denominado *Otros servicios* con el fin de muestrear lo mejor posible los servicios o situaciones desde el punto de vista de la muestra.

En un primer momento, se le pide al sujeto que, desde su perspectiva, indique si las situaciones enumeradas las considera o no importantes para ese estadio de la vida. En un segundo apartado, el sujeto debe indicar, de entre todos estos servicios, tres de ellos y jerarquizarlos por orden de importancia.

- ***Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)***. Este cuestionario es una traducción del instrumento de *Medidas del Estado de Salud RAND (RAND Health Status Measures)*

de Stewart y cols. (1981) que destaca la importancia de los aspectos relacionados tanto con la salud física como con la psicológica a la hora de evaluar la calidad de vida. Este instrumento como el OARS, anteriormente mencionado, evalúa la calidad de vida referida a la salud mental y a la salud física.

Consta de un total de 8 preguntas generales con distintas alternativas de respuesta a las que el sujeto responde, primero objetivamente y en los dos últimos items (7 y 8) más subjetivamente. Esto ocurre ya que se le pregunta, en una escala de frecuencias que va desde *nunca* a *mucho*, por una serie de problemas psicológicos; y en la última pregunta se le pide que, desde *excelente* a *mal*, diga cómo piensa que es su estado de salud general en la actualidad.

En él se exploran aspectos relacionados con la salud de la persona: las veces que ha ido al médico durante el último año; los medicamentos que está tomando; los días que ha permanecido en cama y/o en el hospital; dificultades que tienen para hablar, oír, ver, andar; si sufre algún tipo de enfermedad; si tiene problemas relacionados con ira, depresión, concentración, miedo,...; y el estado de salud en general.

La *Variable Apoyo Social* viene determinada por el instrumento de **Apoyo Social (AS)** de Martorell y cols. (1994) que ha sido adaptado para su evaluación a partir del desarrollado por Díaz

Veiga (1985). El *Inventario de Recursos Sociales* en personas mayores de Díaz Veiga (1985) está diseñado para evaluar específicamente el apoyo social en población anciana tanto en lo que respecta a las fuentes de apoyo (pareja, hijos, familiares y amigos) como en los tipos posibles de apoyo (emocional e instrumental). Para ello, dicho autor incorpora, además, algunos índices de la red social (frecuencia de contacto) y de integración social (poseer amigos).

El AS viene, además, respaldado perfectamente por el Modelo que House y Kahn (1985) proponen en la Organización teórica para evaluar la calidad de las medidas de apoyo social como: tipo, fuente y cantidad o calidad. También considera la importancia del apoyo social percibido señalado en los instrumentos de medida del apoyo social como: la *Escala de Apoyo Social Percibido* de Rodríguez Marín y cols. (1989). Estos autores observan la importancia de evaluar el tipo de apoyo entre los miembros de la red, así como el nivel de satisfacción y la importancia de determinar el tipo de apoyo que caracteriza las diferentes transacciones.

El objeto del cuestionario es evaluar el apoyo social con el que cuenta la persona en el medio en el que vive. Para ello se toma en consideración el número de contactos (con cinco alternativas de respuesta: desde no corresponde a una o más veces al día), y al apoyo emocional y económico que la persona percibe de sus relaciones con los demás. Las respuestas del sujeto vienen dadas por 2 alternativas de respuesta que se pueden contabilizar posteriormente como cuatro: apoyo afectivo, apoyo emocional, ambos, ninguno. Al mismo tiempo,

se explora el tipo de relación y el grado de satisfacción que le produce la relación que la persona mantiene con su pareja, hijos, familiares y amigos. En este caso el sujeto debe responder en base a una escala de frecuencias: poco, algo, bastante, mucho.

***2.3. PROCEDIMIENTO DE
RECOGIDA DE INFORMACION***

2.3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACION

La recogida de la información se llevó a cabo en un Balneario (n= 724) situado en la Comunidad Valenciana, en diferentes Hogares del Pensionista (n= 52) y en una Residencia de la Tercera Edad (n= 73). Para ello se siguieron los mismos pasos de recogida de información que en la investigación previa a la realización de este estudio (Martorell y cols., 1994).

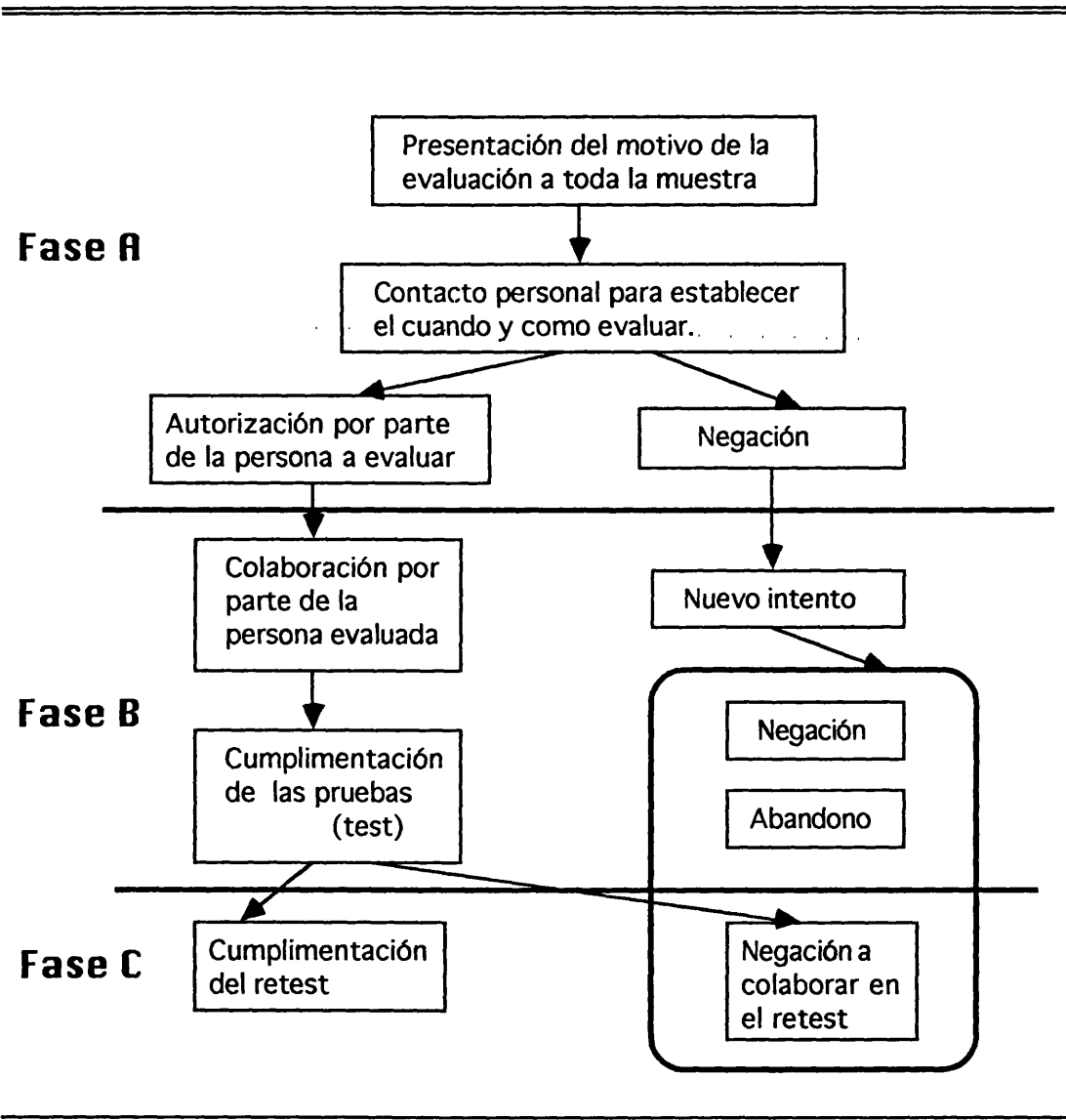
Para realizar la experimentación en la *muestra del Balneario* y del *Hogar del Pensionista* se pidió permiso a la institución para tomar contacto con sus clientes y administrar los instrumentos. Hay que señalar que el periodo de estancia de los sujetos en el Balneario era de 15 días para la aplicación de tratamientos termales. En ambos centros se tomó contacto directamente con los sujetos (cuya selección fue realizada al azar) explicándoles el objetivo de la investigación; la participación fue totalmente voluntaria. El procedimiento seguido para recoger la información en la *muestra general* y en la procedente del *Hogar del Pensionista* se ha realizado en tres fases (Figura II.1).

Fase A. Está compuesta por la presentación y explicación del motivo de la evaluación, así como establecer el contacto para cumplimentar los instrumentos.

Fase B. En segundo lugar, los sujetos que han manifestado su rechazo a participar en la experimentación se les vuelve a invitar. Los que han dado su consentimiento, tanto la primera como la segunda vez, realizan las pruebas.

Fase C. En tercer lugar algunos de los sujetos experimentales son los que han participado en el retest.

Figura II.1. Procedimiento seguido con los sujetos de la muestra del Balneario y Hogares del Pensionista.



En la muestra de la *Residencia* también se pidió permiso a la institución aunque la recogida de datos fue un poco diferente. El procedimiento seguido para la experimentación se centra en dos fases (Figura II.2):

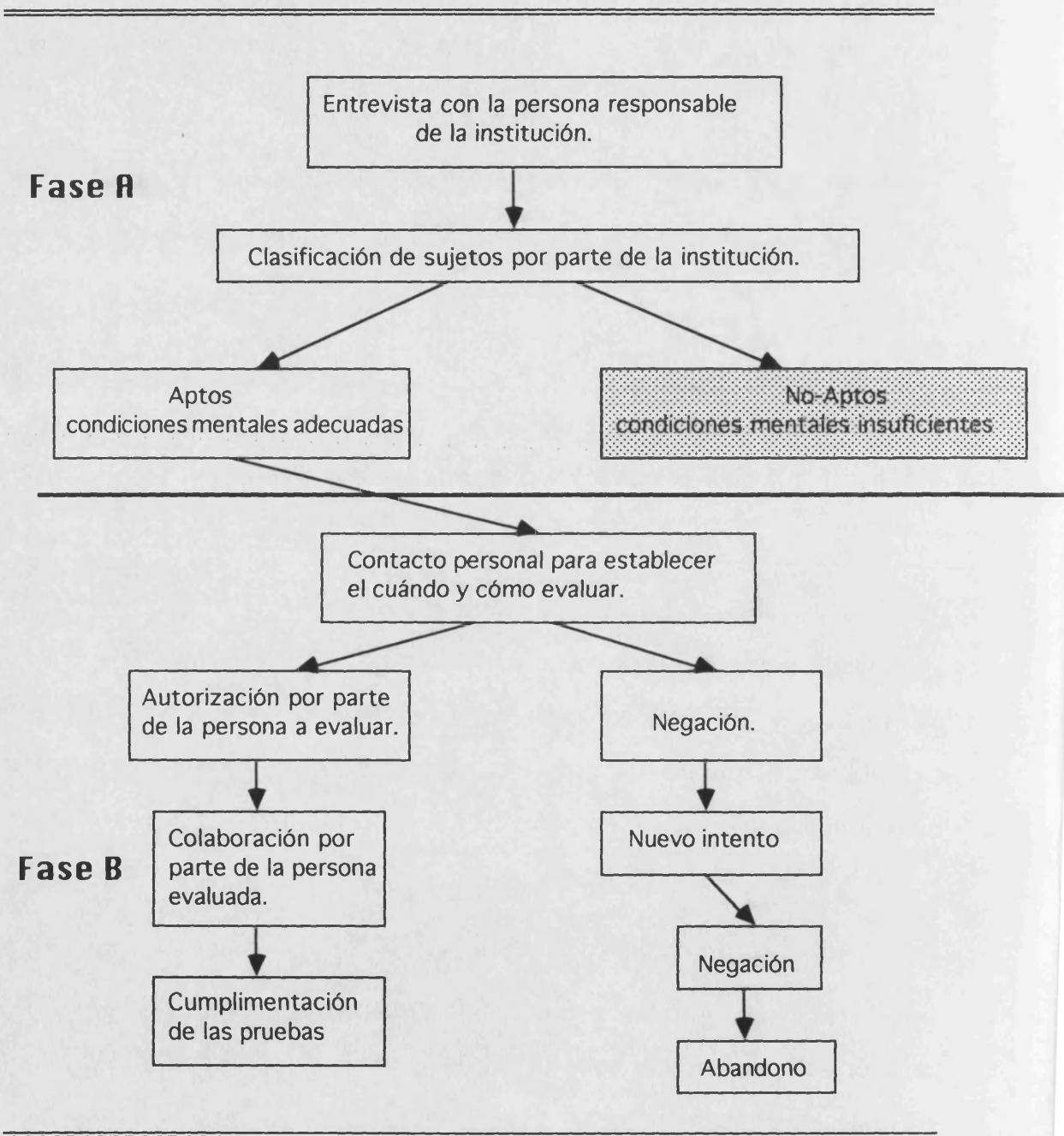
Fase A. En este caso los sujetos fueron clasificados en aptos y no aptos por el personal de la residencia en función de si los sujetos reunían o no las condiciones físicas y mentales para administrarles la batería de instrumentos.

Fase B. Los sujetos considerados aptos para la experimentación fueron citados y como en las muestras anteriores, se les invitó a participar e informó que esta era voluntaria.

Este proceso, tal y como puede observarse (Figura II.2) es muy similar al anterior, sobre todo a partir de la clasificación de los sujetos en aptos o no aptos, por parte de la institución, para la cumplimentación de las pruebas. Sin embargo, como ya se ha mencionado, no cumplimentaron el retest, ya que los sujetos de la *Residencia* no fueron objeto de él.

En todos los casos, una vez dado el consentimiento por parte del sujeto, se les aseguraba la confidencialidad de los datos obtenidos y también se les ofrecía la posibilidad del anonimato en el cuestionario, si así lo deseaban.

Figura II.2. Procedimiento seguido con los sujetos de la muestra de la Residencia.



Por último, hay que señalar que la muestra del retest procede exclusivamente del Balneario. Los sujetos que forman esta muestra fueron escogidos durante varias quincenas al azar. El periodo temporal entre el test y el retest estuvo comprendido aproximadamente entre diez y doce días de estancia en el Balneario.

La administración de las pruebas fue realizada a partir del segundo o tercer día de su llegada al Balneario, pudiendo hacerse hasta el penúltimo día de su estancia en él.

2.4. ESTUDIO DE LA MUESTRA

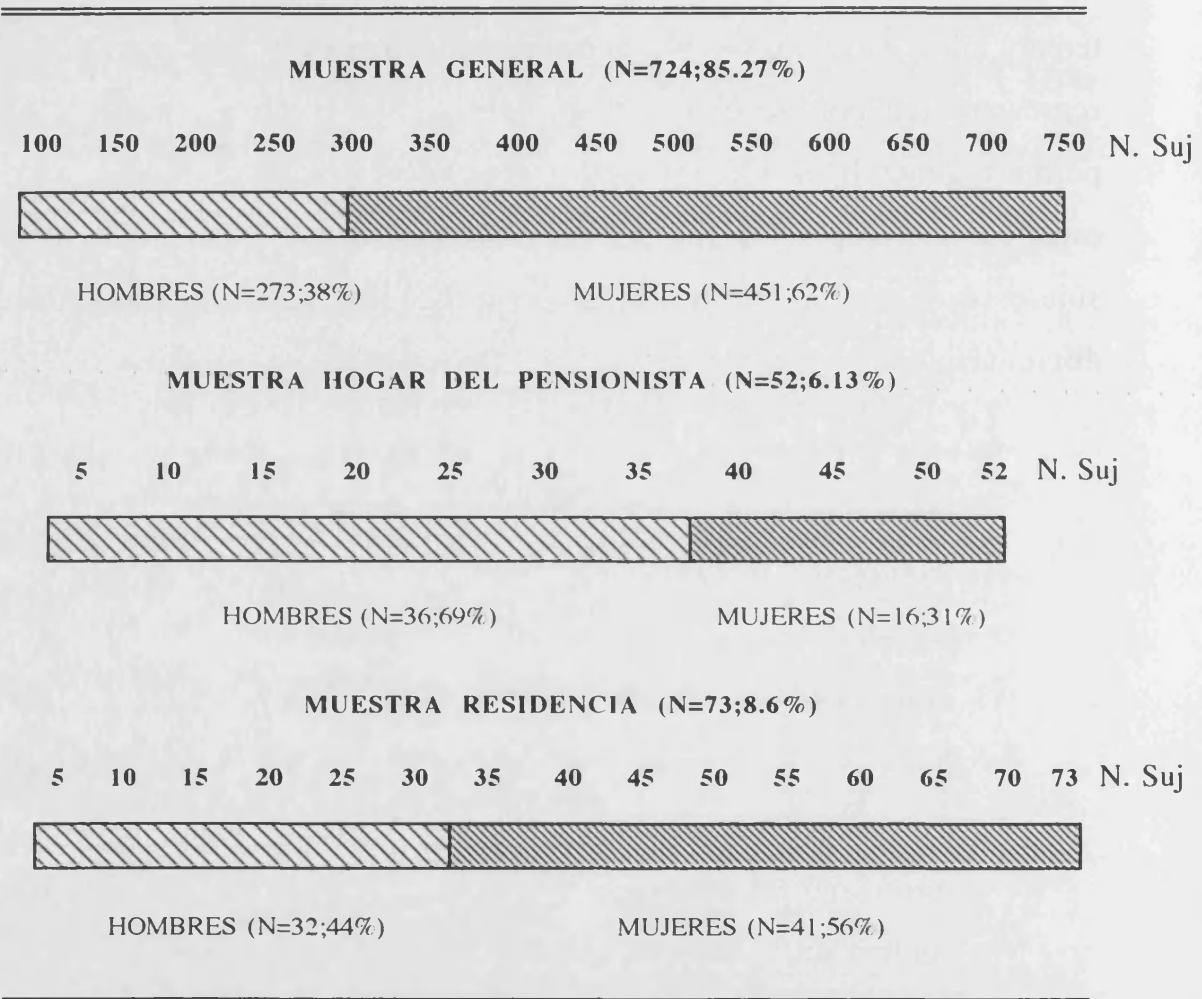
2.4. ESTUDIO DE LA MUESTRA

En su conjunto la muestra utilizada en nuestro estudio es una muestra amplia y representativa de los sujetos pertenecientes a la tercera edad. Decimos amplia porque está formada por 849 sujetos, y representativa porque debido a su extracción y número nos va a permitir generalizar algunos de los resultados obtenidos. En base a estas características y a los distintos centros de procedencia de los sujetos que componen la muestra, se ha realizado la siguiente diferenciación:

- Una primera muestra que se denominará *muestra general* (MG), ya que es la que permitirá realizar los análisis generales, al tiempo que extraer los sujetos para poder establecer comparaciones con los grupos específicos. Esta muestra está compuesta por 724 sujetos y proceden de un *Balneario* de tratamientos de aguas termales situado en la Comunidad Valenciana al cual acuden sujetos de toda España. Asimismo, de este centro también proceden los sujetos que conforman la muestra que se ha utilizado para la realización del retest.
- Una segunda muestra que se ha denominado *muestra específica* y que procede de dos centros situados en la Comunidad Valenciana: el *Hogar del Pensionista* (n=52) y la *Residencia de la Tercera Edad* (n=73).

A continuación, se presenta (Figura II.3) la distribución de las muestras estudiadas en cuanto a su número y sexo.

Figura II.3. Distribución de la muestra general y específicas.



Como puede observarse, el grupo de la *muestra general* (Figura II.3) representa el grupo más importante con el 85.27% del total de los sujetos estudiados, mientras que las *muestras específicas*, del *Hogar del Pensionista* y de la *Residencia*, sólo representan el 14.73% del total de sujetos.

En cuanto a la distribución según el *sexo* como se puede observar, hay más mujeres que hombres, excepto en el *Hogar del Pensionista* donde el número de mujeres es inferior al de hombres.

Concretamente en la *muestra general* las mujeres representan el 62.3% y en la *Residencia* el 56.16%. Sin embargo en el *Hogar del Pensionista* el número de hombres es mayor (69.23%), frente al de mujeres (30.77%). En este caso nos planteamos el porque, y una respuesta, quizá simplista, sea que ello responde a una "costumbre social", donde son los hombres normalmente los que salen de casa para tomar el café, jugar una partida de cartas con los amigos, ... y no así las mujeres.

En resumen, puede decirse que la muestra está dentro de lo esperado, ya que el número de mujeres en total es más elevado. En este sentido cabe señalar que la esperanza de vida de las mujeres es aproximadamente 7 años más que en los hombres (INSERSO, 1989). En la actualidad la esperanza de vida en nuestro país, supera los 78 años siendo de 75 años para los hombres y de 81 años o más para las mujeres; de este modo, la esperanza de vida ha pasado, en menos de un siglo, de 35 a 78 años de edad (Bermejo Pareja, 1993). En sentido general y en relación con países tales como Austria, EE.UU., Francia, Grecia, Inglaterra, Italia, Japón, Suecia y Suiza, España ocupa el cuarto lugar en esperanza de vida.

2.4.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS: MUESTRA GENERAL Y ESPECIFICAS

Las características más relevantes observadas en las diferentes muestras estudiadas (sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, de nietos y de biznietos) se presentan a continuación (Tabla 2.2).

Tabla 2.2. Características Demográficas

VAR. DEM.	MG		MH				MR					
	H	M	H	M	H	M						
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%				
SEXO	273	38%	451	62%	36	69%	16	31%	32	44%	41	56%
EDAD												
65-69	128	47%	233	52%	7	20%	7	44%	9	28%	6	14%
70-74	91	33%	116	25%	17	47%	2	12%	10	31%	2	5%
75-79	38	14%	60	13%	8	22%	4	25%	8	25%	15	37%
80-84	12	4%	26	6%	4	11%	3	19%	3	10%	11	27%
85-89	2	1%	13	3%	0	0%	0	0%	1	3%	7	17%
+90	2	1%	3	1%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%
ESTADO CIVIL												
Soltero	12	5%	22	5%	0	0%	1	6%	11	34%	6	14%
Casado	224	82%	217	48%	27	75%	3	19%	8	25%	6	14%
Viudo	28	10%	202	45%	8	22%	12	75%	12	38%	29	72%
Separado	9	3%	10	2%	1	3%	0	0%	1	3%	0	0%
TOTAL	273		451		36		16		32		41	
Media Edad	70.3		70		72.6		72.8		73.2		78.2	

NOTA: MG=MUESTRA GENERAL; MH=MUESTRA HOGAR DEL JUBILADO; MR=MUESTRA RESIDENCIA; H=HOMBRES; M=MUJERES.

Respecto a la *edad*, los sujetos han sido agrupados en seis intervalos: 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 y más de 90. Se considera que aunque la amplitud en el intervalo no sea la más adecuada, pues a partir de los 75 años el deterioro en el funcionamiento

general del sujeto es mayor, sin embargo, se ha mantenido el mismo rango para cada etapa estudiada, para dar mayor unidad a las categorías.

Como puede observarse (Tabla 2.2 y Tabla 2.3), la muestra más joven se encuentra en el *Balneario o muestra general*, donde mayoritariamente, tanto los hombres (47%) como las mujeres (52%) se sitúan entre los 65-69 años de edad. Sin embargo, tanto en el *Hogar del Pensionista* como en la *Residencia*, la edad de la muestra es superior a los 70 años. Concretamente, las distribuciones por edad en cada una de las muestras son:

Tabla 2.3. Distribución de frecuencias y porcentajes por edad en totales: muestra general, hogar del pensionista y residencia.

EDAD	MG		MH		MR	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
65-69	361	49.9	14	26.9	15	20.6
70-74	206	28.5	19	36.5	12	16.4
75-79	98	13.5	12	23.1	23	31.5
80-84	38	5.3	7	13.5	14	19.2
85-89	15	2.1	0	0	8	10.9
Más de 90	5	0.7	0	0	1	1.4
Media	70.15		72.67		76.02	
D.T.	6.35		5.12		7.25	

En la *muestra general*, la media de edad es de 70.15 años, siendo ligeramente mayor en los hombres ($\bar{X}=70.3$) que en las mujeres ($\bar{X}=70$), los sujetos del menor intervalo de edad (65-69) y de sexo femenino, son los que alcanzan un porcentaje más alto (49.9%)

seguido por los que tienen entre 70 y 74 años de edad (28.5%). Llama la atención cómo ésta es la muestra más joven (ver Tabla 2.2 y Figura II.4).

Respecto a la distribución por sexos y edad, se observa la misma tendencia que en la muestra general total, es decir, tanto el número de hombres como el de mujeres disminuye con la edad.

Es de señalar que en todos los intervalos el número de mujeres es superior al de los hombres, llegándose incluso a doblar en algunos casos y aumentando esta relación con la edad. Concretamente a partir de los 75-79 años los hombres descienden a un tercio respecto al rango siguiente, mientras las mujeres disminuyen la mitad.

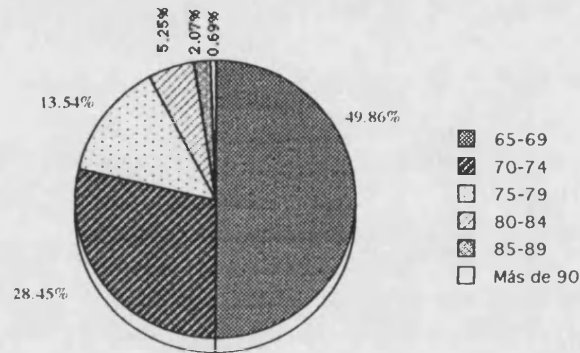
En el *Hogar del Pensionista* , las edades son en global ($\bar{X}=72.67$) más altas (Tabla 2.3.) siendo semejantes tanto en hombres ($\bar{X}=72.6$) como en mujeres ($\bar{X}=72.8$). La frecuencia más elevada se encuentra en el intervalo comprendido entre los 70 y 74 años que representa el 36,5% de los sujetos (Figura II.4), seguido por los sujetos que tienen de 65 a 69 años (26.9%) y los de 75 a 79 años (23.1%). Es de notar que la proporción de sujetos en cada grupo de edad tiene el mismo descenso que en la *muestra general* (Tabla 2.2).

Concretamente, la mayoría de los sujetos se agrupan en el intervalo de 70-74 años (n=19), aunque al diferenciar entre sexos este dato es cierto para los hombres (n=17), pero no para las mujeres que mayoritariamente se agrupan en el intervalo de 65-69 años (n=7).

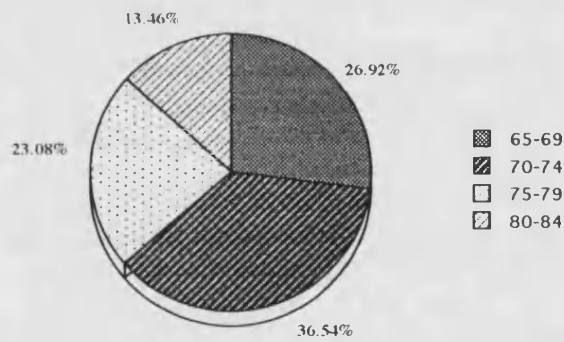
En la figura II.4 se presenta la distribución por rangos de edad en las tres muestras.

Figura II.4. Distribución de las muestras por edades

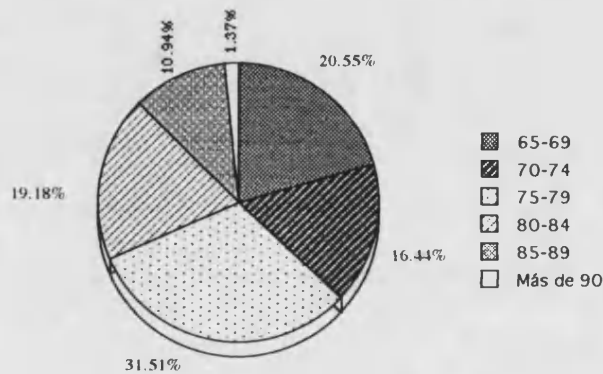
a. Muestra general



b. Muestra específica: Hogar del Pensionista



c. Muestra específica: Residencia



La muestra de la *Residencia* (Tabla 2.2) forma el grupo de mayor edad ($\bar{X}=76.02$) donde las mujeres ($\bar{X}=78.2$) son mayores que los hombres ($\bar{X}=73.2$). En cuanto a la distribución, cabe señalar que la mayoría de sujetos están en el intervalo entre 75 y 79 años de edad (31.5%), seguido del grupo de 65-69 años (20.6%) y por los de 80-84 años (19.2%).

En esta muestra, destaca que la mayoría de los hombres tienen menos edad que las mujeres; es decir, mientras ellos se agrupan más entre 70 a 74 años ($n=10$), las mujeres se sitúan entre los 75 y 79 años de edad ($n=15$).

En cuanto al *lugar de nacimiento y lugar de residencia*, cabe señalar que estas variables no aparecen en la Tabla 2.2, esto es debido a que existe gran dispersión de provincias de procedencia respecto al lugar de nacimiento. En cuanto al lugar de residencia, en dos de las muestras es siempre la provincia de Castellón. Sin embargo, a modo indicativo, los datos más indicativos se exponen a continuación.

Respecto al lugar de nacimiento en la *muestra general*, la gran mayoría (25.7%) han nacido en la provincia de Valencia, seguido por Madrid (11.68%) y en tercer lugar Albacete (9.04%). Como se observa, existe una gran dispersión en la variable *lugar de nacimiento*, ya que los porcentajes de las tres provincias mencionadas suman solamente el 46.42%, por lo tanto el lugar de nacimiento del resto de sujetos se encuentran dispersos por las demás provincias españolas (53.58%).

Por otro lado, los sujetos de esta muestra, residen actualmente en la provincia de Valencia (39%), en Madrid (23.4%), en Albacete (7.9%) y en Alicante (6.7%). El lugar de residencia de los sujetos restantes, como en el caso del lugar de nacimiento, es muy disperso (23%).

En la muestra de los *Hogares del Pensionista*, la provincia de nacimiento que aparece en primer lugar es Castellón (50%), seguida de Valencia (7.69%) y de Albacete, Cuenca, Jaén y Teruel (5.77% en cada una de ellas). El resto de los sujetos nacen, como puede observarse, en otras provincias (19.23%). La mayoría de los sujetos residen actualmente en la provincia de Castellón.

En la muestra de la *Residencia* cabe destacar que la mayoría de los sujetos, (entre un 40 y un 50%), han nacido en la provincia de Castellón y todos ellos residen en Castellón (100%).

También se considera importante señalar que entre el 65% de la población total han nacido en pueblos y residen en ellos en la actualidad el 50% del total y solo el 15% residen en la ciudad. Por lo que el lugar de residencia de la muestra se distribuye en partes iguales entre la ciudad y el pueblo.

Es de interés destacar que no se ha diferenciado entre sexos ya que los datos revelan que tanto hombres como mujeres se distribuyen de forma muy similar en cada una de las muestras.

En cuanto al *Estado Civil*, la Tabla 2.2 recoge la frecuencia y el porcentaje de esta variable para cada uno de los grupos estudiados.

Concretamente, la mayoría de los hombres están casados, excepto en la *muestra de la residencia*, mientras que en general predominan las mujeres viudas.

En la *muestra general*, los hombres mayoritariamente (82%) están casados y, aunque en menor número, también lo están las mujeres (48%).

En la muestra de los *Hogares del Pensionista* hay que destacar que la mayor parte de los hombres son casados (75%) mientras que en las mujeres predominan las viudas (75%).

Por último, en la muestra de *Residencia*, el grupo más importante tanto en hombres (38%) como en mujeres (72%), son de viudos. Como se puede observar el mayor el porcentaje es de viudas.

Estos datos se ajustan a lo anteriormente señalado sobre la mayor esperanza de vida (INSERSO, 1989) en las mujeres y por lo tanto la mayor existencia de mujeres viudas.

2.4.2. CARACTERISTICAS DEL NIVEL DE VIDA: MUESTRA GENERAL Y ESPECIFICAS

En este apartado se exponen los datos de las variables incluidas en la categoría del nivel de vida en cada una de las muestras estudiadas: muestra general, muestra del hogar del pensionista y muestra de la residencia (Tabla 2.4).

Tabla 2.4. Características del Nivel de Vida

VAR. DEM.	MG				MH				MR			
	H		M		H		M		H		M	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CON HIJOS	244	89%	402	89%	35	97%	14	88%	17	53%	26	63%
SIN HIJOS	29	11%	49	11%	1	3%	2	12%	15	47%	15	37%
NIVEL ESTUDIOS												
No leer ni escribir	14	5%	55	12%	3	8%	3	19%	7	22%	11	26%
Básicos	123	45%	252	56%	21	58%	8	50%	15	48%	20	49%
Primarios	79	29%	92	21%	10	28%	3	19%	4	12%	8	20%
Bachi. Elem.	28	11%	23	5%	2	6%	1	6%	4	12%	2	5%
Bachi. Sup.	5	2%	5	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Titul. Media	18	6%	17	4%	0	0%	1	6%	2	6%	0	0%
Titul. Univ.	6	2%	6	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
PROFESION												
Obrero/Autónomo	61	22%	18	4%	16	44%	2	12%	15	47%	7	17%
Empleado	52	19%	39	8%	7	19%	2	12%	3	9%	7	17%
Agricultor	46	17%	13	3%	6	17%	1	7%	9	28%	6	15%
Ama de casa	0	0%	287	65%	0	0%	6	38%	0	0%	21	51%
Resto	114	42%	94	20%	7	20%	5	31%	5	16%	0	0%
CON QUIEN VIVE												
Solo	20	8%	128	28%	3	8%	9	56%	0	0%	0	0%
Pareja	238	87%	223	50%	26	72%	2	13%	0	0%	0	0%
Hijos	9	3%	72	16%	7	20%	4	25%	0	0%	0	0%
Otros Famil	4	1%	22	4%	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%
Residencia	1	.5%	4	1%	0	0%	0	0%	32	100%	41	100%
Otros	1	.5%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
COBRA PENSION												
No Cobra	4	2%	124	26%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
- 30.000	8	3%	40	8%	2	3%	2	13%	1	3%	2	5%
30.000-40.000	8	3%	73	16%	0	0%	1	6%	7	20%	12	28%
40.000-60.000	129	47%	156	38%	12	36%	10	62%	17	56%	22	55%
60.000-80.000	35	13%	30	6%	10	29%	2	13%	2	6%	2	5%
80.000-100.000	50	18%	17	3%	10	29%	1	6%	2	6%	2	5%
100.000-120.000	16	6%	5	1%	2	3%	0	0%	2	6%	1	2%
120.000-150.000	12	4%	4	1%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%
+150.000	11	4%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	273		451		36		16		32		41	
Media Descendencia												
Hijos	2.6		2.7		2.6		2		1.7		1.7	
Nietos	4		4.7		4.3		3.5		2.4		3.4	

NOTA: MG=MUESTRA GENERAL; MH=MUESTRA HOGAR DEL JUBILADO; MR=MUESTRA RESIDENCIA; H=HOMBRES; M=MUJERES.

Respecto al *número de hijos, nietos y biznietos* y tal y como se observa en la *muestra general* (Tabla 2.4 y 2.5) la media del *número de hijos* es de 2.7, por lo que la mayor parte de la población tiene entre 2 y 4 hijos. En cuanto a la *muestra de la Residencia*, su media de hijos se aproxima a los 2 y la media de la muestra de *Hogares* es de 2.4. Estos resultados indicarían que la distribución de las tres muestras es semejante en el número de hijos, aunque la media es superior en la *muestra general*.

En lo referente al *número de nietos*, la media en la *muestra general* es de 4.4. Es de destacar que las mujeres obtienen una media mayor (4.7 en la *muestra general* y 3.4 en la de la *residencia*) que los hombres (4 en la *muestra general* y 2.4 en la de la *residencia*), excepto en la muestra de *Hogar del Pensionista*, donde los hombres tienen una media de 4.3 y las mujeres de 3.5.

Tabla 2.5. Media y desviación típica en la variable número de hijos y nietos

MUESTRA	MEDIA HIJOS	DT	MEDIA NIETOS	DT
General	2.7	1.67	4.4	3.96
<i>Hombres</i>	2.6	1.5	4	3.5
<i>Mujeres</i>	2.7	1.7	4.7	4.2
Hogar Pens.	2.4	1.4	4	2.5
<i>Hombres</i>	2.6	1.5	4.3	2.6
<i>Mujeres</i>	2	1.1	3.5	2.4
Residencia	1.7	2	3	3.9
<i>Hombres</i>	1.7	2.3	2.4	3.9
<i>Mujeres</i>	1.7	1.8	3.4	3.9

En cuanto a los *biznietos*, su número es pequeño pues la media de la muestra general es de 0.2. Son las mujeres de la *Residencia* las

que, con 0.7 de media tienen mayor número. Por otro lado, es de considerar que estos datos informan de la existencia de familia próxima (directa) en la muestra estudiada.

Por último, es importante destacar que las desviaciones típicas en todas las muestras y por sexo son altas, aunque en el caso del *número de hijos* ésta es más homogénea que la obtenida en el *número de nietos*.

El *nivel de estudios* (Tabla 2.4 y Tabla 2.6), como puede observarse, es semejante en ambos sexos, siendo relativamente más alto en la *muestra general*.

Tabla 2.6. Distribución de frecuencia y porcentaje en la variable nivel de estudios

MUESTRAS	NO SABEN LEER NI ESCRIBIR		BASICOS		PRIMARIOS		OTRAS CATEGORIAS	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<i>General</i>	69	9.5%	375	51.8%	171	23.6%	109	15.1%
<i>Hogar Pens.</i>	6	11.6%	29	55.9%	13	25%	4	7.2%
<i>Residencia</i>	18	24.7%	35	47.9%	12	16.4%	8	10.9%

En la *muestra general* se observa que la mitad de los sujetos (51.8%) tiene un nivel de *Estudios Básicos*: saben leer y escribir, seguida de los *estudios primarios* o *E.G.B.* (23.6%). La suma de ambos porcentajes representa el 75.4% de la muestra, lo que indica el bajo nivel de conocimiento académico que tienen en general los sujetos que tienen en este momento más de 65 años. En la columna *otras categorías* se incluyen los sujetos correspondientes a las categorías de

bachiller y titulación universitaria, que como se ve representan un 15.1% del total. El grupo que no saben leer ni escribir (9.5%) es el menos representado.

La muestra del *Hogar del Pensionista*, sigue la misma tendencia que la *muestra general*, obtienen el mayor porcentaje los *estudios básicos* (55.9%) siguiéndole los *estudios primarios* (25%) y *no saben leer ni escribir* (11.6%). Por último, el grupo que incluye estudios de bachiller y superiores es el más pequeño (7.2%).

En cuanto a la muestra de la *Residencia*, el mayor porcentaje siguen ocupándolo los *estudios básicos* (47.9%) pero en segundo lugar se encuentran los que *no saben leer ni escribir* (24.7%). Cabe señalar que en el grupo de los hombres (Tabla 2.4), el porcentaje de los sujetos que han cursado *Estudios primarios* y *Bachiller Elemental* (12.5%) coincide.

Estas categorías no han sido consideradas en el estudio de los resultados. La razón se centra en que, en todas las muestras (tanto hombres como mujeres), la moda se sitúa en la categoría de *estudios básicos*, por lo que su posible incidencia en los resultados es difícil de detectar.

En cuanto a la *Profesión* (Tabla 2.7), se puede apreciar que las tres categorías profesionales más usuales se centran en *obrero*, *empleado* para hombres y *ama de casa* en las mujeres para las tres muestras (Tabla 2.4).

Tabla 2.7. Categorías profesionales con mayor porcentaje.

PROFESIONES			
MUESTRAS	1ª Categoría	2ª Categoría	3ª Categoría
General			
Hombres	Obrero/autónomo(22.4%)	Empleado(19.1%)	Agricultor(16.9%)
Mujeres	Ama de casa(64.6%)	Empleada(8.4%)	Obrero/autónomo(4%)
Hogar Pens.			
Hombres	Obrero/autónomo(44.4%)	Empleado(19.4%)	Agricultor(16.7%)
Mujeres	Ama de casa (38%)	Obrero/autónomo(12%) Empleada(12%)	Agricultor(6%)
Residencia			
Hombres	Obrero/autónomo(46.9%)	Agricultor(28.1%)	Empleado(9.4%)
Mujeres	Ama de casa(51.2%)	Obrero/autónomo(17.1%) Empleada (17.1%)	Agricultor(14.6%)

Es de destacar, en cuanto a los hombres, que tanto en la *muestra general* como en las *específicas* (*Residencia* y *Hogares*) el primer lugar lo ocupa la categoría de *obrero y autónomo*. En segundo y tercer lugar se sigue también la tónica anterior, excepto en el grupo de la *Residencia* donde este orden se invierte, de forma que el segundo lugar lo ocupan los *agricultores* y en tercer lugar se encuentran los *empleados de empresa*.

Concretamente, en la *muestra general* la mayor parte de los *hombres* se ubican en la categoría de *obrero* (albañil, fontanero, electricista) y de *autónomo* (22.4%), así como en la *muestra del Hogar del Pensionista* (44.4%) y en la *Residencia* (46.9%). El 19% de la *muestra general* y *del Hogar* trabajan como *empleados en una empresa* y el 17% son *agricultores*; en la *Residencia* esta profesión es la que mayor porcentaje obtiene (28%).

En cuanto a las mujeres, al estudiar cada uno de los grupos por separado observamos que en todos ellos las *amas de casa* ocupan el porcentaje más importante. La profesión que en segundo lugar es más común es la de *empleadas en una empresa* y tanto en las *mujeres del Hogar* como en las de la *Residencia* la categoría de *obrero/autónomo* ocupa junto a la anterior el segundo lugar. Por último y en tercer lugar, la profesión más contabilizada ha sido la de *agricultor* tanto en las mujeres de la *Residencia* como en las del *Hogar del Pensionista.*, sin embargo, en las mujeres de la *muestra general* ha sido la de obrero/autónomo.

En concreto, en las *mujeres* de las tres muestras, predomina la categoría de *amas de casa*. En las otras categorías profesionales se observa que el grupo más pequeño lo forma la *muestra general* (35%) mientras que en el *Hogar del Pensionista* (62%) y en la *Residencia* (49%) el porcentaje de mujeres que responden haber tenido una profesión es mayor.

En cuanto a *con quien vive* (Tabla 2.4 y Tabla 2.8) la mayor parte de los autores (p. ej., Díaz Veiga, 1985; Lin y cols., 1986; Antonucci y Jackson, 1990) hacen referencia a la importancia del entorno familiar como una fuente importante de apoyo social en la tercera edad.

Es de señalar que en este caso se ha eliminado la muestra de la *Residencia*, puesto que todos los sujetos pertenecientes a ella, indican la categoría de *vivir en residencia.*, lo cual no aporta ningún dato considerable.

Tabla 2.8. Distribución porcentual y por frecuencias de las muestras en la variable con quien vive

MUESTRAS	SOLO		PAREJA		HIJOS		OTROS	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
General	148	20.4	461	63.7	81	11.2	34	4.7
Hombres	20	7.6	238	87.1	9	3.2	6	2.1
Mujeres	128	28.4	223	49.5	72	15.9	28	6.2
Hogar Pens.	12	23.1	28	53.8	11	21.2	1	1.9
Hombres	3	8.2	26	72.1	7	19.7	0	0
Mujeres	9	56.3	2	12.6	4	25	1	6.1

En la *muestra general*, la mayor parte de los sujetos *viven en pareja* (63.7%), en segundo lugar *viven solos* (20.4%) y en tercer lugar, *con los hijos* (11.2%). El resto de los sujetos representan un porcentaje pequeño (4.7%) y se distribuyen en las restantes categorías (*otros familiares y residencia*).

En la *muestra del Hogar del Pensionista*, viven más hombres con los hijos (20%) que solos (8%), aunque siguen siendo mayoritarios los que viven en pareja (72%). En las mujeres la variación es mayor, puesto que el 56% de ellas viven solas, el 25% lo hacen con los hijos y el 13% en pareja. Como se ha comentado para el caso anterior agrupados en la categoría *otros* constituyen un porcentaje muy pequeño (1.9%) y se distribuyen en las mismas categorías (*otros familiares y residencia*).

Como se ha podido observar en ambas muestras la categoría más representativa es *vivir en pareja*, excepto en las mujeres procedentes de los *Hogares del Pensionista* que viven mayoritariamente solas. Estas características de la muestra, de no discriminar, han

supuesto el motivo por el que se ha excluido de los análisis que han sido realizados en el estudio de los resultados.

En cuanto si *Cobra pensión y cuanto* (Tabla 2.4) se ha considerado como un indicador objetivo en la calidad de vida de los sujetos (INSERSO, 1993). Se puede observar que en las tres muestras entre el 90 y el 100% de los sujetos cobran pensión. Sin embargo, destaca el hecho de que el número de mujeres (74%) que cobran pensión es menor que el número de hombres (98%).

Teniendo en consideración estos datos, y puesto que el 84.6% de la población objeto de nuestro estudio cobra pensión, se ha tenido en cuenta la cuantía de esta, y no *si la cobra o no*. Para ello se tomó como referencia el "salario mínimo interprofesional" del momento, es decir, por un lado se obtienen los datos de los sujetos que cobran menos o hasta 60.000 pesetas al mes y por otro los de aquellos que cobran más de 60.000 pesetas al mes (Tabla 2.9)

Tabla 2.9. Frecuencias y porcentajes de la cuantía de la pensión

	MENOS DE 60.000 PTS		MAS DE 60.000 PTS		NO COBRAN PENSION	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
General	394	54.4%	183	25.3%	128	17.7%
Hombres	145	53.1%	124	45.4%	4	1.5%
Mujeres	249	55.2%	59	13.1%	124	27.5%
Hogar Pens.	27	52%	25	48%	0	0%
Hombres	14	38.9%	22	61.1%	0	0%
Mujeres	13	81.25%	3	18.75%	0	0%
Residencia	61	83.6%	12	16.4%	0	0%
Hombres	25	78.1%	7	21.9%	0	0%
Mujeres	36	87.8%	5	12.2%	0	0%

Como puede observarse, en las tres muestras predominan, en ambos sexos, los que cobran menos de 60.000 pts. al mes, excepto los hombres del *Hogar del Pensionista* que cobran más de 60.000 pts. Concretamente un 29% de ellos cobra entre 80.000 y 100.000 pts. al mes (Tabla 2.4). Es de destacar que los hombres suelen percibir una cuantía de pensión superior a las mujeres; y que son las mujeres las que tienen mayor porcentaje de no cobrar pensión, en la *muestra general*.

Por último y a modo de resumen, cabe destacar que las características más importantes que definen la muestra general y las específicas son las siguientes:

Muestra general: está compuesta por 724 sujetos cuya moda de edad se sitúa entre los 65 y 69 años, el estado civil predominante es casados que han nacido y residen en la provincia de Valencia y mayoritariamente han nacido en pueblos aunque actualmente residen en la ciudad. Tienen una media de 2.7 hijos y de 4.4 nietos. Su nivel de estudios es principalmente de estudios básicos y en cuanto a la categoría profesional a la que se dedican, predominan los obreros/autónomos en los hombres y las amas de casa en las mujeres. La mayoría de ellos cobran pensión, encontrándose ésta entre 40.000 y 60.000 pts. al mes.

Muestras específicas : En el *Hogar del Pensionista:* (N=52) predominan los hombres entre 70 y 74 años y casados. Las mujeres son más jóvenes, entre 65 y 69 años, y la mayoría son viudas. Lo que puede explicar el dato de que la mayor parte de los hombre viven en pareja mientras que las mujeres viven solas. La mayor parte de los sujetos han nacido en pueblos, siendo el lugar de nacimiento y residencia más

respondida la provincia de Castellón. Tienen una media de 2.4 hijos y de 4 nietos. El nivel de estudios de la mayoría corresponde a los estudios básicos y por lo que respecta a la profesión todos ellos se agrupan en la categoría *obrero/autónomo*. Todos los sujetos perciben pensión, encontrándose la moda de esta variable entre 40.000 y 60.000 pts. al mes.

En la *muestra de Residencia*: (N=73) los hombres son más jóvenes (70-74 años) que las mujeres (75-79 años). El estado civil predominante en ambos sexos es de viudo. Tienen una media de 1.7 hijos y 3 nietos. Todos viven en una residencia situada en la provincia de Castellón, habiendo nacido la mayoría en un pueblo de la provincia de Castellón. Su nivel de estudios es de estudios básicos; su categoría profesional es en los hombres de obrero/autónomo y en las mujeres de ama de casa, cobran pensión casi la totalidad de ellos, encontrándose la moda de su cuantía entre 30.000 y 40.000 pts. al mes.

En definitiva, y en cuanto a las *muestras específicas*, se puede concluir que los hombres tienen una edad comprendida entre los 70 y 74 años, encontrándose las mujeres de mayor edad en la muestra de la residencia. Se observa que hay un mayor número de mujeres viudas, en ambas muestras y que la media de hijos es 2, mientras que tienen entre 3 y 4 nietos, por media. La mayoría de los sujetos han realizado estudios básicos y en cuanto a la profesión destaca la de obrero/autónomo, excepto en mujeres de la residencia. Por último, la cuantía de la pensión que perciben los sujetos de la residencia es un poco menor que la de los del hogar del pensionista.

2.4.3. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y DEL NIVEL DE VIDA: MUESTRAS EQUIPARADAS.

Para realizar los análisis estadísticos entre la *muestra general* y cada una de las *muestras específicas*, se ha procedido a equipararlas por sexo y edad. De esta manera se han obtenido dos muestras: por un lado la *muestra equiparada general-hogar* y por otro lado la *muestra equiparada general-residencia*.

A continuación se presenta la descripción de las variables demográficas de las muestras equiparadas (Tablas 2.10 y Tabla 2.11).

Tabla 2.10. Porcentaje y moda de las variables descriptivas más relevantes en la muestra equiparada general-hogar.

	MUESTRA GENERAL				MUESTRA HOGAR			
	H (N=117)		M (N=75)		H (N=29)		M (N=18)	
	Moda	%	Moda	%	Moda	%	Moda	%
Sexo		60.9		39.1		61.7		38.3
Edad	70-74	61.5	75-79	61.1	70-74	60.7	75-79	60.2
N. estudios	Básicos	47.9	Básicos	56	Básicos	55.9	Básicos	46.2
Est. civil	Casado	82.1	Viudo	52	Casado	73.5	Viudos	76.9
Con quién vive	Parcja	88.1	Parcja	40	Parcja	70.6	Sola	53.8
			Hijos	40			Hijos	30.8
Profesión	Func.	22.2	E. hog.	58.7	Empl.	41.2	Obre.	23.1
							E. hog.	23.1
Cobra pensión	SI	97.4	SI	77.3	SI	100	SI	100
Cuantía	*	47.9	*	42.7	*	35.3	*	69.2

(*): Corresponde al intervalo 40.000 - 60.000 ptas. mes

Según se observa (Tabla 2.10), en la muestra equiparada *general-hogar* las características más destacadas que presenta son las siguientes: en ambas hay mayor número de hombres, la edad predominante está situada en el rango comprendido entre 70-74 años y respecto al estado civil, la mayoría están casados, viviendo, por lo tanto, en pareja. En cuanto a las mujeres, el rango de edad se sitúa entre 75-79 años, la mayoría de ellas son viudas y viven con los hijos (40%) o en pareja (40%), en el caso de la muestra general y solas (54%) o con los hijos (31%) las mujeres del hogar.

La moda de la profesión varía en cada muestra y sexo, predominando los funcionarios (22%) en los hombres de la muestra general y los empleados (41%) en los del hogar. Sin embargo, en las mujeres predominan las empleadas de hogar (41%) en la muestra general y las obreras y empleadas de hogar (23% en cada caso) en las del hogar. En todos los sujetos se observa que la moda se sitúa en el nivel de estudios básicos, la mayoría de los sujetos cobran pensión la cual está comprendida entre 40.000-60.000 pts al mes.

En la muestra equiparada correspondiente a la muestra general con la de la residencia (Tabla 2.11), las características más relevantes que se observan en ambas muestras es que en la distribución por sexos son muy similares, la edad predominante de los hombres en ambas muestras se sitúa en el rango 70-74 años y en las mujeres un rango superior (75-79 años). La mayoría de los hombres de la muestra general están casados (80%), mientras que los de la residencia están

viudos (38%), sin embargo, en ambas muestras predominan las mujeres viudas (61%-72%).

Tabla 2.11. Porcentaje y moda de las variables descriptivas más relevantes en la muestra equiparada general-residencia.

	MUESTRA GENERAL				MUESTRA RESIDENCIA			
	H(N=76)		M(N=93)		H(N=32)		M(39)	
	Moda	%	Moda	%	Moda	%	Moda	%
Sexo		45		55.1		45.1		54.9
Edad	70-74	39.5	75.79	33.3	70.74	37.9	75.79	31.9
N. estudios	Básic	44.7	Básico	59.1	Básico	46.9	Básico	48.7
Est. civil	Casad	80.3	Viudo	61.3	Viudo	37.5	Viudo	71.8
Con quién vive	Pareja	84.2	Solas	37.6	Resid.	100	Resid.	100
			Pareja	31.2				
Profesión	Empl.	26.3	E. hog.	67.7	Empl.	46.9	E. hog.	51.3
Cobra pensión	SI	98.7	SI	83.9	SI	96.9	SI	100
Cuantía	*	47.4	*	43.1	*	53.1	*	53.8

(*): Corresponde al intervalo 40.000 - 60.000 ptas. mes

Respecto a con quien viven, y como es obvio, los sujetos de la residencia viven en ella (100%) mientras que en la muestra general viven en pareja (84%). En cuanto a la profesión mayormente desarrollada en ambas muestras, ésta es la de empleado (26%-47%) en el caso de los hombres y empleada de hogar (68%-51%) en el de las mujeres. Por último, y como sucedía en el caso de la muestra anterior, la moda respecto al nivel de estudios realizados es estudios básicos, la mayoría de los sujetos cobran pensión y ésta se sitúa en el intervalo comprendido entre 40.000-60.000 pts. al mes.

2.4.4. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y DEL NIVEL DE VIDA: MUESTRA RETEST.

La *muestra retest* (Tabla 2.12), que como ya se comentó anteriormente, fue extraída del mismo Balneario del que se extrajo la *muestra general*, está compuesta por 100 sujetos de los que 29 son hombres y 71 mujeres, con edades comprendidas entre los 75 y los 85 años y con un nivel de estudios básicos.

El 100% de los hombres son casados, mientras que el 51% de las mujeres son viudas, de ellas el 42% viven en pareja, el 38% solas y el 15.5% viven con los hijos. Respecto a la profesión los hombres se sitúan en la categoría obrero/autónomo y agricultor (27.6% en cada uno de los casos) y las mujeres son en su mayoría amas de casa (66.2%). Al analizar si cobran o no pensión, el 96.5% de los hombres y el 78.9% de las mujeres contestan afirmativamente y en lo referente a su cuantía el 48% de los hombres cobran entre 30.000- 40.000 pts. al mes y el 45.5% de las mujeres entre 40.000-60.000 pts. al mes.

Como puede observarse (Tabla 2.12), al realizar los estudios de la muestra según la variable sexo, hay un mayor número de mujeres (71%) que de hombres (29%), el rango de edad en el que se agrupan es cercano (75-79 y 80-84 años) y el nivel de estudios es el mismo para ambos sexos (básicos). Sin embargo, sí se observan diferencias en cuanto al estado civil, siendo la totalidad de los hombres casados (100%) mientras que parte de las mujeres son viudas (51%).

Tabla 2.12. Porcentajes y moda de las variables descriptivas más relevantes de la muestra del retest

	HOMBRES (N=29)		MUJERES (N=71)	
	Moda	%	Moda	%
Sexo		29		71
Edad	75-79	20.7	80-84	21.12
N. estudios	Básicos	51.72	Básicos	50.7
Est. civil	Casados	100	Viudas	51
Con quién vive	Pareja	100	Pareja	42
			Solas	38
			Con hijos	15.5
Profesión	Ob./auto.	27.6	A. de casa	66.2
	Agricultor	27.6		
Cobra pensión	SI	96.5	SI	78.9
Cuantía	30.000-40.000	48.27	40.000-60.000	45.45

Respecto a con quien vive, los hombres, como es obvio al estar todos casados, viven en pareja (100%) y las mujeres viven en pareja (42%) las que son casadas y las viudas solas (38%) o con los hijos (15.5%). En la profesión los hombres se agrupan en las categorías obrero/autónomo y agricultor (27.6% para cada una) y las mujeres en amas de casa (66%). En cuanto a la variables si cobra pensión la gran mayoría de los sujetos, tanto hombres (96.5%) como mujeres (78.9%) sí la cobran, siendo la media de su cuantía más alta para las mujeres (45.5% cobran entre 40.000 y 60.000 ptas. al mes).

***2.5. METODOLOGIA DE
ANALISIS DE DATOS***

2.5. METODOLOGIA DE ANALISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se han utilizado los programas: Stat View SE+Graphics v.1.03 y SPSS Release 4.0 para ordenador Macintosh.

Las pruebas estadísticas realizadas han sido:

- *Distribución de frecuencias*: se han utilizado para estudiar las frecuencias y porcentajes de las respuestas de los sujetos en las variables sociodemográficas y de nivel de vida, así como de las respuestas a los distintos cuestionarios que se han utilizado en el presente trabajo de investigación.

- *Análisis de Varianza (ANOVA)*: este procedimiento estadístico tiene como objeto el estudio de las relaciones entre grupos tomando en consideración las variables sociodemográficas y del nivel de vida y los resultados obtenidos en los distintos cuestionarios.

- *Prueba "t" de Student*: esta prueba se ha utilizado para comparar las muestras equiparadas: *general-hogar del pensionista* y *general-residencia*. Con ella se pretende averiguar las diferencias existentes entre las muestras equiparadas en función de las variables sociodemográficas y de nivel de vida y de los resultados obtenidos en los cuestionarios utilizados.

Es de señalar que algunos de los instrumentos utilizados no permiten estos tipos de análisis, bien por tratarse de variables dicotómicas en unos, o bien de variables nominales en otros. Este es el

caso del *Cuestionario de Nivel de Actividad (NA)*, incluido en el *Cuestionario de Información Personal* dentro del área de *Competencia Conductual* ; del *Cuestionario de Servicios Generales para la Tercera Edad (ESGTE)* y los ítems 5 y 6 del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)* que hacen referencia a las dificultades físicas y tipos de enfermedad que sufre el sujeto, ambos del área de *Calidad de Vida* ; por último, la parte del *Cuestionario de Apoyo Social (AS)* dedicada al *Tipo de apoyo* , que es una variable nominal, incluida el área del *Apoyo Social* . En estos casos, se recurre al estudio de los resultados a través de los análisis asociacionales.

- *Análisis Asociacionales* : realizados a través de tablas de contingencia o procedimiento de crosstabulation, ponen de manifiesto si entre dos conjuntos de atributos, especialmente cuando la información de que se dispone es clasificatoria (escala nominal) en uno o ambos conjuntos de atributos, existe relación o, por el contrario, son independientes. Así se ha llevado a cabo un estudio de asociación o tabla de contingencias para aquellas variables que son nominales o dicotómicas.

- *Análisis Correlacionales* : a través de los que se pretende estudiar la variación conjunta de dos variables, su intensidad y su sentido (positivo o negativo). Se han realizado los análisis correlacionales intra instrumentos e inter instrumentos en cada una de las tres muestras de estudio. También se ha utilizado para averiguar la estabilidad temporal de los resultados (test-retest) mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

- *Análisis de Regresión:* se han realizado a partir de las correlaciones obtenidas en las puntuaciones de alto y bajo apoyo social para predecir hasta qué punto las variables estudiadas pueden informar de las características que tiene el apoyo social o sus componentes. Al tratarse de variables dicotómicas, ya que se han escogido dos valores para alto apoyo y dos para el bajo apoyo social, tanto en frecuencia como en satisfacción, no puede aplicarse la regresión múltiple pues se incumplirían algunos de los supuestos necesarios para aplicarla. La alternativa es la regresión logística, que es un análisis específico para variables dicotómicas predichas.

Para la realización de los gráficos se han utilizado los programas Cricket Graph 1.3.2 Fpoint y MacDrawII v.1.1, para Macintosh.

III. ANALISIS Y RESULTADOS

III. ANALISIS Y RESULTADOS

Siguiendo las categorías que se han establecido en el apartado dedicado a la descripción de los instrumentos: **Competencia Conductual, Calidad de Vida y Apoyo Social**, este capítulo se centrará en el estudio de la información obtenida en cada una de las variables estudiadas a través de los instrumentos utilizados (análisis descriptivos) así como en conocer la incidencia/relación que pueda existir entre las variables objeto de estudio (análisis diferenciales y asociacionales).

El *estudio descriptivo* de los resultados se realizará según el centro de procedencia (muestra general y específicas) y el sexo de los sujetos, tal y como fue presentado en la descripción de la muestra.

Los *análisis diferenciales* permitirán conocer la incidencia de las variables demográficas y del nivel de vida (ver apartado 2.4) en las áreas de **Competencia Conductual, Calidad de Vida y Apoyo Social**. Tanto en la muestra general como cuando se realizan las comparaciones entre ésta y las muestras específicas, a través de las muestras equiparadas.

Posteriormente se ofrecen los resultados obtenidos en los *análisis correlacionales* para estudiar el apoyo social, tanto intra como entre instrumentos, y los *análisis asociacionales*, realizados

para averiguar, si existe o no relación entre las variables que no permiten otro tipo de análisis por ser nominales o dicotómicas. Así mismo, se reflejan los *análisis de regresión* realizados para saber la importancia que pueden tener algunas de las variables estudiadas respecto al apoyo social.

Por último se ha procedido a estudiar la *estabilidad temporal* de los instrumentos a partir de la comparación de los resultados a través del test-retest.

Concretamente, en las **Variables Demográficas** se han considerado el sexo, la edad, el estado civil y el número de hijos. En la variable *edad* los intervalos que formarán parte de los análisis serán tres: 65-69, 70-74 y 75-79 años, dado que el porcentaje de los intervalos superiores es de poca relevancia (8%). En el *estado civil* se tomaran las categorías de casado y viudo puesto que en el resto de las categorías (soltero y separado) hay pocos sujetos (7%). La categoría *número de hijos* se dicotomiza, motivo por el cual solo se tiene en cuenta a aquellos sujetos que tienen hijos y los que no los tienen, por la posible influencia de esta variable en los distintos aspectos evaluados en las categorías a estudiar.

Respecto a las **Variables de Nivel de Vida** solo se va a considerar la variable *cuantía de la pensión*, con dos intervalos: menos de 60.000 pts al mes y más de esta cantidad, ya que se tomó como referencia el salario mínimo interprofesional existente en el momento.

Cabe señalar que no se relacionan el *lugar de nacimiento* y de *residencia* porque la mayoría de los sujetos han nacido y residen en las provincias de Valencia y Castellón. El *nivel de estudios* tampoco se ha considerado puesto que aproximadamente el 90% de los sujetos de las muestras poseían estudios primarios-básicos. La *profesión* no es relevante por razones similares puesto que alrededor del 90% de los sujetos pertenecen a la categoría obreros/autónomos y amas de casa. Se obvia también la variable *con quién vive* puesto que ya se han seleccionado para los análisis en la variable *estado civil* los sujetos casados y viudos; además hay que tener en cuenta que el porcentaje de sujetos que viven con los hijos es muy bajo (ver tabla 2.11). Por último, no se considera la variable *si cobran o no cobran pensión* ya que mayoritariamente (entre el 90 y el 100% de los sujetos) la cobran.

*3.1. ANALISIS
DESCRIPTIVOS*

3.1. ANALISIS DESCRIPTIVOS

El estudio descriptivo de los resultados se ha iniciado con el área de la *Competencia Conductual* para proceder luego a establecer las descripciones de las muestras en cuanto a la *Calidad de Vida* y por último, hacerlo con el *Apoyo Social*.

3.1.1. LA COMPETENCIA CONDUCTUAL

En esta categoría y siguiendo a Lawton (1982, 1983, 1991) se han incluido las actividades de la vida diaria y nivel de funcionamiento de los sujetos a la hora de evaluar la competencia conductual; como indicadores se estudiarán los resultados del cuestionario de *Actividades de la Vida Diaria* (AVD) y el *Cuestionario de Información Personal* (CIP: *Nivel de Actividad* : NA y *Habilidades Funcionales* : HF).

Respecto a las *Actividades de la Vida Diaria* (AVD) interesa conocer si los porcentajes obtenidos en cuanto a la variable sexo son igual en cada una de las muestras; es decir, si hombres y mujeres realizan cada una de las actividades listadas en el cuestionario con la misma frecuencia.

Como puede observarse (Tabla 3.1) se han realizado los análisis en cuanto a los porcentajes correspondientes a la categoría de *siempre* realiza las actividades, diferenciando entre hombres y mujeres en la muestra general y las específicas, procedentes de hogares del Pensionista y de Residencia. La razón de realizar estos análisis es que es en esta alternativa de respuesta donde la mayor parte de los sujetos,

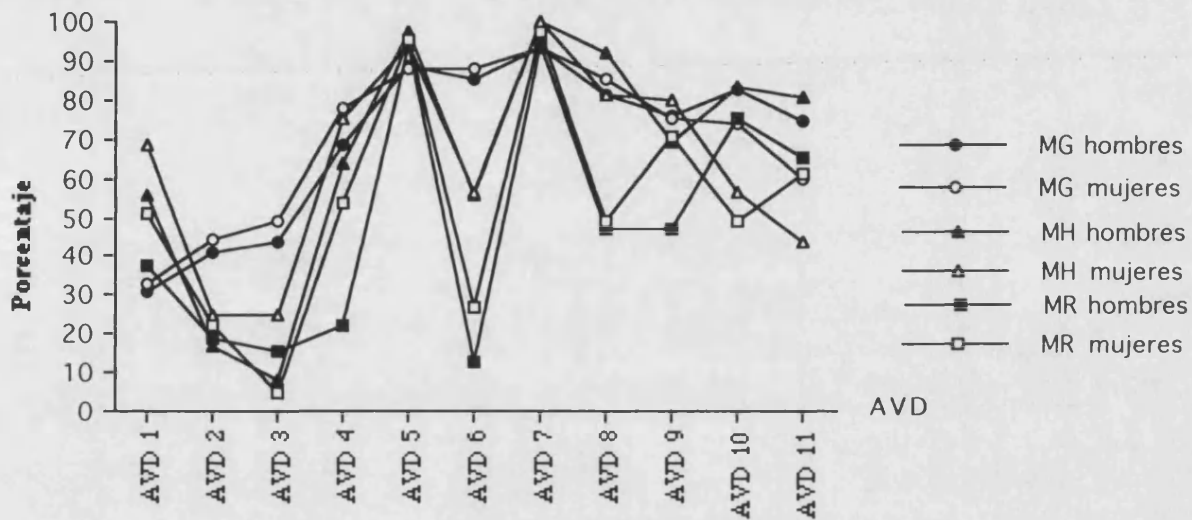
tanto hombres como mujeres, obtienen la moda, excepto en el ítem 2 donde los hombres de la muestra general obtienen un 47.62% en la categoría *frecuente*; del mismo modo ocurre en los hombres y mujeres del hogar del pensionista y de la residencia en el ítem 2 y 3 donde la moda se sitúa en la categoría *frecuente*.

Tabla 3.1. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "siempre" del Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD).

MUESTRAS	GENERAL		HOGARES		RESIDENCIA	
	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)
1. Se lava por partes	30.70	33.02	55.56	68.75	37.50	51.22
2. Se baña o se ducha	41.03	44.19	16.67	25.00	18.75	21.95
3. Se limpia y cuida el pelo	43.95	49.11	8.33	25.00	15.63	4.87
4. Se limpia los dientes	68.13	77.58	63.89	75.00	21.87	53.66
5. Se viste solo	88.64	87.72	97.22	93.75	93.75	95.12
6. Se viste con ropa limpia y cuidada	85.35	88.14	55.56	56.20	12.50	26.83
7. Come sin ayuda	93.04	93.08	100.00	100.00	93.75	97.56
8. Observa los modales básicos en la mesa	81.32	85.13	91.67	81.25	46.87	48.78
9. Se preocupa de tomar su medicación	76.10	74.94	69.44	80.00	46.87	70.73
10. Va de un sitio a otro sin problemas	82.42	73.54	83.33	56.25	75.00	48.78
11. Dice exactamente que es lo que necesita	74.36	59.95	80.56	43.75	65.00	60.97

A continuación (Figura III.1) se refleja la información necesaria para poder realizar un rápido análisis óptico de las diferencias existentes por sexos en cada una de las muestras. En general las muestras, en cuanto a la variable sexo, no obtienen grandes diferencias; es decir, tanto los hombres como las mujeres se distribuyen de manera similar en cada una de las poblaciones estudiadas.

Figura. III.1. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "siempre" del Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD).



NOTA: 1. Se lava por partes
 2. Se baña o se ducha
 3. Se limpia y cuida el pelo
 4. Se limpia los dientes
 5. Se viste solo
 6. Se viste con ropa limpia y cuidada
 7. Come sin ayuda
 8. Observa los modales básicos en la mesa
 9. Se preocupa de tomar su medicación
 10. Va de un sitio a otro sin problemas
 11. Dice exactamente lo que necesita

Es de señalar que existen algunos datos de interés respecto a las diferencias que aparecen en los items:

En cuanto a los items que hacen referencia a la limpieza como el Item 1: *se lava por partes*, señalar el bajo porcentaje obtenido por los hombres de la residencia y hombres y mujeres del balneario (30-40%) respecto a las mujeres del hogar (68.75%). También en los Items 2 y 3: *se baña o se ducha* y *se limpia y cuida el pelo* son los sujetos de la muestra general los que obtienen los mayores porcentajes (40-50%). Cabe señalar que parece ser la tarea donde menos sujetos la realizan, si la comparamos con los otros items.

Respecto a la autonomía, en los Items 5 y 7: *se viste solo y come sin ayuda*, todos los sujetos de las diferentes muestras se agrupan obteniendo los mayores porcentajes (87-100%). Sin embargo, en el Item 6: *se viste con ropa limpia y cuidada*, se observan diferencias importantes entre la muestra general (85-88%) y la de la Residencia (12-27%) teniendo en cuenta que hablamos de la categoría *siempre* lo realiza.

En lo referente a observar los *modales básicos en la mesa* (Item 8) es de destacar el bajo porcentaje obtenido en la muestra de la Residencia (aproximadamente el 47.5%) respecto al alto porcentaje obtenido en la muestra general y la de los hogares (80-90%). Por último, en cuanto a la expresión y/o manifestación de lo que necesita (Item 10) destacan las diferencias entre sexos en la muestra del hogar donde las mujeres (43.75%) obtienen un porcentaje menor al de los hombres (80.56%).

Estos resultados informarían que las conductas que mayor dificultad expresan son las relacionadas con la propia limpieza y las que menos, las de la comida, quedando en un punto intermedio las de desplazamiento.

En el *Cuestionario de Información Personal* (CIP) que consta de dos partes, una referida a las *Habilidades Funcionales* (HF) y, otra al *Nivel de Actividad* (NA) se han realizado, para más rápida y clara comprensión, los análisis en cada una de sus partes por separado.

Los resultados que se han obtenido en el cuestionario de las *Habilidades Funcionales* (HF) ha sido a través de la distribución de frecuencias de los sujetos por sexo en cada una de las muestras y en cada uno de los items (Tabla 3.2), considerando solamente la categoría *no necesita ayuda* ya que se trata de evaluar la capacidad de los sujetos en su quehacer diario.

Tabla 3.2. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "no necesito ayuda" en las Habilidades Funcionales (HF).

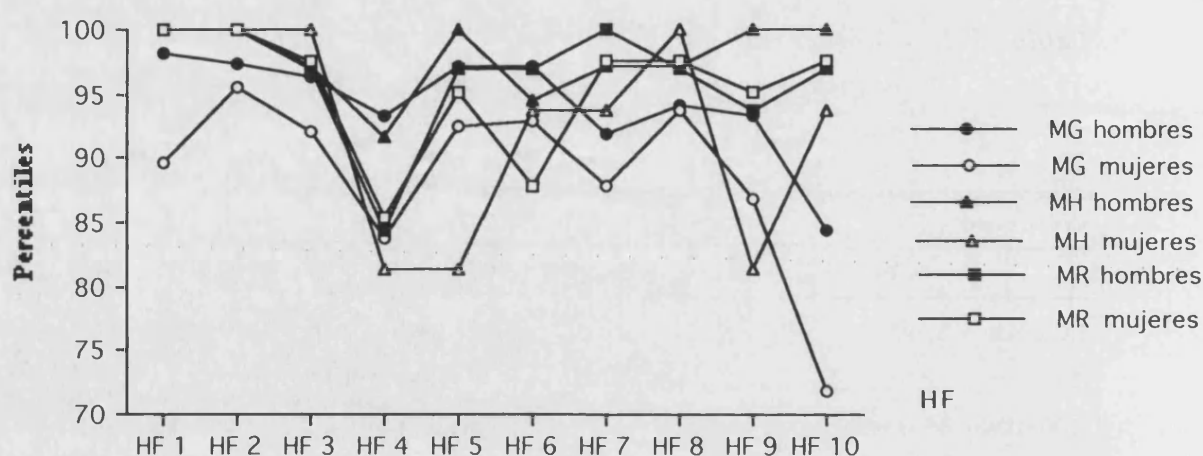
MUESTRAS	GENERAL		HOGARES		RESIDENCIA	
	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)
1.Cuidado personal	98.17	89.64	100.00	100.00	100.00	100.00
2.Comer	97.43	95.52	100.00	100.00	100.00	100.00
3.Vestirse o desvestirse	96.34	92.19	97.22	100.00	96.87	97.56
4.Andar	93.41	83.71	91.67	81.25	84.37	85.35
5.Levantarse o acostarse	97.07	92.41	100.00	81.25	96.87	95.12
6.Lavarse	97.07	92.86	94.44	93.75	96.87	87.81
7.Administrar el dinero	91.94	87.92	97.22	93.75	100.00	97.56
8.Usar el teléfono	94.12	93.74	97.22	100.00	96.87	97.56
9.Comprar	93.41	86.83	100.00	81.25	93.75	95.12
10.Otros	84.39	71.73	100.00	93.75	96.87	97.56

Como puede observarse, la mayor parte de los sujetos (entre el 81 y el 100%) han respondido que *no necesitan ninguna ayuda* a la hora de llevar a cabo el listado de actividades enumeradas en este cuestionario.

Con el objeto de poder observar gráficamente las pequeñas diferencias que existen entre sexos en las muestras en cuanto a las

habilidades funcionales y considerando los altos porcentajes obtenidos se ha configurado la siguiente gráfica (Figura III.2).

Figura III.2.- Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "no necesito ayuda" en las Habilidades Funcionales (HF).



NOTA: HF 1= Cuidado personal HF 2= Comer HF 3= Vestirse o desvestirse
 HF 4= Andar HF 5= Levantarse o acostarse HF 6= Lavarse
 HF 7= Administrar el dinero HF 8= Usar el teléfono HF 9= Comprar HF 10= Otros

En la figura III.2 los porcentajes en cuanto a *no necesitar ayuda* se sitúan entre el 80-100%, aunque cabe destacar que:

En el Item 1: *cuidado personal*, el 89.6% de las mujeres de la *muestra general* no necesitan ayuda frente al resto de los sujetos que obtienen porcentajes cerca del 100%. En el Item 5: *levantarse o acostarse.*, las mujeres del *hogar* tienen un porcentaje (81.25%) inferior al resto de los sujetos (92-100%) en cuanto a no necesitan ayuda en levantarse o acostarse.

Cuando se trata del Item 9: *comprar*, las mujeres del *hogar* obtienen el menor porcentaje (81.25%) en cuanto a no necesitar ayuda para comprar frente a los hombres de esta misma muestra, que obtienen el mayor porcentaje (100%). Así mismo, en el Item 10: *otros*, destaca el bajo porcentaje (71.73%) correspondiente a las mujeres de la *muestra general* en cuanto a no necesitar ayuda en las tareas que no aparecen especificadas en el cuestionario.

En definitiva, y teniendo en cuenta las altas puntuaciones obtenidas en cuanto a la autonomía en todos los items, son las mujeres de la *muestra general* las que más ayuda necesitan para el cuidado personal y para otras actividades no especificadas, y las mujeres del *hogar* las que más ayuda precisan para levantarse y acostarse y para comprar.

Por lo que respecta al *Nivel de Actividad* (NA) los datos que se presentan corresponden a la alternativa "si" respecto a las actividades que realizan normalmente (Tabla 3.3).

Como puede observarse en los items 5, 10 y 13 referentes a *coser*, *guisar* y *jardinería*, los hombres realizan estas tareas en un menor porcentaje que las mujeres, acusándose estas diferencias hasta el 70%, como era de esperar, en el ítem 5 (*coser*, *bordar*, *hacer punto*).

En los items 3, 6 y 7 que se refieren a *jugar* y *leer* los hombres puntúan más que las mujeres, excepto en la muestra del hogar donde este porcentaje se invierte. Suelen *escribir* más los hombres que las mujeres, siendo el porcentaje mayor el obtenido por los *hombres de*

residencia (37.5%). Por último, señalar el 0% obtenido por las mujeres de la residencia en cuanto a *dibujo y pintura* cuando sí realizan *manualidades* y el de los hombres, en la misma muestra, pero a la inversa; es decir, no realizan *manualidades* aunque sí *dibujo o pintura*.

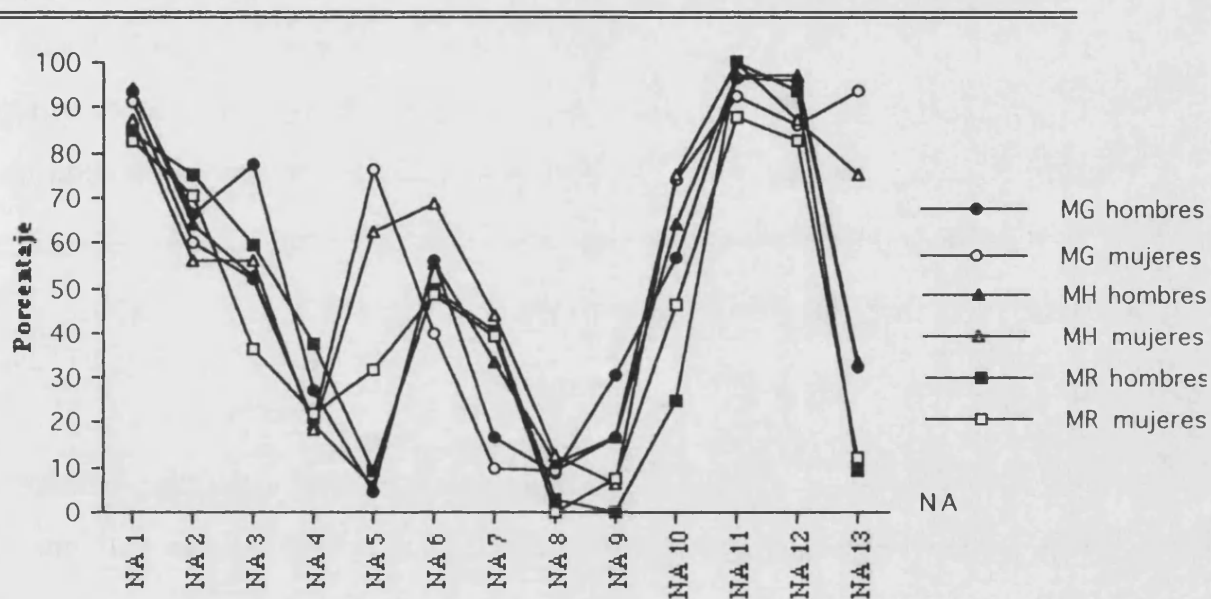
En general, podría decirse que los hombres ven la T.V, oyen música, leen, escriben, juegan (juegos de mesa), hacen manualidades y dan paseos más frecuentemente que las mujeres; sin embargo, las mujeres obtienen mayores porcentajes que los hombres en coser, jardinería y guisar. En cuanto a jugar a bingo,...., dibujar y salir a la calle no se puede precisar ningún dato.

Tabla 3.3. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "sí" en el Nivel de Actividad (NA).

MUESTRAS	GENERAL		HOGARES		RESIDENCIA	
	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)
1.Ver T.V.	93.77	91.10	94.44	87.50	84.37	82.93
2.Oír música	66.67	60.36	63.89	56.25	75.00	70.73
3.Leer (periódico,...)	77.65	52.12	52.78	56.25	59.37	36.58
4.Escribir (cartas, etc)	27.11	20.31	19.44	18.75	37.50	21.95
5.Coser, bordar, hacer punto	4.76	76.12	5.56	62.50	9.37	31.75
6.Jugar cartas, etc	56.04	39.82	55.56	68.75	50.00	48.78
7.Jugar bingo, primitiva, etc	16.48	10.10	33.33	43.75	40.62	39.02
8.Dibujar o pintar	8.42	8.99	11.11	12.50	3.13	0.00
9.Manualidades, ...	30.40	16.74	16.67	6.25	0.00	7.32
10.Jardinería, horticultura	56.77	74.17	63.89	75.00	25.00	46.34
11.Salir a la calle	96.34	92.63	97.22	100.00	100.00	87.81
12.Dar paseo	95.97	86.41	97.22	87.50	93.75	82.93
13.Guisar	32.60	93.76	33.33	75.00	9.37	12.20

Con el fin de poder obtener una visión gráfica de los datos anteriores tanto por sexo como por muestras en cuanto a la alternativa de respuesta "si" se presenta la figura III.3.

Figura III.3. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "si" en el Nivel de Actividad (NA)



NOTA: 1. Ver TV
 2. Oír música
 3. Leer un periódico o libro
 4. Escribir (cartas, poemas, etc.)
 5. Coser, bordar o hacer punto
 6. Jugar a las cartas, damas, ajedrez o dominó
 7. Jugar al bingo, tragaperras, primitiva, etc.
 8. Dibujar o pintar
 9. Hacer fotografía, carpintería, etc.
 10. Cuidar plantas, horticultura o jardinería
 11. Salir a la calle
 12. Dar un paseo
 13. Guisar

En la representación gráfica (Figura III.3.), se pone de manifiesto que la mayoría de los sujetos, tanto hombres como mujeres, en las tres muestras analizadas, presentan mayor homogeneidad, en los items que se refieren a actividades como *ver la televisión*, *oír música*, *salir a la calle* y *dar paseos*, obteniendo un porcentaje situado entre el 80% y el 90%. Así mismo, es de señalar como las mayores dispersiones

se dan en los ítems referentes a *leer, coser, jardinería y guisar*, concretamente en el último la *muestra de la residencia* obtiene porcentajes inferiores al resto, siendo las mujeres de la *muestra general* y del *hogar* las que más alto porcentaje obtienen, dato que no es de extrañar dado que se trata de la frecuencia con que se *guisa*.

Para concluir, del estudio realizado sobre la *Competencia Conductual*, cabe destacar que: respecto a las actividades de la vida diaria, la mayoría de los sujetos se visten solos, comen sin ayuda y aquellas actividades referidas al aseo personal son más ejecutadas por los sujetos de la *muestra general*. Además, aunque en general todos los sujetos han respondido no necesitar ayuda a la hora de realizar las actividades listadas en las *Habilidades Funcionales (HF)*, son los sujetos de la *muestra del hogar* los que tienen unas mejores habilidades funcionales. Por último, y respecto a aquellas actividades que más realizan los sujetos, cabe señalar que son ver la TV, oír música, salir a la calle y dar paseos.

3.1.2. CALIDAD DE VIDA

La importancia del concepto de calidad de vida en la tercera edad hace que hayan aparecido muchos instrumentos para evaluarlo, tal y como se contempla en el marco teórico de esta investigación. Para el estudio de la *Calidad de Vida* se han considerado los resultados obtenidos en el *Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad* y en el *Cuestionario de Estado de Salud Física y Psicológica*.

En cuanto al *Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE)* la mayor parte de los sujetos, en todas nuestras muestras (general y específicas), cuando se les preguntó por la importancia de los servicios los consideraron todos ellos relevantes (alto porcentaje de "si" en las respuestas).

Los resultados considerados (Tabla 3.4) en los porcentajes son los referidos a la respuesta "*sí lo considero importante.*"

Tabla 3.4. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "si" del Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE)

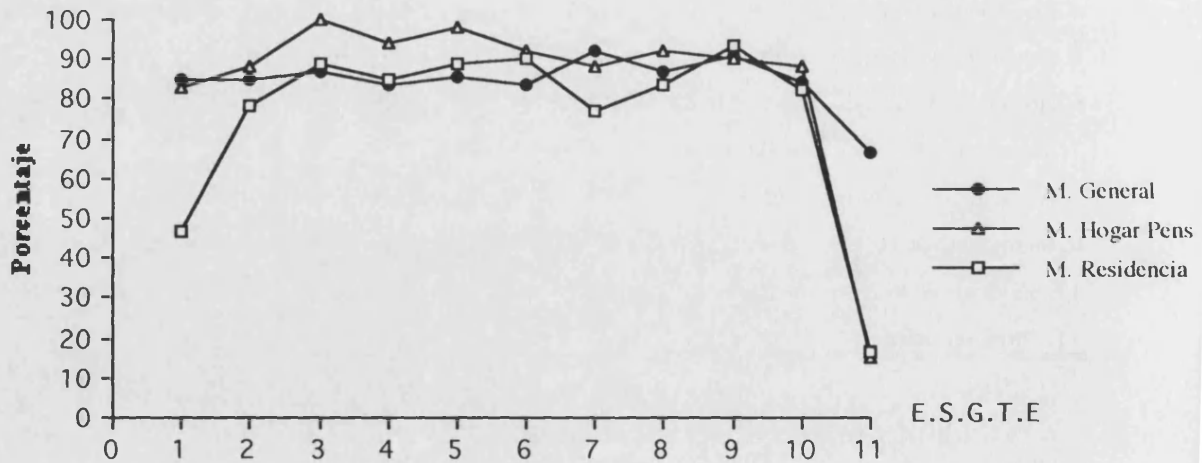
MUESTRAS	GENERAL		HOGARES		RESIDENCIA	
	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)
1. Apoyo Económico a la familia	84.23	85.03	83.33	81.25	50.00	43.90
2. Hogares y Clubs de Pensionistas	83.88	85.62	88.89	87.50	87.50	70.73
3. Residencias para personas inválidas	84.19	88.22	100.00	100.00	90.63	87.81
4. Residencias para pers. trast mentales	80.59	85.38	97.22	87.50	90.63	80.49
5. Sanatorios Geriátricos de Rehabilit.	80.95	88.37	100.00	93.75	90.63	87.81
6. Hospitales de día en régimen externo	79.12	86.08	91.67	93.75	93.75	87.81
7. Vacaciones: Residencias y Balnearios	91.21	92.48	88.89	87.50	84.38	70.73
8. Asistencia en el propio domicilio	82.05	89.38	94.44	87.50	87.50	80.49
9. Incremento de las pensiones	88.65	91.72	91.67	87.50	93.75	92.68
10. Servicios de información	80.88	86.78	91.67	81.25	84.38	80.49
11. Otros servicios	67.78	66.11	11.11	25.00	18.75	14.64

Como puede observarse, destaca la amplitud del rango de los porcentajes que están comprendidos entre el 11%, en *otros servicios* considerado por los hombres de los *hogares* y el 100%, tanto en hombres como en mujeres de los *hogares* referido a las *residencias para personas inválidas*. Aunque, realmente todos los servicios son

considerados como importantes (70%-100%) por los sujetos de las tres muestras estudiadas, exceptuando el primer ítem *Apoyo económico a la familia* que en la muestra de la residencia es elegido como importante sólo por el 44% de las mujeres y el 50% de los hombres. Respecto al último ítem, *otros servicios*, posiblemente al no estar especificado no es tan elegido y obtiene los porcentajes más bajos en todas las muestras.

Las diferencias entre sexos dentro de cada una de las muestras son pequeñas (p.ej. 91% en los hombres de la muestra general respecto al ítem *Vacaciones en Residencias y Balnearios* y 92% en las mujeres), por tanto, con el objeto de no sobrecargar el trabajo y teniendo en cuenta la importancia de poder encontrar diferencias entre muestras, se han representado los datos sin diferenciar entre sexos (Figura III.4).

Figura III.4. Porcentajes de servicios elegidos en cada muestra.



NOTA: 1.- Apoyo Económico a la familia 2.- Hogares y Clubs de Pensionistas
 3.- Residencias para personas inválidas 4.- Residencias para personas con trastornos mentales
 5.- Sanatorios Geriátricos de Rehabilitación 6.- Hospitales de día en régimen externo (ambulatorios)
 7.- Vacaciones en Residencias y Balnearios 8.- Asistencia en el propio domicilio (para inválidos etc)
 9.- Incremento de las pensiones 10.- Servicios de información 11.- Otros servicios

Se observan perfectamente los perfiles obtenidos por cada muestra en porcentajes, en cuanto a los servicios para la tercera edad que los sujetos han considerado de importancia. Aunque no aparecen grandes diferencias entre las muestras, es de interés hacer una serie de consideraciones en relación con los perfiles obtenidos en cada una de ellas. Concretamente, en la *muestra general*, destacan los altos porcentajes obtenidos en *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (92%), *Incremento de las pensiones* (90.5%), *Residencias para personas inválidas* (86.7%) y *Asistencia en el propio domicilio* (86.5%). Mientras que en el grupo de *Hogar del Pensionista*, aunque su perfil es muy similar al de la muestra general, destaca por obtener altos porcentajes, en particular en cuanto a las *Residencias para personas inválidas*, que obtiene el único porcentaje de 100%, *Residencias para personas con trastornos mentales* (94.2%) y *Sanatorios geriátricos de rehabilitación* (98.1%).

Por último, en el grupo de la *Residencia* obtiene un porcentaje menor que el resto de grupos en *Apoyo económico a la familia* (46.6%) y, menos acusado, en *Hogares y clubs de pensionista*" (78.1%) y *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (76.7%). Han sido más elegidos los servicios *Incremento de las pensiones* (93%), *Hospitales de día en régimen externo* (90.4%), *Sanatorios geriátricos de rehabilitación* (89%) y *Residencias para personas inválidas* (89%).

Al comparar los resultados en las tres muestras cabe señalar que en la *muestra general* la elección de *Otros servicios* como situación alternativa se ha percibido por los sujetos como importante el que se

den otros servicios, aunque sin especificar los mismos. Cuestión que sería objeto interesante de estudio con la finalidad de conocer las necesidades de los sujetos.

Por último, resumir brevemente lo anteriormente expuesto, señalando que: el grupo de *Hogar del Pensionista* percibe o considera, en general, todos los servicios listados del ESGTE como importantes, ya que sus porcentajes en cuanto a respuestas *si* son mayores respecto a los demás grupos; las *residencias para personas inválidas* se repite en los tres grupos con alto porcentaje, así como el *Incremento de las pensiones*, aunque éste no obtiene uno de los porcentajes más importantes en el grupo de *Hogar del Pensionista*; y, excepto en los servicios ya citados, el perfil de las distribuciones son muy similares en las tres muestras.

En cuanto a la segunda parte del cuestionario, donde el sujeto debía jerarquizar por orden de importancia tres de los servicios listados se observa que, al igual que en el caso anterior, las diferencias entre sexo son mínimas o inexistentes por lo que se presentan los resultados y perfiles obtenidos para cada uno de los tres servicios más elegidos por cada una de las muestras.

Como puede observarse (Tabla 3.5 y Figura III.5), los servicios elegidos en primer lugar son *Residencias para personas inválidas* e *Incremento de las pensiones* en todas las muestras. Las diferencias en los porcentajes obtenidos se centran en el *Apoyo económico a la familia*, *Sanatorios geriátricos de rehabilitación*, *Vacaciones en residencias* y *Balnearios* y *Otros servicios*.

Tabla 3.5. Porcentajes de las muestras en los "servicios más elegidos" del Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE)

MUESTRAS PREFERENCIAS	GENERAL			HOGARES			RESIDENCIA		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Ningún Servicio	14.70	16.40	18.23	0	1.92	5.77	0	1.37	5.50
1. Apoyo Econ. familia	4.70	3.20	1.80	13.46	9.62	7.70	15.10	1.37	1.37
2. Hogares y Clubs Pensio.	6.90	6.10	9.25	13.46	11.54	5.77	13.70	2.74	5.50
3. Resid. para pers. inválidas	15.05	9.95	6.63	23.08	36.54	7.70	35.62	28.77	6.85
4. Resid. pers. trast mentales	4.56	8.01	4.70	5.77	7.70	15.39	5.50	32.88	17.81
5. Sanat. Geriátri. Rehabilit.	3.31	7.46	6.77	9.62	5.80	17.31	5.50	6.85	12.33
6. Hosp de día externo	4.97	6.77	5.25	5.77	3.85	5.77	6.85	8.22	15.07
7. Vacaciones: Resid y Baln.	8.15	18.37	14.09	5.77	1.92	5.77	1.37	1.37	1.37
8. Asist. propio domicilio	10.50	11.46	13.54	5.77	13.46	13.46	2.74	4.11	15.07
9. Incremento de pensiones	25.82	10.9	16.85	13.43	5.77	15.39	8.20	10.96	16.44
10. Servicios de inform.	.70	.83	2.21	3.85	1.62	0	0	1.37	2.74
11. Otros servicios	.60	.55	.69	0	0	0	5.50	0	0

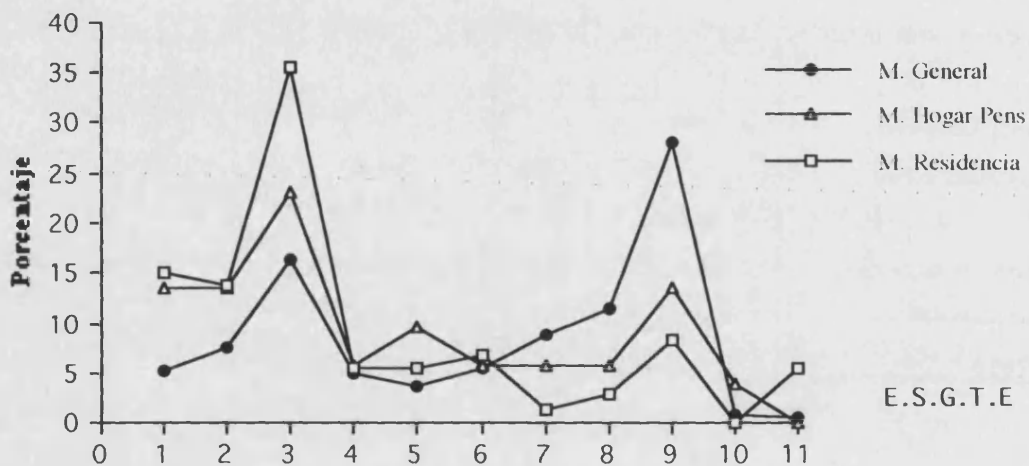
En cuanto a los servicios elegidos en segundo lugar, estos se centran en *Residencias para personas inválidas*, *Vacaciones en Residencias y Balnearios* e *Incremento de las pensiones*, siendo estos los ítems que obtienen mayor porcentaje de respuesta en todas las muestras.

Sin embargo, es de destacar que existen diferencias en cuanto a los grupos estudiados, de forma que la muestra del *Hogar del Pensionista* elige el ítem *Residencias para personas inválidas*, la de la *Residencia* el de *Residencias para personas con trastornos mentales* y el de *Residencias para personas inválidas*. Mientras que la *muestra general*, procedente del *Balneario*, prefiere el ítem *Vacaciones en Residencias y Balnearios*, no haciéndolo así el resto de grupos.

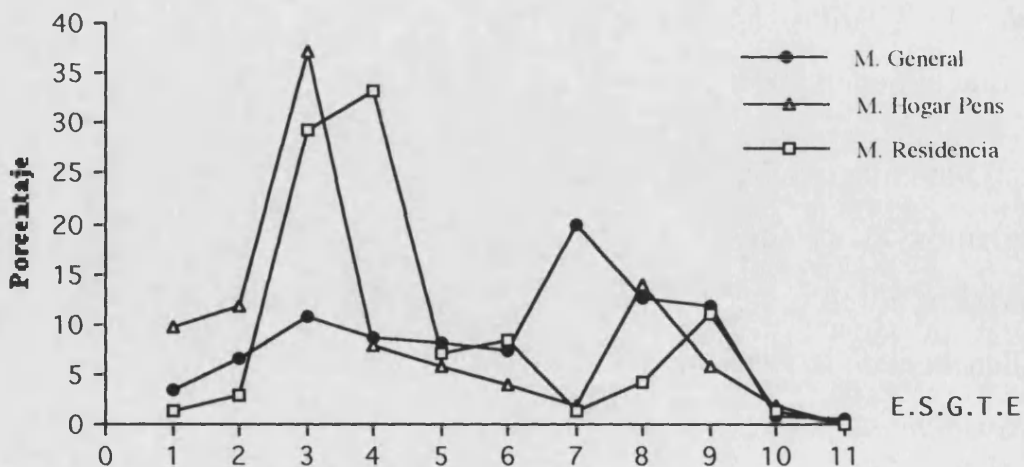
Por último, señalar que en el servicio elegido en segundo lugar por orden de importancia, y en general, todas las muestras eligen de forma similar el ítem referente al *Incremento de las pensiones*.

Figura III.5.- Perfiles de las muestras en función de las preferencias de los servicios del E.S.G.T.E.

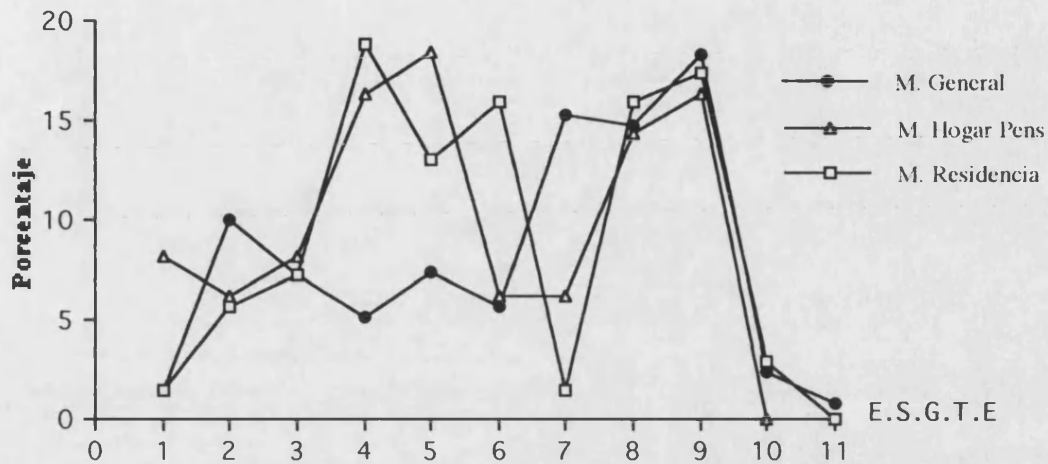
a. Servicios elegidos en primer lugar



b. Servicios elegidos en segundo lugar



c. Servicios elegidos en tercer lugar



NOTA: 1.- Apoyo Económico a la familia 2.- Hogares y Clubs de Pensionistas
 3.- Residencias para personas inválidas 4.- Residencias para personas con trastornos mentales
 5.- Sanatorios Geriátricos de Rehabilitación 6.- Hospitales de día en régimen externo (ambulatorios)
 7.- Vacaciones en Residencias y Balnearios 8.- Asistencia en el propio domicilio (para inválidos etc)
 9.- Incremento de las pensiones 10.- Servicios de información 11.- Otros servicios

En el caso del servicio elegido en tercer lugar podemos observar claramente que es el ítem *Incremento de las pensiones*, el que es más elegido por todas las muestras estudiadas. También se ve que tanto la muestra de *Residencia* como la del *Hogar del Pensionista*, aparecen con mayor número de diferencias, manteniendo un perfil más similar entre ellas que respecto a la muestra general. En concreto, las diferencias más importantes se dan en *Residencias para personas con trastornos mentales*, *Sanatorios geriátricos de rehabilitación*, que obtienen porcentajes mayores, respecto al resto y en *Vacaciones en Residencias y Balnearios* que obtienen un porcentaje muy inferior respecto a la *muestra general*.

En definitiva, se observa que en el conjunto de perfiles estudiados, se aprecian diferencias entre las diferentes muestras, por lo

que se podría pensar que, aunque no en todas las situaciones evaluadas, los perfiles muestran preferencias claramente diferenciales.

A modo de conclusión, los servicios elegidos en primer, segundo y tercer lugar por cada una de las muestras junto con los porcentajes de respuesta alcanzados, se presentan en la tabla 3.6.

Tabla 3.6. Servicios más importantes elegidos en el ESGTE

MUESTRAS	en primer lugar	en segundo lugar	en tercer lugar
M.General	"Incremento de las pensiones" (26%)	"Vacaciones en Residencias y Balnearios" (18%)	"Incremento de las pensiones" (17%)
M. Hogar	"Residencias para personas inválidas" (23%)	"Residencias para personas inválidas" (37.3%)	"Sanatorios geriátricos de rehabilitación" (17%)
M. Resid.	"Residencias para personas inválidas" (36%)	"Residencias para personas con trastornos mentales" (33%)	"Resid. para personas con trastornos mentales" (18%)

En estos resultados se observa como el *Incremento de las pensiones* aparece elegido en primer y tercer lugar por la muestra general, mientras que *Vacaciones en Residencias y Balnearios* se sitúan en segundo lugar. En los grupos de la *Residencia* y del *Hogar del Pensionista*, los servicios evaluados como más importantes son las *Residencias para personas inválidas* y *Residencias para personas con trastornos mentales*. En cuanto a los *Sanatorios geriátricos de rehabilitación* tan sólo ha sido elegido por el grupo de *Hogar del Pensionista*, y en tercer lugar en el orden de preferencia.

En cuanto a los servicios que han sido considerados menos importantes, y por tanto, menos elegidos (Tabla 3.7) se centran en primer lugar en el ítem referido a *Servicios de información* el menos elegido por todas las muestras, manteniéndose también en segundo y tercer lugar en algunas de ellas.

Tabla 3.7. Servicios menos importantes elegidos en el ESGTE

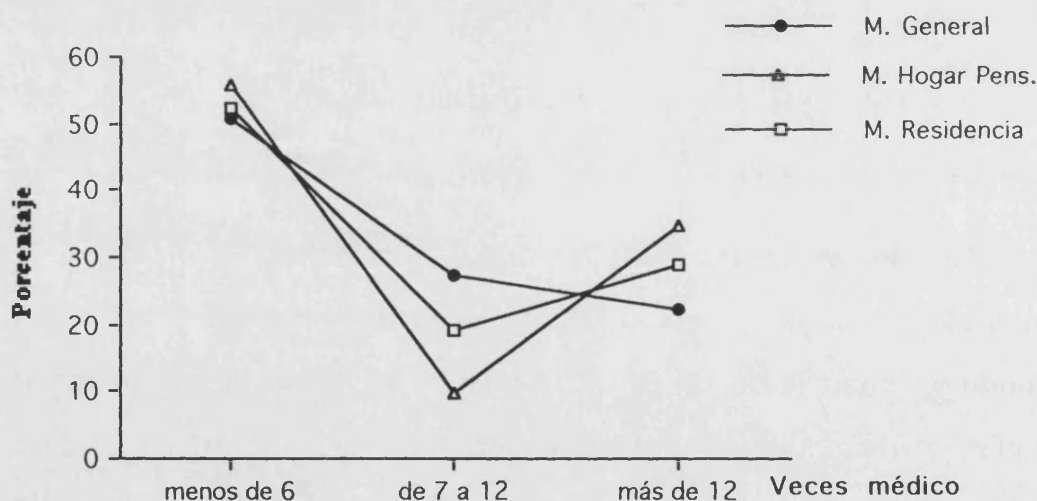
MUESTRAS	en primer lugar	en segundo lugar	en tercer lugar
M.General	"Servicios de información" (.7%)	"Servicios de información" (.9%)	"Apoyo económico a la familia" (1.9%)
M. Hogar	"Servicios de información" (3.8%)	"Vacaciones en Residencias y Balnearios" "Servicios de información" (1.9% cada uno)	"Servicios de información" (0%)
M. Resid.	"Servicios de información" (0%)	"Apoyo económ. a la familia" "Vacaciones en Residencias y Balnearios" "Servicios de información" (1.4% cada uno)	"Apoyo económ. a la familia" "Vacaciones en Residencias y Balnearios" (1.5% cada uno)

Las *Vacaciones en Residencias y Balnearios* aparece como menos elegido en segundo lugar en el grupo de *Residencia* y en segundo y tercer lugar en el de *Hogar del Pensionista*. Cabe señalar que el *Apoyo económico a la familia* es tercer lugar el menos elegido por la mayoría de los grupos. En este caso no se ha considerado la categoría *Otros servicios*, que aparece como la menos elegida mayoritariamente, pues no ofrece información concreta respecto a los servicios considerados como menos importantes por los sujetos.

Respecto al *Cuestionario de Evaluación del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP) y dado que en este apartado se trata de realizar análisis descriptivos de cada uno de los instrumentos, se considera más apropiado conocer las diferentes respuestas de los sujetos en cada una de las muestras sin diferenciarlas por sexo ya que este aspecto será contemplado en el apartado correspondiente a los análisis diferenciales.

A continuación se describen brevemente los datos más relevantes representados en las figuras correspondientes a las distribuciones de frecuencias de cada uno de los ítems y por muestras.

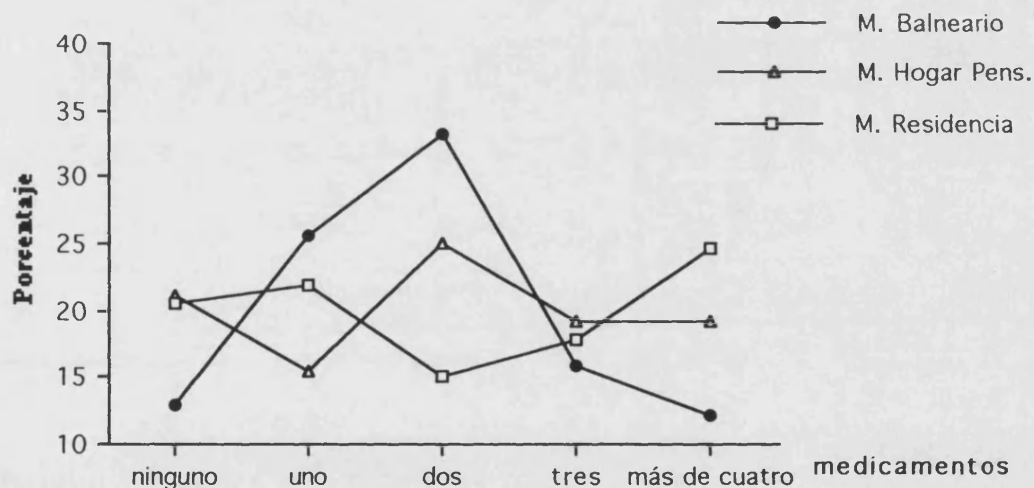
Figura III.6.- Porcentajes "veces médico" en el ESFP



En la figura III.6 se observa como la mayoría de los sujetos, en todas las muestras, responden que acuden al médico *menos de 6 veces al año* (entre 50 y 56%) con el motivo de consultar algún problema de

salud, seguido de *más de 12 veces* (entre el 22 y el 35%). Concretamente, se puede ver que mientras en la primera alternativa de respuesta *menos de 6 veces*, las tres muestras se agrupan, en las otras dos alternativas el perfil se invierte en el sentido que la *muestra general* obtiene el mayor porcentaje en la alternativa *de 7 a 12 veces* y el menor en *más de 12 veces*, ocurriendo lo mismo pero en sentido inverso en la *muestra del Hogar del Pensionista*. Estos resultados informarían que los que más veces consultan al médico son los sujetos del *Hogar del Pensionista*, y de la *Residencia*.

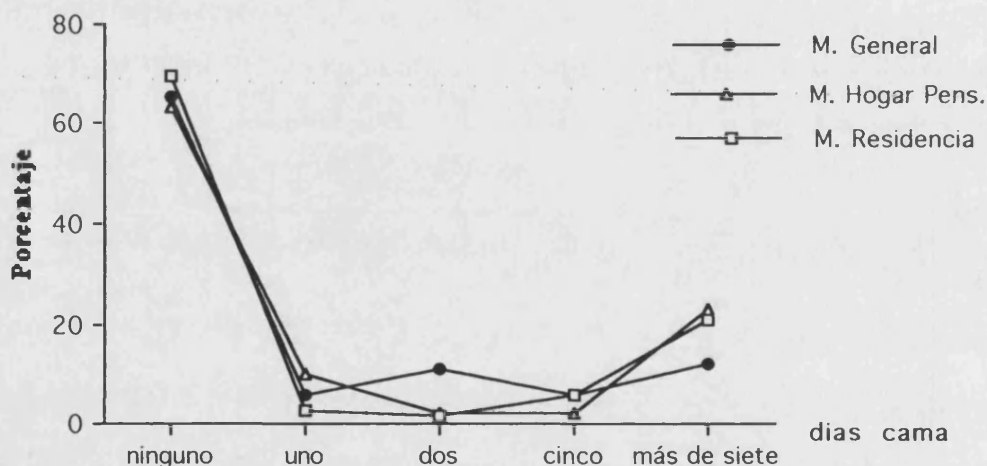
Figura III.7.- Porcentajes del "número de medicamentos" en el ESFP



Respecto al número de medicamentos que ingieren (Figura III.7) se puede observar mayores diferencias entre las muestras que en el caso anterior. Las mayores dispersiones se encuentran en las alternativas *ninguno, dos y más de cuatro medicamentos*. La *muestra*

general, se caracteriza por el consumo de *dos medicamentos* (33%). Mientras que es la muestra de la *Residencia* la que hace un consumo mayor de ellos (25%), es decir, *más de cuatro*. Cabe señalar que, si bien los valores se invierten en las muestras del *hogar del pensionista* y de la *residencia* en el consumo de uno y dos medicamentos, globalmente son las que más consumo presentan.

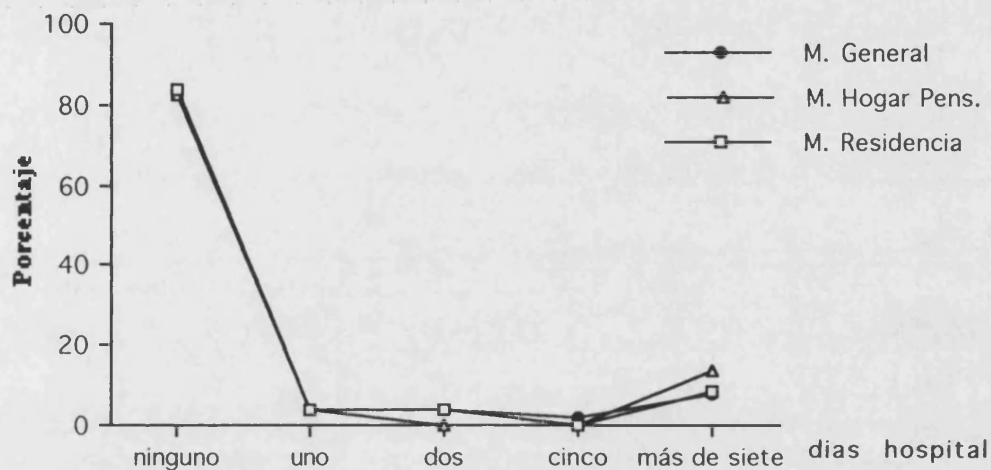
Figura III.8.- Porcentajes "días cama" en el ESFP



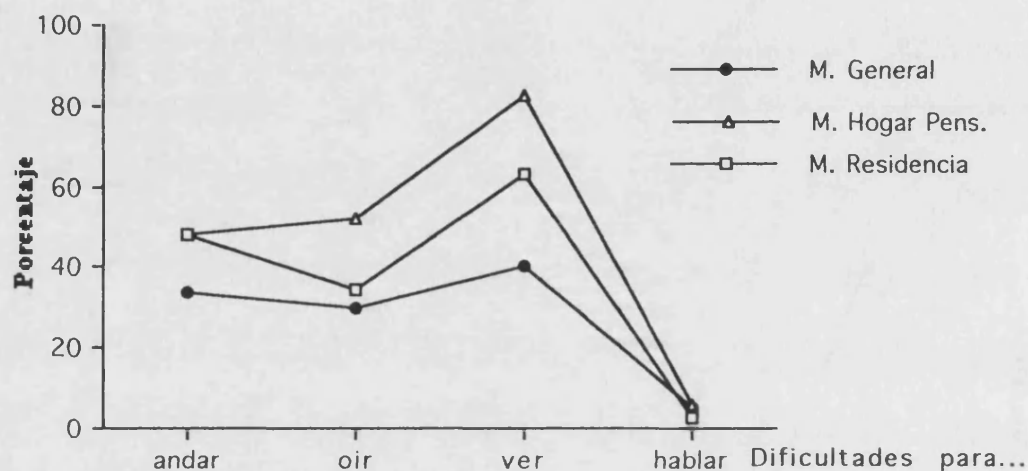
Respecto a los *días que ha permanecido en cama durante el último año* (Figura III.8), tan sólo destacar que en todas las muestras predomina la alternativa *ninguno* (entre 64% y 69%), no llegando al 20% en el resto de alternativas. Sin embargo, se observa que son en las muestras procedentes del *Hogar del pensionista* (23%) y de la *Residencia* (21%) donde se supera este porcentaje sin llegar al 30% de sujetos que han pasado *más de 7 días en la cama por enfermedad*. Estos

resultados indican que, mayoritariamente, son personas con pocos problemas médicos.

Figura III.9.- Porcentajes "días hospital" en el ESFP



En el mismo sentido que en el caso anterior son los resultados obtenidos respecto a los *días de permanencia en el hospital durante el último año* (Figura III.9). Como puede observarse, en las tres muestras la mayoría de los sujetos (entre 82% y 84%) no han necesitado asistencia hospitalaria. Los que la han necesitado (desde 0% a 13%) constituyen una minoría. También cabe señalar que no se observan diferencias entre las muestras respecto a este tipo de asistencia, pudiendo razonablemente pensar que se trata de una población, en general, con pocos problemas orgánicos.

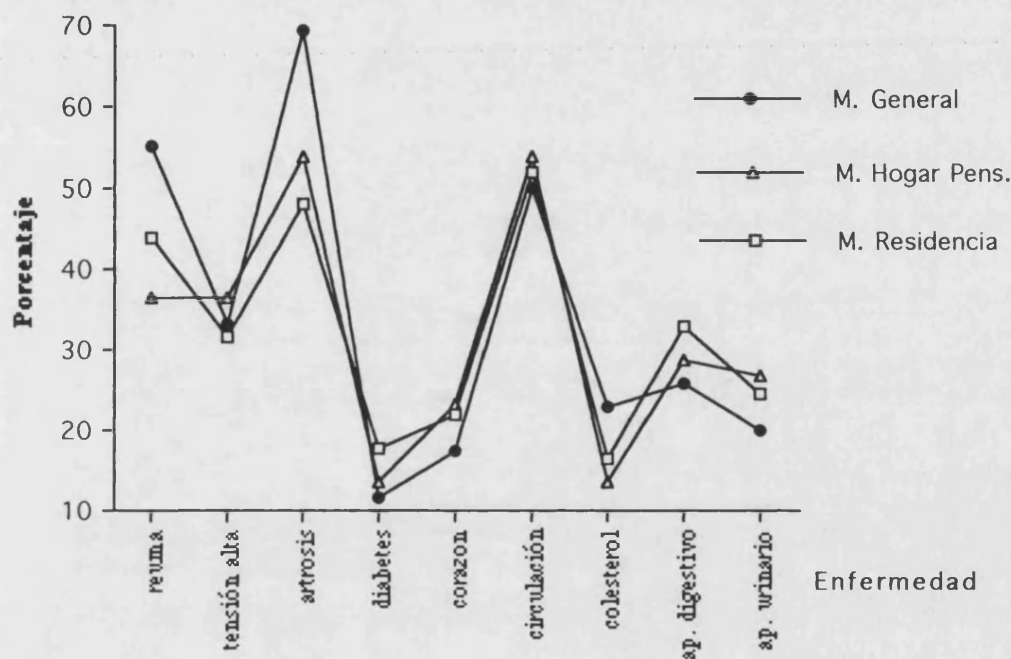
Figura III.10.- Porcentajes "dificultadas para..." en el ESFP

Respecto a las dificultades manifestadas (Figura III.10) por los sujetos en cuanto para andar, oír, ver y hablar, cabe señalar que la mayoría de los sujetos responden negativamente cuando se les pregunta si tienen o no dificultades en cualquiera de los aspectos evaluados.

Sin embargo, en las tres muestras la dificultad más común son los problemas relacionados con la *vista* (entre 40% y 83%) seguido de los relacionados con el *andar* (entre 34% y 48%) y los problemas de *oír* (entre 30% y 52%), situándose en el último lugar las dificultades para *hablar* (entre 3 y 6%). En cuanto al lugar de procedencia, los porcentajes más elevados son los obtenidos, en cada una de las dificultades, por la muestra del *Hogar del Pensionista* seguida por la *residencia* y la *muestra general*. En resumen, las dificultades más

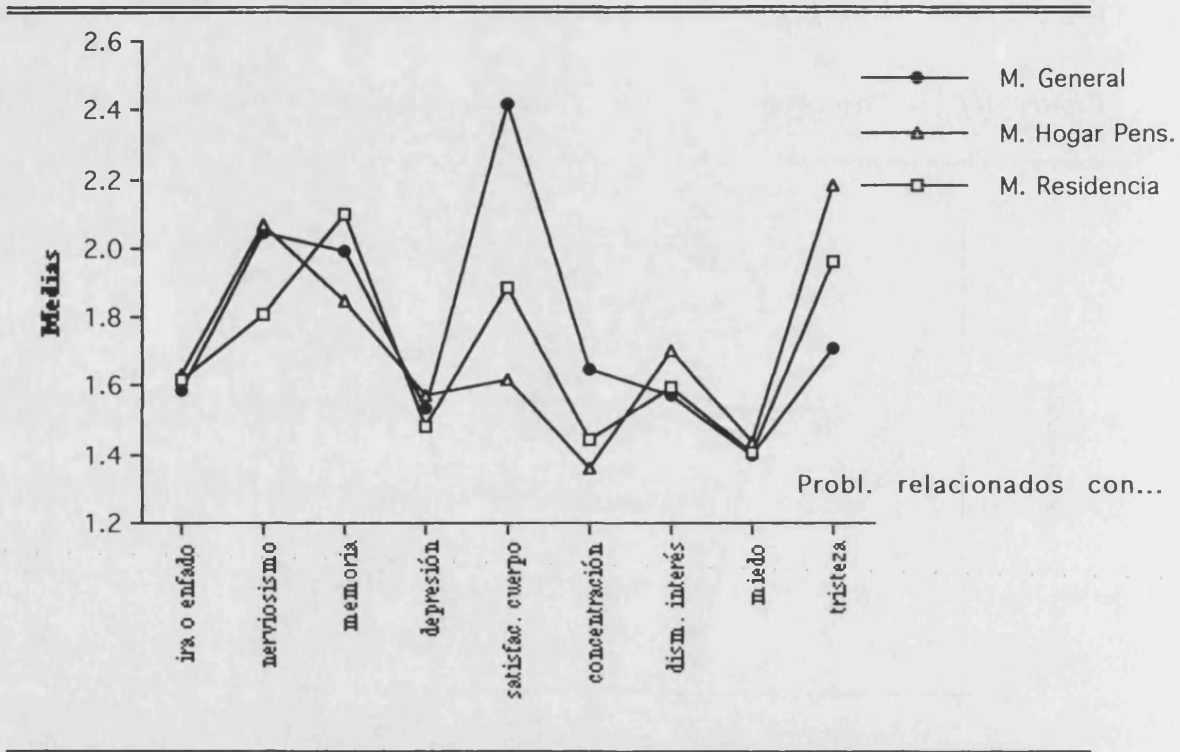
comunes en las tres muestras corresponden al ver, seguida del andar y del oír y donde no presentan ninguna dificultad es en el hablar.

Figura III.11. Porcentajes "tipo de enfermedad que sufren" en el ESFP



En cuanto a los sujetos que sufren algún *tipo de enfermedad* (Figura III.11) se puede apreciar como las muestras se distribuyen de forma muy similar en todas las enfermedades consideradas, excepto en *artrosis* y *reuma* donde los sujetos de la *muestra general*, obtienen un mayor porcentaje (69% y 55% respectivamente). Estos resultados no son de extrañar puesto que los sujetos de esta muestra proceden del Balneario donde reciben tratamiento para este tipo de enfermedad. También se observa una importante incidencia (50-54%) en los problemas circulatorios en las tres muestras. Las otras enfermedades consideradas están poco presentes.

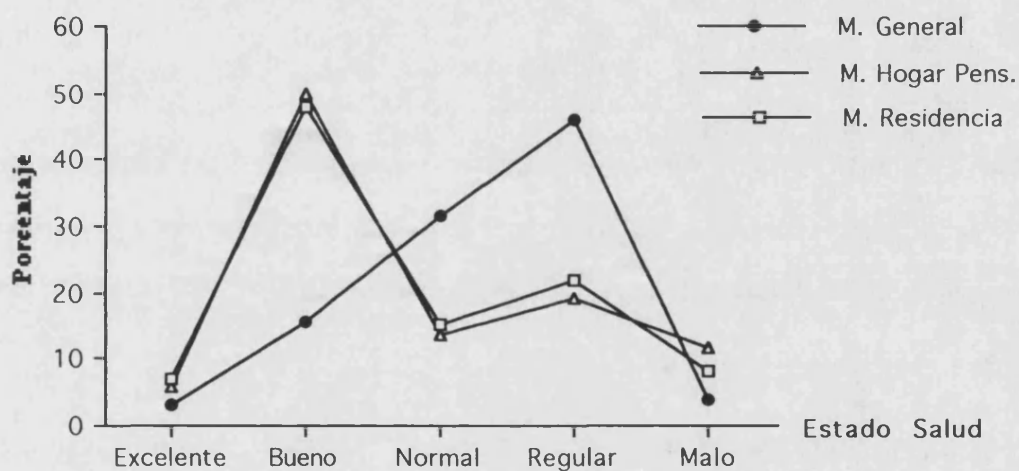
Figura III.12. Medias en "Problemas relacionados con..." en el ESNP



En la evaluación de los estados de ánimo (Figura III.12), se ha considerado la media obtenida de las respuestas dadas (de *nada* con 1 a *mucho* con 4). Como puede observarse la media mayor (2.4) corresponde a los sujetos de la *muestra general*, en el ítem referente a *problemas relacionados con la satisfacción con el cuerpo* y la menor (1.3) respecto a *problemas de concentración* en la muestra de la *residencia*. Del mismo modo, se aprecia fácilmente como en los ítems referidos a *tristeza* y a *satisfacción con el cuerpo*, se dan las dispersiones mayores entre muestras si se relaciona con los otros ítems donde las respuestas presentan una mayor homogeneidad. Donde coinciden las tres muestras es en *ira*, en *depresión* y en *miedo* y los

que se manifiestan más *tristes* son los del *hogar del pensionista*. Por último, cabe señalar que además de los problemas señalados, las tres muestras están preocupadas por los déficits de *memoria*, siendo junto con el *nerviosismo*, *tristeza* y *satisfacción con el cuerpo* los problemas más representativos.

Figura III.13. Porcentajes "Estado de Salud Actual" en el ESFP



En cuanto a la valoración del estado de salud actual (Figura III.13), tan sólo comentar que es la *muestra general* la que obtiene un perfil diferente respecto a las *muestras específicas*. En concreto, los sujetos de la *muestra general* perciben, en general, tener un *estado de salud actual* peor que los sujetos de las muestras del *Hogar del Pensionista* y de la *Residencia*, ya que estos últimos responden más a la alternativa *bueno* y los primeros lo hacen en la de *regular*. En otras palabras, los perfiles se invierten en las alternativas *regular* y *bueno*, y

los menores porcentajes se aunan en *excelente* y *malo* en las diferentes muestras.

En resumen, se puede decir que las *muestras específicas*, procedentes de la *Residencia* y del *Hogar del Pensionista*, presentan características de salud física y psicológica más similares entre sí que con la *muestra general* (sobre todo en *dificultades para...*, *enfermedades...*, *problemas relacionados con ...* y *estado de salud*).

Para concluir el apartado dedicado al área que se ha denominado *Calidad de Vida*, destacar que los servicios generales para la tercera edad (ESGTE) que han sido considerados como importantes por los sujetos en todas las muestras son *Residencias para personas inválidas*, *Sanatorios geriátricos de Rehabilitación*, *Vacaciones en Residencias* y *Balnearios e Incremento de las pensiones*.

También es de señalar que, en cuanto al estado de salud física y psicológica (ESFP), la mayoría de los sujetos acuden menos de seis veces al año para consultar un problema de salud, sin permanecer ningún día en la cama por enfermedad ni en el hospital durante el último año. Donde presentan mayor dificultad es para ver, padecer artrosis y problemas de circulación sanguínea, siendo los problemas de nerviosismo, memoria y la tristeza los que mayor media obtienen. Respecto a como creen que es su estado de salud, los sujetos de las muestras de *hogar* y de *residencia* creen que es bueno y los de la *muestra general* creen que es regular. Por último son los sujetos de la *residencia* los que mayor consumo de medicamentos diarios hacen.

3.1.3. APOYO SOCIAL

El apoyo social se ha mostrado relevante en la prevención y mejoría más rápida a la hora de tratar gran cantidad de enfermedades tanto físicas como psicológicas, algo que ya apuntaba Cassell en 1974. Este concepto adquiere especial relevancia en la población de tercera edad.

El *Cuestionario de Apoyo Social* (AS) consta de tres partes que evalúan la cantidad, valoración y satisfacción de apoyo que los sujetos perciben de su entorno más próximo. Concretamente, valora las relaciones que el sujeto mantiene con su pareja, hijos, familiares y amigos. La primera parte está dedicada a la medición de la frecuencia; la segunda hace referencia al tipo de apoyo percibido y la tercera a la satisfacción que le proporciona este apoyo.

Los resultados se han obtenido en porcentajes por sexo y por muestras en la alternativa elegida como de "alto" apoyo social (Tabla 3.8). En la primera parte del AS respecto a las *veces que ve y habla* con pareja, hijos, familiares y amigos se han considerado como representativas de "alto" apoyo social las alternativas de respuesta *una o más veces al día* y *una vez a la semana o más*. En la segunda parte referida al tipo de *apoyo afectivo y material* percibido por el sujeto, se ha considerado "alto" apoyo social cuando el sujeto ha respondido a ambos aspectos. Por último, en la tercera parte se han escogido las alternativas de *bastante y mucho* en cuanto al grado de satisfacción de la relación.

Tabla 3.8. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)

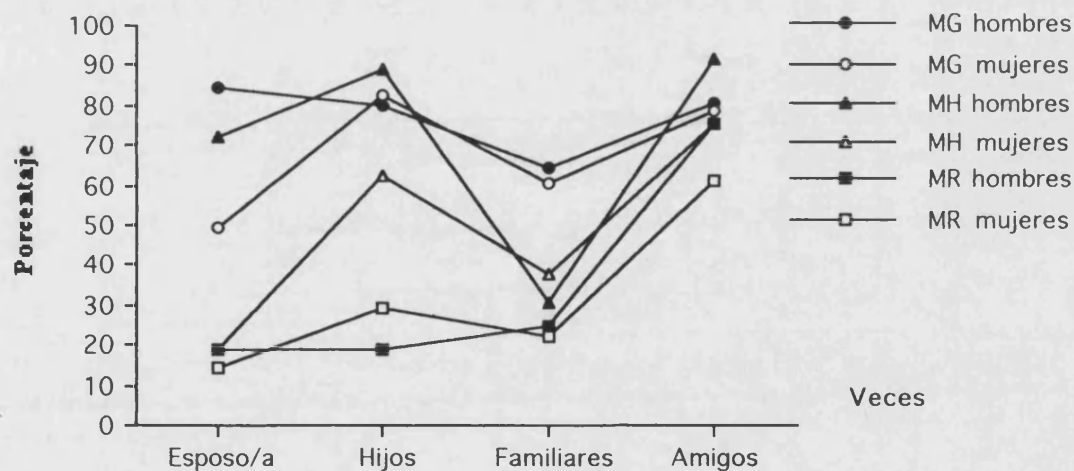
MUESTRAS	GENERAL		HOGARES		RESIDENCIA	
	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)	H(%)	M(%)
1. ¿Veces que ve y habla con						
- Esposo/a	84.5	49.3	72.1	18.7	18.8	14.6
- Hijos	79.8	82.7	88.9	62.5	18.8	29.3
- Familiares	64.3	60.1	30.6	37.5	25.0	21.9
- Amigos	80.2	78.5	91.7	75.0	75.0	61.0
2. Tipo de Apoyo percibido						
- Esposo/a	84.1	47.3	58.3	12.5	18.8	14.6
- Hijos	84.2	82.4	86.1	75.0	28.1	41.4
- Familiares	93.4	93.2	77.8	68.8	59.4	56.1
- Amigos	93.1	93.0	77.8	75.0	81.2	60.1
3. Grado de satisfacción						
- Esposo/a	86.7	51.1	66.7	6.3	18.8	12.1
- Hijos	86.3	87.2	86.1	75.0	25.0	46.3
- Familiares	83.9	81.3	83.3	75.0	68.8	68.3
- Amigos	83.2	80.2	88.9	68.8	13.8	65.8

Como puede observarse, la diferencia en el tipo de apoyo percibido entre hombres y mujeres, en todas las muestras, es debido al alto porcentaje de viudas en las mujeres, motivo por el que no responden a esta alternativa. Sin embargo, las diferencias en la *muestra general* y en la del *hogar* respecto al apoyo del esposo son mayores entre hombres y mujeres que en la *muestra de la residencia* ya que en ésta el número de viudas es menor.

En concreto, en la *muestra general* no existen grandes diferencias entre hombres y mujeres excepto en el caso ya comentado.

Mientras que en la *muestra de hogares* las mujeres perciben menor apoyo en todas sus relaciones, excepto en la frecuencia con que ven a sus familiares donde obtienen un porcentaje superior al de los hombres. En la *muestra de residencia* las mujeres muestran mejor apoyo por parte de los hijos y aunque expresan obtener un menor apoyo de los amigos, éste es más satisfactorio que en los hombres.

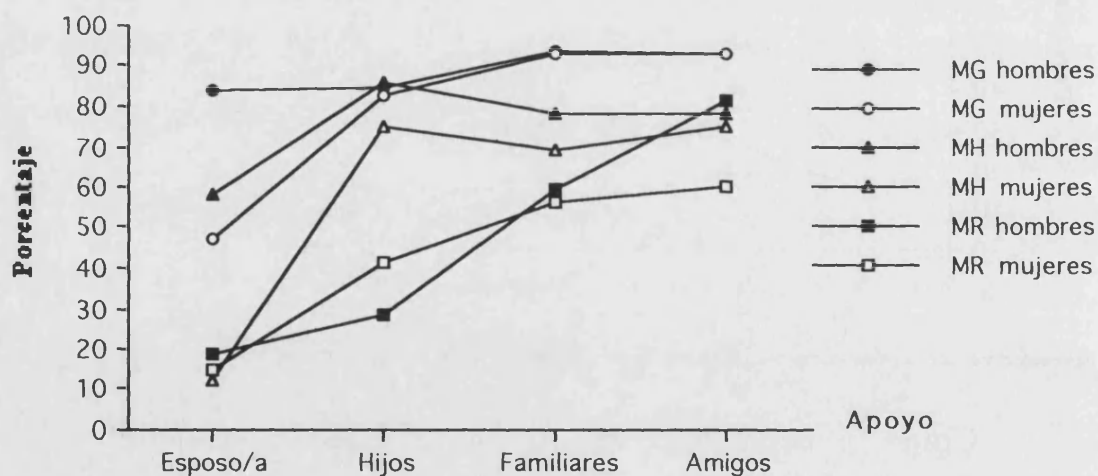
Figura III.14. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en "Cuántas veces ve y habla con..." del Cuestionario de Apoyo Social (AS)



Como puede observarse (Figura III.14), respecto a la frecuencia, la mayor dispersión entre muestras y por sexo se da en los items que hacen referencia al *esposola* y a los *hijos*, y los porcentajes mayores son los obtenidos por la frecuencia de relación con los *amigos*. Concretamente, los sujetos de la *muestra general* son los que tienen más contactos con los *hijos* (80%-83%) y con los *familiares* (60%-64%). En

cuanto al sexo, son los hombres de la *muestra general* los que, puesto que la mayoría están casados, obtienen la mayor frecuencia de contactos con la *esposa* (85%) seguidos de los de la *muestra del hogar* (72%). Los hombres de la *muestra del hogar* son los que tienen relaciones más frecuentes con los amigos (92%) y con los hijos (89%). Respecto a las bajas frecuencias, son los sujetos de la *residencia* los que obtienen los menores porcentajes en todos los ítems, destacando la poca relación existente en las mujeres de la *muestra de residencia* con los amigos (61%).

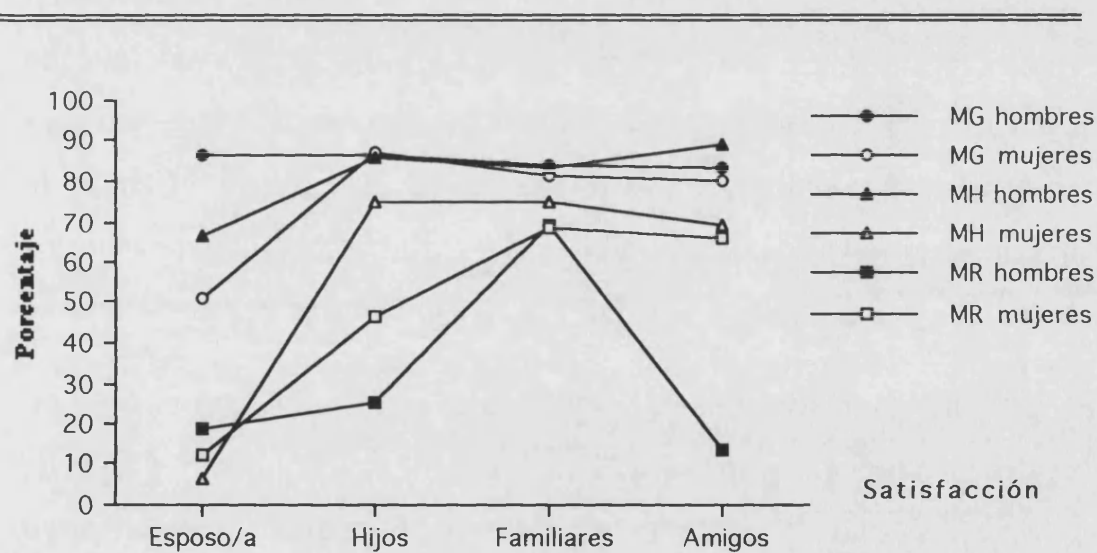
Figura III.15. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en "Tipo de apoyo que recibe..." del Cuestionario de Apoyo Social (AS)



Se observa (Figura III.15) que, igual que antes, sigue siendo el tipo de apoyo percibido de la relación con los *amigos*, en este caso muy similar al percibido de los *familiares*, el que obtiene mayor

porcentaje respecto al resto de las relaciones. Mientras que el apoyo percibido del *esposola* y de los *hijos* son los de mayor dispersión. Concretamente, son los hombres de la *muestra general* los que perciben un mayor apoyo por parte de la *pareja* (84%), y de sus *hijos* (84%). La *muestra del hogar* percibe mayor apoyo de los *hijos* (86%-75%), siendo las mujeres de esta muestra las que perciben menor apoyo del *esposo* (13%). Por último, el menor apoyo, tanto del *esposola* (15%-19%) como de los *hijos* (28%-41%), es el percibido por la *muestra de la residencia*.

Figura III.16. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en "Grado de satisfacción..." del Cuestionario de Apoyo Social (AS)



Respecto al *grado de satisfacción* de la relación que mantienen los sujetos (Figura III.16), se puede observar como la distribución es muy similar a la anterior. Es de señalar el bajo porcentaje en la

satisfacción de la relación con los *amigos* (14%) en los hombres de la *muestra de la residencia*, así como el de la relación con el *esposola*, tanto en hombres como en mujeres, en la *muestra de la residencia* (12%-19%) y en las mujeres de la *muestra del hogar* (6%). Destaca que los índices más elevados corresponden a los hombres de la *muestra general* y que los perfiles en las tres muestras, en cuanto a altos porcentajes, se mantienen similares excepto en la variable *hijos* donde la dispersión es mayor.

En definitiva, los hombres de la *muestra general* mantienen más relación con su esposa, sus amigos y sus hijos, mientras que los sujetos de la *muestra de la residencia* son los que menor contacto tienen con sus hijos y las mujeres de esta misma muestra menos contacto tienen con sus amigos/as. Son los hombres de la *muestra general* los que perciben un mejor apoyo y la *muestra de la residencia*, tanto hombres como mujeres, la que percibe el menor apoyo. En general, el grado de satisfacción mayor es el percibido por los hombres de la *muestra general* y el más bajo el de los hombres de la *muestra de la residencia*.

Para concluir, son los hombres del *hogar del pensionista* en cuanto a frecuencia y los de la *muestra general* en cuanto a *tipo de apoyo* y a *grado de satisfacción* los que obtienen el mayor *Apoyo Social* y los sujetos de la *residencia* los que menor *Apoyo Social* perciben en todas las relaciones.

*3.2. ANALISIS
DIFERENCIALES*

3.2. ANALISIS DIFERENCIALES

En este apartado se estudia la incidencia que pueden tener las variables demográficas y de nivel de vida más relevantes en los resultados obtenidos en las tres áreas objeto del estudio: *Competencia Conductual, Calidad de Vida y Apoyo Social*.

En primer lugar se realizará el estudio de las variables moduladoras seleccionadas (Tabla 3.9) en la *muestra general*.

Tabla 3.9. Variables estudiadas del Cuestionario de Información Biográfica (IB)

Variables demográficas

Sexo

Hombres
Mujeres

Edad

65-69 años
70-74 años
75-79 años

Estado Civil

Casados
Viudos

Hijos

Si tiene
No tiene

Variables del nivel de vida

Pensión

> 60.000 pts. mes
< 60.000 pts. mes

En segundo lugar se realizarán los estudios con las mismas variables pero, en este caso, entre las *muestras específicas* (hogar del

pensionista y residencia) y la *muestra general*, para ello se procedió a su equiparación por edad y sexo.

Con el objetivo de centrar los resultados obtenidos, se presentaran sólo aquellos en los que la relación entre las variables es estadísticamente significativa, aunque la totalidad de los datos para los análisis de varianza (ANOVAS) y pruebas "t" de Student se adjuntan en el Anexo B.

3.2.1. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS Y LA COMPETENCIA CONDUCTUAL: MUESTRA GENERAL

Esta categoría incluye el *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria* (AVD) y el *Cuestionario de Información Personal* (CIP). Se presentaran en primer lugar los resultados obtenidos para el primero de los cuestionarios y posteriormente los relativos al *Cuestionario de Habilidades Funcionales* del CIP.

Como puede observarse (Tabla 3.10) en los valores significativos de "F" para las variables demográficas seleccionadas en los items del *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria* (AVD), no existen diferencias significativas en cuanto a la variable tener o no tener hijos.

Respecto al **sexo** aparecen diferencias significativas en los items *Va de un sitio a otro sin problemas* ($p \leq .05$) y *Dice exactamente lo que necesita* ($p \leq .001$), siendo los hombres los que obtienen puntuaciones mayores.

Tabla 3.10. Valores significativos de "F" en el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD).

"F"					
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
AVD					
Lava partes	-	6.91**	-	-	6.10*
Baño/ducha	-	4.13*	-	-	4.46*
Limpia dientes	-	-	5.67*	-	-
Viste limpio	-	-	6.88***	-	-
Va sin prob.	6.30*	3.73*	4.87*	-	5.21*
Dice necesita	14.09***	-	10.43***	-	9.77**

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto a la **edad**, los sujetos que se encuentran entre 65-69 años, responden que se *Bañan y duchan* ($p \leq .05$) con más frecuencia y que *Van de un sitio a otros sin problemas* junto con los sujetos de 70-74 años ($p \leq .05$). Son los sujetos de mayor edad, 75-79 años, los que obtienen un nivel de significación al .01 respecto al resto de los grupos en *Se lava por partes*.

El **estado civil**, es donde aparecen mayor número de relaciones significativas. Así en *Se limpia los dientes* ($p \leq .05$) y *Se viste con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .001$), obtienen mayores puntuaciones los viudos; mientras que en *Va de un sitio a otro sin problemas* ($p \leq .05$) y *Dice exactamente lo que necesita* ($p \leq .001$), son los casados los que obtienen mayores puntuaciones.

Por lo que se refiere a la **cuantía de la pensión**, los sujetos que cobran menos de 60.000 pts. responden más frecuentemente a los items *Se lava por partes* ($p \leq .05$) y *Dice exactamente lo que necesita* ($p \leq .01$); sin embargo, los que perciben más de esta cantidad lo hacen en *Se baña o se ducha* y *Va de un sitio a otro sin problemas*, ambos con nivel de significación del .05.

Respecto al *Cuestionario de Información Personal* (CIP) se van a observar los valores de "F" significativos obtenidos en las *Habilidades Funcionales (HF)* respecto a las variables demográficas y del nivel de vida que han sido utilizadas (Tabla 3.11).

Tabla 3.11. Valores de "F" en el Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF)

	"F"				
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
HF					
Cuid. personal	9.29**	-	10.77**	-	5.56*
Andar	11.29***	6.81**	-	-	-
Levantarse	5.92*	-	-	-	-
Lavarse	4.65*	5.55**	6.86**	-	-
Adm. dinero	-	6.34**	-	4.13*	-
Teléfono	-	6.98***	-	15.88***	-
Comprar	4.21*	-	10.11**	-	-
Otros	5.08*	-	4.72*	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto a la variable **sexo** son las mujeres las que más ayuda necesitan a la hora de llevar a cabo las actividades de: *Cuidado personal* ($p \leq .01$), *Andar* ($p \leq .001$), *Levantarse o acostarse*, *Lavarse* y

Comprar, estos tres últimos con un nivel de significación del .05. Mientras que los hombres necesitan más ayuda en la categoría *Otros* ($p \leq .05$) que aparece sin especificar.

En cuanto a la **edad**, los sujetos que tienen entre 75-79 años, necesitan más ayuda en *Andar*, *Lavarse* (ambas con $p \leq .01$) y *Usar el teléfono* ($p \leq .001$).

En la variable **estado civil**, son los viudos los que necesitan más ayuda en las categorías *Cuidado personal*, *Lavarse* y *Comprar*, ($p \leq .01$), mientras que los casados necesitan más ayuda en *Otros* ($p \leq .05$), que aparece sin especificar.

En la variable **tener o no hijos**, los que no los tienen dicen necesitar más ayuda en *Administrar el dinero* ($p \leq .05$) y *Usar el teléfono* ($p \leq .001$).

En la **cuantía de la pensión**, los sujetos que cobran menos de 60.000 ptas. al mes dicen necesitar más ayuda en el *Cuidado personal* ($p \leq .05$).

En general, hay que señalar que las variables que mayor número de diferencias presentan son el estado civil y la cuantía de la pensión cuando se trata del *Cuestionario de las Actividades de la Vida Diaria* (AVD). En cuanto a las *Habilidades Funcionales* (HF), las relaciones con mayor número de significaciones estadísticas son el sexo, seguido de la edad y del estado civil; mientras que tener o no hijos y la cuantía de la pensión son las variables con menor número de valores de

"F" significativos. Así, para la *Competencia Conductual*, la variable sexo nos informaría de diferencias importantes entre los sujetos.

3.2.2. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y LA CALIDAD DE VIDA: MUESTRA GENERAL

En este área se hará referencia al *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica*. (ESFP) a excepción de los ítems reseñados en los análisis asociacionales.

En primer lugar señalar que las variables edad y tener o no hijos no han presentado ningún valor "F" con nivel de significación estadística (Tabla 3.12).

Tabla 3.12. Valores de "F" en el Cuestionario de Evaluación del Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)

	"F"				
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
ESFP					
Medicam.	-	-	6.91**	-	8.98**
Nerviosismo	25.11***	-	25.31***	-	-
Probl. Mem.	17.25***	-	18.87***	-	12.21***
Depresión	46.58***	-	20.61***	-	-
Probl. Conc.	19.14***	-	22.72***	-	6.02*
Dism. Interés	11.92***	-	24.54***	-	3.80*
Miedo	33.11***	-	12.81***	-	-
Tristeza	74.56***	-	39.12***	-	-
Estado Salud	18.19***	-	4.98*	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, todas las diferencias significativas que aparecen a los distintos niveles, la mayoría de ellas al .001, son debidas al grupo de mujeres, es decir, éstas obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres. Mientras que en el **estado civil**, son los viudos los responsables de las diferencias aparecidas en los distintos niveles de significación. Sin embargo, es de destacar que tanto los hombres como los sujetos casados, presentan una peor percepción de su estado de salud.

Por lo que se refiere a la cuantía de la **pensión**, los sujetos que cobran menos de 60.000 pts. al mes son los que más *problemas de concentración y disminución de interés por las cosas* presentan (ambos con $p \leq .05$), los que más *medicamentos* toman, y más *problemas de memoria* ($p \leq .001$) tienen.

Los resultados ponen de manifiesto que el sexo y el estado civil, son las variables que mayor número de diferencias significativas presentan. En el primer son los viudos/as, y en el segundo las mujeres los sujetos que mayores puntuaciones obtienen en el *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica*. (ESFP)

3.2.3. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS Y EL APOYO SOCIAL: MUESTRA GENERAL

Para el estudio del *Apoyo Social*, con el *Cuestionario de Apoyo Social* (Tabla 3.13) hay que comentar en primer lugar que donde aparece el signo "#", significa que aunque esos valores de "F" son muy elevados y obtienen nivel de significación estadística igual o inferior a

.001, no tiene sentido comparar los ítems que tienen que ver con el esposo/a en los sujetos viudos y lo mismo ocurre con los ítems referentes a los hijos en los sujetos que no los tienen, por lo que se ha obviado su presencia en la tabla.

Tabla 3.13. Valores de "F" en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)

"F"					
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
AS					
VECES					
Esposo	106.10 ^{***}	5.42 ^{**}	#	8.66 ^{**}	10.05 ^{**}
Hijos	-	3.65 [*]	-	#	-
Familia	4.17 [*]	-	9.05 ^{**}	-	-
Amigos	8.74 ^{**}	4.45 [*]	8.39 ^{**}	-	-
SATISF.					
Esposo	141.00 ^{***}	6.89 ^{**}	#	12.02 ^{***}	12.97 ^{***}
Hijos	-	-	-	#	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto al **sexo**, son los hombres los que más veces ven o hablan con su esposa, perciben una mayor satisfacción de su relación (ambos $p \leq .001$), además con más frecuencia ven a los amigos ($p \leq .01$) y a la familia ($p \leq .05$).

En cuanto a la **edad**, los sujetos que tienen entre 65 y 69 años son los que con más frecuencia mantienen contacto con los hijos y con los amigos (ambos $p \leq .05$). También son los sujetos de menor edad los que más veces ven y hablan con su esposa/a, y más satisfacción perciben de su relación (ambos $p \leq .01$).

Por lo que respecta al **estado civil** son los casados los que obtienen un mejor apoyo social: más *veces ven y hablan con la familia* y con los *amigos* (ambos $p \leq .01$).

En tener o no **hijos**, son los sujetos que los tienen los que más *veces ven y hablan con su esposa/a* ($p \leq .01$) y mayor *grado de satisfacción* perciben de esa relación ($p \leq .001$).

En la cuantía de la **pensión**, los sujetos que cobran más de 60.000 ptas al mes son los que más *veces ven y hablan con su esposa/a* ($p \leq .01$) y mayor es el *grado de satisfacción* que perciben de esa relación ($p \leq .001$); datos que coinciden con los obtenidos en la variable tener o no tener hijos.

Los resultados aquí obtenidos informan que sexo y edad son las variables que mayor número de diferencias presentan en cuanto al *Apoyo Social*.

Como conclusión del estudio de los análisis de varianza realizados, caben destacar los siguientes datos importantes:

En lo referente al *sexo*, los hombres obtienen mejor destreza en las actividades de la vida diaria y perciben un mejor apoyo social. Mientras que las mujeres necesitan, en general, más ayuda para realizar una serie de habilidades funcionales y tienen más problemas, en general, relacionados con la salud física y psicológica.

En cuanto al *estado civil*, los casados perciben mejor apoyo social. Sin embargo, los viudos necesitan, en general, más ayuda para

realizar algunas habilidades funcionales y tienen más problemas relacionados con la salud física y psicológica.

Respecto a *tener o no hijos* y la *cuantía de la pensión* señalar que son variables que no ofrecen datos definitorios que demuestren su importancia en el estudio de los resultados.

Si se toma en consideración la *edad*, los sujetos que tienen entre 75-79 años son los que más ayudan necesitan para realizar las que se han considerado habilidades funcionales y los que tienen entre 65-69 años son los que más apoyo social perciben.

A continuación se pasará al estudio de las diferencias entre la *muestra general* y cada una de las *muestras específicas*.

3.2.4. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS Y LA COMPETENCIA CONDUCTUAL: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-HOGAR

Como se puede observar (Tabla 3.14), los valores significativos obtenidos en el cuestionario de *Actividades de la Vida Diaria* han sido un total de 24.

Respecto al **sexo**, en la *muestra general* los hombres son los que más actividades realizan en cuanto a *Se baña o se ducha* ($p \leq .05$), *Se limpia y cuida el pelo* ($p \leq .001$) y *Se viste con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .01$). Mientras que las mujeres hacen más actividades relacionadas con *Se baña o se ducha* y *Va de un sitio a otro sin problemas* ($p \leq .05$,

en ambos), y las mujeres del *hogar del pensionista* tienden más a lavarse por partes ($p \leq .05$).

Tabla 3.14. Valores de "t" en el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
AVD											
Lava partes	-	-2.27*	-	-	-	-	-3.50***	-	-	-	-
Baña/ducha	2.32*	2.47*	-	-	-	-	3.19**	3.39***	-	2.42*	2.31*
Limp. pelo	3.52***	-	-	2.53*	-	2.04*	2.53*	3.32***	-	-	2.57*
Limp. dientes	-	-	-	2.75**	-	-	2.05*	-	-	-	-
Viste solo	-	-	-	-	-	-	-	-	2.77*	-	-
Viste limpia	3.23**	-	-	1.99*	-	-	3.56***	2.63**	-	2.87**	-
Come solo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Va sin prob.	-	2.09*	2.60*	-	-	-	-	-	-	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **rango de edad**, los sujetos que tienen entre 65 y 69 años *Van de un sitio a otro sin problemas* ($p \leq .05$), los que tienen entre 70 y 74 años *se limpian el pelo* ($p \leq .05$), *los dientes* ($p \leq .01$) y *se visten con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .05$) con más frecuencia los sujetos de la *muestra general* que los del *hogar* en todos los casos.

En el **estado civil**, en la *muestra general* los casados *Se limpian el pelo* más que los de la *muestra del hogar* ($p \leq .05$), los viudos realizan con más frecuencia actividades como *Se bañan o duchan* ($p \leq .01$), *se limpian el pelo* ($p \leq .05$), *los dientes* ($p \leq .05$) y *visten con ropa limpia y*

cuidada ($p \leq .001$.), mientras que los viudos del *hogar* tienden más a *lavarse por partes* ($p \leq .001$).

Respecto a **tener o no hijos**, en la *muestra general*, los sujetos que tienen hijos *Se bañan o se duchan*, *Se limpian el pelo* (ambos con $p \leq .001$) y *Se visten con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .01$) con más frecuencia, mientras que los que no los tienen *Se visten solos* ($p \leq .05$) más frecuentemente que los que sí los tienen.

En cuanto a la **cuantía de la pensión**, en la *muestra general* todos los sujetos *Se bañan o duchan* con más frecuencia ($p \leq .05$) que los del *hogar*; los que cobran más de 60.000 pts. al mes *Se limpian el pelo* ($p \leq .05$) y *Se visten con ropa limpia y cuidada* los sujetos que cobran menos de 60.000 pts. al mes ($p \leq .01$).

Para concluir, son los sujetos de la *muestra general* en todas las variables estudiadas, los que mayor número de actividades en cuanto a higiene personal realizan cotidianamente.

En el *Cuestionario de Información Personal (CIP)*, en el cuestionario de *Habilidades Funcionales* (Tabla 3.15) tan solo han aparecido diferencias significativas en dos de las variables estudiadas: estado civil y cuantía de la pensión.

En cuanto al **estado civil**, se observa que los viudos de la *muestra del hogar* responden necesitar más ayuda a la hora de realizar una serie de habilidades, que no aparecen especificadas, en el ítem denominado *Otros* ($p \leq .05$).

Tabla 3.15. Valores de "t" en el Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
HF											
Lavarse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-2.39*
Otros	-	-	-	-	-	-	-2.31*	-	-	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto a la **cuantía de la pensión**, los sujetos que cobran más de 60.000 pts. al mes, de la misma muestra, manifiestan necesitar ayuda para *lavarse* ($p \leq .05$).

Por tanto, de los resultados expuestos se concluye que respecto a las habilidades funcionales tanto los sujetos de la *muestra general* como los del *hogar* no necesitan ayuda a la hora de realizar las actividades que en el cuestionario se detallan.

3.2.5. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS Y LA CALIDAD DE VIDA: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-HOGAR

En el *Cuestionario de Evaluación de la Salud Física y Psicológica* (Tabla 3.16), los resultados indican que se han obtenido un total de 19 valores con significación estadística.

En cuanto al **sexo**, las mujeres del *hogar* toman más *medicamentos* ($p \leq .05$) y *tienen mayor tristeza* ($p \leq .001$). Por otro lado, tanto los hombres como las mujeres de la *muestra general* tienen

más problemas en *satisfacción con su propio cuerpo* ($p \leq .05$) que los de la *muestra del hogar*.

Tabla 3.16. Valores de "t" en el Cuestionario de Evaluación de la Salud Física y Psicológica (ESFP)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
ESFP											
Veces medico	-	-	-	-	-2.38*	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	-2.12*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ira o enfado	-	-	-2.26*	-	-	-	-	-	-	-	-
Memoria	-	-	-	-	-2.03*	-	-	-	-	-	-
Pro.sat.corp.	2.12*	2.01*	-	-	2.10*	-	3.13*	2.86**	-	2.71**	2.04*
Tristeza	-	-3.78***	-	-	-	-	-3.59***	-2.83**	-	-3.72***	-
Estado salud	-	-	4.10***	-	-	2.04*	-	2.71**	-	-	1.96*

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto a la **edad**, en la *muestra del hogar* los sujetos que tienen entre 65 y 69 años tienen más *ira* ($p \leq .05$) y *mejor percepción de su estado de salud* ($p \leq .001$). Los sujetos que tienen entre 75 y 79 años de la *muestra del hogar*, van más veces al médico para consultar un problema de salud y presentan problemas de memoria (ambas $p \leq .05$). Por último, los sujetos entre 75 y 79 años de la *muestra general* tienen más problemas de satisfacción con su cuerpo ($p \leq .05$).

Respecto al **estado civil**, los casados de la *muestra del hogar* perciben un mejor estado de salud ($p \leq .05$). Mientras que los viudos de la *muestra del hogar* tienen mayor *tristeza* ($p \leq .001$), los de la *muestra general* tienen más problemas de satisfacción con su cuerpo ($p \leq .05$).

En cuanto a **tener o no hijos**, sólo se han obtenido significaciones estadísticas en los sujetos que tienen hijos. Concretamente, son los sujetos de la *muestra del hogar* los que tienen más *tristeza* ($p \leq .01$) mientras que los de la *muestra general* tienen más *problemas de satisfacción con su cuerpo* y perciben un *peor estado de salud* (ambos con $p \leq .01$).

Referente a la **cuantía de la pensión**, vuelven a ser los sujetos de la *muestra del hogar* que cobran menor cuantía, los que tienen más *tristeza* ($p \leq .001$). Sin embargo, los sujetos de la misma muestra que cobran más de 60.000 ptas. al mes tienen una mejor percepción de su *estado de salud general* ($p \leq .05$). Los sujetos de la *muestra general* tienen más *problemas de satisfacción con su cuerpo* tanto los que cobran menor como mayor cuantía de pensión ($p \leq .01$ y $p \leq .05$ respectivamente).

En general, los datos informan que los sujetos del *hogar del pensionista* tienen más problemas de salud, tanto física como psicológica en los aspectos que mide este cuestionario. Sin embargo, los sujetos de la *muestra general* perciben tener *peor estado de salud* y más *problemas de satisfacción con su cuerpo*.

3.2.6. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y EL APOYO SOCIAL: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-HOGAR

Al comparar los resultados de la *muestra general* y la del *hogar del pensionista* en el Cuestionario de Apoyo Social (Tabla 3.17), se ha obtenido el mayor número de valores significativos de "t" en la variable *tener hijos*, no se ha obtenido ninguna diferencia en los sujetos que tienen entre 75 y 79 años y un solo valor para las variables *viudos*, respecto al estado civil, y *sin hijos*.

Tabla 3.17. Valores de "t" en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS	PENSION		
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Vi.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
AS											
VECES											
Esposo	-	-	-	-	-	-	-	1.99*	-	-	-
Familia	3.94***	-	2.12*	3.30**	-	4.44***	-	2.68**	-	-	2.29*
Amigos	-2.33*	-	-	-2.52*	-	-	-2.11*	-3.43***	-	-	-
SATISF.											
Esposo	3.50***	2.83**	-	-	-	5.54***	-	3.4***	-	2.24*	2.54*
Hijos	-	-	-	-	-	2.39*	-	4.76***	-	-	-
Familia	2.55*	-	2.20*	2.6*	-	3.69***	-	3.21**	-	3.36***	-
Amigos	-	2.61*	-	-	-	2.03*	-	2.21*	3.30**	3.07**	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, los hombres de la *muestra general* ven y/o hablan más veces con sus familiares ($p \leq .001$) y obtienen mayor satisfacción de su relación con ellos ($p \leq .05$), además de más

satisfacción de la relación con su esposa ($p \leq .001$). Por otro lado, los hombres del *hogar* son los que con más frecuencia *ven y/o hablan con sus amigos* ($p \leq .05$). Son siempre las mujeres de la *muestra general* las que mejor perciben el grado de *satisfacción de la relación con el esposo* ($p \leq .01$) y *con los amigos* ($p \leq .05$) frente a las mujeres del *hogar*.

Respecto a la **edad**, los sujetos de la *muestra general* que tienen entre 65 y 69 años, *ven y/o hablan más veces con la familia* ($p \leq .05$) y perciben una mayor *satisfacción* ($p \leq .05$) de la relación que mantienen con estos. Por otro lado, los que tienen entre 70 y 74 años *ven y hablan más veces con la familia* ($p \leq .01$) y también perciben una mayor *satisfacción de la relación* ($p \leq .05$) con ellos. En la *muestra del hogar* los sujetos que tienen entre 70 y 74 años son los que mantienen un contacto más frecuente con los *amigos* ($p \leq .05$).

En cuanto al **estado civil**, los sujetos de la *muestra general* que están casados *ven y/o hablan con los familiares* más frecuentemente y el *grado de satisfacción* de estas relaciones es mayor que en los sujetos de la *muestra del hogar* (ambos $p \leq .001$); además perciben una mayor *satisfacción de la relación con los amigos* ($p \leq .05$), y *de la relación con el esposo/a* ($p \leq .001$) y *con los hijos* ($p \leq .05$). Los viudos únicamente obtienen un valor significativo en las *veces que ven y/o hablan con los amigos*, siendo los sujetos del *hogar* los que más relación con estos mantienen ($p \leq .05$).

En **tener o no hijos**, los sujetos con hijos de la *muestra general*, más veces *ven y/o hablan con el esposo/a* ($p \leq .05$) y tienen un

mayor *grado de satisfacción* ($p \leq .001$); lo mismo ocurre respecto a los *familiares* o parientes ($p \leq .01$ y $p \leq .01$ respectivamente) y, por último, perciben una mayor *satisfacción* de la relación con los amigos ($p \leq .05$) y con los hijos ($p \leq .001$). De nuevo son los sujetos de la *muestra del hogar* los que mantienen un mayor contacto con los *amigos* ($p \leq .001$). En los sujetos que no tienen hijos únicamente se ha obtenido valor significativo en la *satisfacción* ($p \leq .01$) de la relación que se mantiene con los *amigos*, siendo esta mayor en los sujetos de la *muestra general*.

En cuanto a la **cuantía de la pensión** se observa que los sujetos de la *muestra general* que cobran menos de 60.000 pts. al mes, obtienen una mayor *satisfacción* en la relación que mantienen con su *familia* ($p \leq .001$), con los *amigos* ($p \leq .01$) y con su *esposa/a* ($p \leq .05$). Respecto a los sujetos que cobran mayor pensión, los de la *muestra general* mantienen más *contacto con la familia* y perciben un mayor *grado de satisfacción* de la relación con su *esposa/a* (ambos $p \leq .05$).

En resumen, los resultados ponen de manifiesto que los sujetos que mayor apoyo social perciben son los de la *muestra general* excepto en el ítem referente al contacto que mantienen con los amigos donde los sujetos de la *muestra del hogar* que cumplen las características de ser hombres, viudos, tener entre 70 y 74 años de edad y con hijos, superan a los sujetos de la *muestra general*.

3.2.7. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y LA COMPETENCIA CONDUCTUAL: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-RESIDENCIA

En cuanto a las muestras equiparadas *muestra general* y *muestra de residencia*, en el *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria* (Tabla 3.18), incluido en el área de Competencia Conductual, se puede observar que el mayor número de valores de "t" significativos los obtiene el ítem *se viste con ropa limpia y cuidada*, obteniendo los sujetos de la *muestra general* mayores puntuaciones que los de la *muestra de la residencia*.

Tabla 3.18. Valores de "t" en el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
AVD											
Lava partes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-1.94*
Limp. pelo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.98*	-
Limp. dientes	2.86**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viste solo	-	-2.43*	-	-	-	-	-	-	-2.02*	-	-
Viste limpio	6.42***	2.98**	3.72***	2.73**	3.50***	-	6.88***	4.80***	2.49*	6.04***	2.58**
Come solo	-	-	-	-	-	-	-	-	-2.88**	-	-
Modos mesa	3.08**	-	-	-	2.48*	1.94*	2.12*	2.80**	-	3.25**	-
Medicación	-	-	-	-	-	-	3.01**	-	-	-	-
Va sin prob.	-	-	-	-	-	-	-1.94*	-	-	-	-
Dice necesita	-	-2.43*	-	-	-	-	-2.15*	-	-2.60*	-2.12*	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto al **sexo**, los hombres de la *muestra general* realizan más actividades referidas a *limpiarse los dientes* y *observar los modales en la mesa* (ambos $p \leq .01$) y *se visten con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .001$) que los de la *muestra de la residencia*. Las mujeres de la *residencia* más frecuentemente *se visten solas* y *dicen lo que necesitan* (ambos $p \leq .05$), mientras que son las de la *muestra general* las que *se visten con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .01$).

En el **rango de edad**, los sujetos de la *muestra general*, en todas las edades estudiadas, realizan con más frecuencia la actividad de *vestirse con ropa limpia y cuidada* (desde $p \leq .001$ a $p \leq .01$). Los sujetos que tienen entre 75 y 79 años de la *muestra general* suelen *observar los modales básicos en la mesa* más frecuentemente de que los sujetos de la *residencia* ($p \leq .05$).

Respecto al **estado civil**, tanto los casados como los viudos de la *muestra general*, *observan los modales básicos en la mesa*. (ambos $p \leq .05$). Los viudos de la *muestra de la residencia* *van de un sitio a otro sin problemas* y *dicen lo que necesitan* (ambos $p \leq .05$), mientras que los de la *muestra general* *se visten más frecuentemente con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .001$) y *se preocupan de tomar su medicación* ($p \leq .01$).

En cuanto a **tener o no hijos**, los sujetos con hijos de la *muestra general* obtienen mayores puntuaciones en los items *se visten con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .001$) y *observa los modales básicos en la mesa*. ($p \leq .01$). Los sujetos sin hijos de la *muestra general*, al igual que en el caso anterior, *se visten con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .05$) y

los sujetos de la *residencia se visten solos* ($p \leq .05$) y *dicen lo que necesitan* ($p \leq .05$).

En la **cuantía de la pensión**, los sujetos que cobran menos de 60.000 pts. de la *muestra general se limpian el pelo* ($p \leq .05$) y *observan los modales básicos en la mesa*. ($p \leq .01$), mientras que los de la *residencia se visten solos* ($p \leq .01$) y *dicen lo que necesitan* ($p \leq .05$). Los sujetos que perciben más de esta cantidad de la *muestra de la residencia se lavan por partes* ($p \leq .05$) y los de la *muestra general se visten con ropa limpia y cuidada* ($p \leq .01$).

Para concluir, cabe señalar que los sujetos de la *muestra general* realizan con más frecuencia las actividades relacionadas con el aseo personal y la educación en la mesa, mientras que los de la *residencia* destacan en las actividades de mayor autonomía como vestirse solos, ir de un sitio a otro sin problemas y decir lo que necesitan.

Dentro del *Cuestionario de Información Personal*, en las *Habilidades Funcionales* (Tabla 3.19) puede observarse el bajo número de valores significativos que se obtienen. Las variables que más diferencias obtienen son *tener o no hijos* y *cuantía de la pensión*.

En cuanto al **sexo** se observan diferencias en los hombres de la *residencia* que necesitan más ayuda para *andar* ($p \leq .01$) y para realizar *otras actividades* ($p \leq .05$).

En la **edad**, se observa que los sujetos de la *muestra general* que tienen entre 75-79 años necesitan más ayuda para *comprar* ($p \leq .05$) y los de la *residencia* para realizar *otras actividades* ($p \leq .05$).

Tabla 3.19. Valores de "t" en el Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
HF											
Cuid. pers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andar	-2.80**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-1.94*
Levantarse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-2.84**
Adm. dinero	-	-	-	-	-	-	-	-	2.48*	2.18*	-
Teléfono	-	-	-	-	-	-	-	-	2.38*	-	-
Comprar	-	-	-	-	2.09*	-	-	-	1.93*	2.07*	-
Otros	-1.99*	-	-	-	-2.01*	-	-	-2.79**	-	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto a **tener o no hijos**, los sujetos con hijos de la *residencia* necesitan más ayuda para realizar *otras actividades* ($p \leq .01$), mientras que los sujetos que no tienen hijos de la *muestra general* necesitan ayuda para *administrar el dinero, usar el teléfono y comprar* ($p \leq .05$ en todos).

En la **cuantía de la pensión**, los sujetos que cobran menos dinero de la *muestra general* necesitan más ayuda para *administrar el dinero y comprar* (ambas $p \leq .05$), mientras que los sujetos de la *residencia* que cobran más de 60.000 pts. al mes necesitan más ayuda para *andar* ($p \leq .05$) y para *levantarse o acostarse* ($p \leq .01$).

En vista de los resultados obtenidos, se puede concluir que en cuanto a las habilidades funcionales los sujetos de la *residencia* necesitan más ayuda para andar, lavarse, levantarse y vestirse mientras que los de la *muestra general* la necesitan para realizar tareas

relacionadas con usar el teléfono, comprar y administrar el dinero, entre otras.

3.2.8. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS Y LA CALIDAD DE VIDA: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-RESIDENCIA

En cuanto al cuestionario de *Evaluación de la Salud Física y Psicológica* (Tabla 3.20) se observa que los items donde mayor número de diferencias con nivel de significación estadística se dan es en *satisfacción corporal, estado de salud general y problemas de concentración*.

En este sentido, la variable *tener o no hijos* es la responsable del mayor número de diferencias, puesto que estas aparecen para cada una de las variables estudiadas.

En cuanto al **sexo**, son los hombres de la *muestra general* los que pasan más *días en el hospital* al año ($p \leq 0.5$), tienen más *problemas de satisfacción con el cuerpo* ($p \leq 0.01$) y *problemas de concentración* ($p \leq 0.5$); mientras que los de la *residencia* presentan una mayor *disminución del interés* ($p \leq 0.5$), más *tristeza* ($p \leq 0.01$) aunque perciben mejor *estado de salud* ($p \leq 0.01$). Por otro lado, las mujeres de la *muestra general* presentan más problemas de *satisfacción con su cuerpo* ($p \leq 0.01$), *problemas de concentración* ($p \leq 0.1$) y peor *estado de salud* percibido ($p \leq 0.5$) que las de la *residencia*, aunque estas toman mayor número de medicamentos ($p \leq 0.5$).

Tabla 3.20. Valores de "t" en el Cuestionario de Evaluación de la Salud Física y Psicológica (ESFP)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
V. medico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-2.39*
Medicament.	-	-2.51*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D. cama	-	-	-	-	-	-2.10*	-	-	-	-	-2.29*
D. hospital	2.03*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ira	-	-	-	-	-2.37*	-	2.61*	-	-	-	-
Nerviosismo	-	-	-	-	-	-2.61*	2.23*	-	-	-	-
Memoria	-	-	-	-	-	-	2.66**	-	-	2.51*	-
Depresión	-	-	-	-	-	-	2.34*	-	-	-	-
Satis. corp.	4.63***	4.04***	2.69**	2.05*	4.80***	2.39*	4.34***	4.98***	2.18*	4.41***	5.02***
Probl. conc.	2.08*	3.29**	2.66*	-	2.30*	-	4.43***	3.33***	-	3.76***	-
Dism. interés	-2.25*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miedo	-	-	-	-	-	-3.09**	3.40***	-	-	-	-
Tristeza	-3.79***	-	-	-	-3.20***	-2.47*	-	-2.53*	-2.63*	-3.09**	-2.35**
Est. salud	3.80***	2.53*	2.86**	2.86**	2.08*	-	3.73***	3.65***	-	3.38***	2.46*

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto al **rango de edad**, los sujetos de la *muestra general* que tienen entre 65 y 69 años tienen más *problemas de concentración* ($p \leq 0.5$), de *satisfacción con su cuerpo* y peor *estado de salud* percibida (ambos $p \leq 0.1$); los que tienen entre 70 y 74 años, tienen más problemas de *satisfacción con su cuerpo* ($p \leq 0.5$) y peor *estado de salud* percibida ($p \leq 0.1$). Por último, los sujetos que tienen entre 75 y 79 años de la *muestra de residencia* tienen más *ira*, pero un mejor *estado de salud* (ambos $p \leq 0.5$), mientras que los sujetos de la *muestra*

general siguen obteniendo mayores puntuaciones en *problemas de satisfacción corporal* ($p \leq 0.01$) y de *concentración* ($p \leq 0.5$).

En cuanto al **estado civil**, los casados de la *muestra de la residencia* pasan *más días en la cama*, tienen más *nerviosismo*, *tristeza* (todos $p \leq 0.5$) y *miedo* ($p \leq 0.1$) que los de la *muestra general*, que tienen más problemas de *satisfacción con su cuerpo* ($p \leq 0.5$). Sin embargo, los viudos de la *muestra general* tienen más *ira*, *nerviosismo* y *depresión* (todos con $p \leq 0.5$), *problemas de memoria* ($p \leq 0.1$), de *satisfacción con el cuerpo* y de *concentración* y *miedo* (todos con $p \leq 0.01$). Por último, los sujetos de de la *muestra de la residencia* perciben tener un mejor *estado de salud* ($p \leq 0.01$).

En el **tener o no hijos**, son los sujetos de la *muestra general* que tienen hijos los que tienen más *problemas de satisfacción con el cuerpo* y de *concentración* y peor percepción de su *estado de salud* (todos $p \leq 0.01$), mientras que los de la *muestra de la residencia* tienen más *tristeza* ($p \leq 0.5$). Sin embargo, de los sujetos que no tienen hijos, los de la *muestra de la residencia* tienen más *tristeza* (todos $p \leq 0.5$) que los de la *muestra general*, los cuales tienen más problemas de *satisfacción con su cuerpo* ($p \leq 0.5$).

Respecto a la **cuantía de la pensión**, los sujetos de la *muestra general* que cobran menos de 60.000 pts. tienen más problemas con la *memoria* ($p \leq 0.5$), con la *satisfacción del cuerpo* y con la *concentración* (ambos $p \leq 0.01$); mientras que los sujetos de la *residencia* tienen más *tristeza* ($p \leq 0.1$) y perciben un mejor *estado de salud* ($p \leq 0.01$). Los sujetos que cobran más de 60.000 pts. al mes de la

residencia van más veces al médico a consultar un problema de salud y pasan más días en la cama (ambos $p \leq 0.5$), más tristeza ($p \leq 0.1$) y mejor percepción del estado de salud ($p \leq 0.5$); mientras que los de la muestra general tienen más problemas de satisfacción con su cuerpo ($p \leq 0.01$).

En conclusión, hay que señalar que los sujetos de la *residencia* piensan que tienen un mejor estado de salud que los de la *muestra general*, aunque tienen más tristeza que éstos. Sin embargo, los sujetos de la *muestra general* tienen más problemas de satisfacción con su cuerpo y más problemas de concentración, que los sujetos procedentes de la *residencia*..

3.2.9. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS Y EL APOYO SOCIAL: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-RESIDENCIA

En el *Cuestionario de Apoyo Social* (Tabla 3.21) puede observarse que hay un número muy elevado de valores de "t" que obtienen nivel de significación estadística.

Es de señalar que esto ocurre en todos los items y variables estudiadas, excepto en el referente a las veces que ve y/o habla con los amigos, donde no se hallan diferencias significativas entre las muestras. Mientras que, por el contrario, el ítem referido a las veces que ve y/o habla con los familiares obtiene diferencias significativas en todas las variables estudiadas.

Tabla 3.21. Valores de "t" en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)

	"t"										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu. c/hij	s/hij	<pens	>pens	
AS											
VECES											
esposos	7.62***	-	3.18**	-	3.70***	2.69**	-	3.49***	2.48*	3.62***	3.58***
hijos	6.91***	6.14***	4.10***	2.95**	5.1***	4.85***	8.17***	8.58***	-	8.61***	3.18**
familia	5.82***	3.75***	3.90***	4.80***	2.70**	6.34***	2.88**	6.43***	4.15***	6.90***	2.14*
amigos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SATISF.											
esposos	8.16***	2.02*	3.04**	2.30*	3.80***	3.18**	-	3.97***	2.63*	4.11***	3.63***
hijos	6.65***	5.57***	4.90***	2.81**	5.1***	4.68***	6.91***	7.66***	-	7.64***	2.90**
familia	3.05**	3.09**	2.80**	3.39**	2.40*	2.32*	2.64**	2.75**	3.68***	4.69***	-
amigos	2.44*	2.41*	-	2.20*	-	3.43***	-	1.92*	3.01**	2.91**	1.98*

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el sentido en que se dan estas diferencias es que son siempre los sujetos pertenecientes a la *muestra general* los que mayor y mejor apoyo social perciben tanto en lo que se refiere a la frecuencia (veces que ve/habla con...) como al grado de satisfacción de las relaciones con el esposo/a, los hijos, los familiares y los amigos, obteniendo la mayoría de ellos un nivel de significación elevado.

**3.3. ANALISIS
CORRELACIONALES**

3.3. ANÁLISIS CORRELACIONALES

En primer lugar, se ha llevado a cabo un análisis correlacional intra instrumento para conocer cual es la relación existente entre los ítems del *Cuestionario de Apoyo Social*, en cada una de las muestras estudiadas.

En segundo lugar, se analizan los resultados obtenidos de los análisis correlacionales que se han realizado a través de la categoría de **Apoyo Social** evaluada por el *Cuestionario de Apoyo Social*, tanto en lo que se ha considerado alto (puntuaciones altas en las alternativas de cada una de sus partes) como en bajo (puntuaciones bajas en las alternativas de cada una de sus partes) apoyo social, en cada una de las muestras y teniendo en consideración los resultados obtenidos en cada uno de los ítems de los instrumentos utilizados, en las dos categorías de **Competencia Conductual**, con el *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD)* y el *Cuestionario de Información Personal (CIP)*, y **Calidad de Vida**, con los cuestionarios de *Evaluación de Servicios Generales de Tercera Edad (ESGTE)* y *Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)*.

Es de señalar, de nuevo, que las correlaciones de la parte dedicada al *tipo de apoyo* no se realizan puesto que se trata de una variable nominal y por ello se le dedicara un apartado en los análisis asociacionales.

3.3.1. ANALISIS CORRELACIONALES INTRA INSTRUMENTO

Con el objeto de conocer la relación existente entre las partes del *Cuestionario de Apoyo Social* en cada una de las muestras se ofrecen a continuación (Tabla 3.22) las matrices de correlación de dichas escalas en cada una de las muestras.

Tabla 3.22. Matriz de Correlación del Apoyo Social en las muestras.

MUESTRA GENERAL (MG)												
	FRECUENCIA				APOYO				SATISFACCION			
	V.Esp	V.Hij	V.Fam	V.Am	A.Esp	A.Hij	A.Fam	A.Am	S.Esp	S.Hij	S.Fam	S.Am
VECES												
Espos	1.00											
Hijos	.16*	1.00										
Famil	.16*	.29*	1.00									
Amig	.15*	.15*	.41***	1.00								
SATISF												
Espos	.92***	.12	.12	.08	.74***	.07	.06	.08	1.00			
Hijos	.17*	.78***	.07	.05	.14**	.53***	-.01	.03	.22**	1.00		
Famil	.11	.18**	.41***	.25**	.02	.02	.12	.06	.17	.28**	1.00	
Amig	.08	.14*	.22**	.45***	-.01	-.05	-.01	.11	.11	.24**	.62**	1.00
MUESTRA HOGAR (MH)												
	FRECUENCIA				APOYO				SATISFACCION			
	V.Esp	V.Hij	V.Fam	V.Am	A.Esp	A.Hij	A.Fam	A.Am	S.Esp	S.Hij	S.Fam	S.Am
VECES												
Espos	1.00											
Hijos	-.18	1.00										
Famil	-.29	.24*	1.00									
Amig	-.05	.51***	-.04	1.00								
SATISF												
Espos	.91***	-.12	-.21	-.02	.82***	-.07	.02	.13	1.00			
Hijos	.12	.65***	.05	.32*	.23	.31*	.17	.44***	.25*	1.00		
Famil	-.03	.17	.47***	.02	.13	.29	.61***	.36**	.07	.42**	1.00	
Amig	.11	.47***	.07	.58***	.21	.32*	.35*	.50***	.26*	.72***	.48***	1.00

MUESTRA RESIDENCIA (MR)

	FRECUENCIA				APOYO				SATISFACCION			
	V.Esp	V.Hij	V.Fam	V.Am	A.Esp	A.Hij	A.Fam	A.Am	S.Esp	S.Hij	S.Fam	S.Am
VECES												
Espos	1.00											
Hijos	.12	1.00										
Famil	-.26*	-.09	1.00									
Amig	.14	.21	.09	1.00								
SATISF												
Espos	.94***	.14	-.25*	.12	.9***	.10	-.14	-.05	1.00			
Hijos	.16	.85***	-.16	.20	.13	.72***	.30	.01	.18	1.00		
Famil	-.14	.25	.49	.37**	-.15	.27	.49***	.28*	-.17	.24*	1.00	
Amig	-.21	.20	.16	.55***	-.23	.20	.37**	.28*	-.18	.24*	.45***	1.00

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Los aspectos más relevantes que proporcionan las correlaciones (Tabla 3.22) entre las partes dedicadas a la frecuencia de la relación establecida (ver y hablar con...) y a la satisfacción percibida por los sujetos del apoyo social se centran en los siguientes aspectos:

- En la *muestra general*:

- a) los items de cada una de las escalas que componen el AS correlacionan alta y positivamente entre sí, obteniendo las mayores correlaciones las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus familiares con las veces que ven y/o hablan con los amigos (.41). Con menor significación cabe destacar las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus hijos y con sus amigos con la satisfacción de la relación con los familiares respectivamente (.18 y .25), y las veces

que los sujetos ven y/o hablan con sus familiares con la satisfacción de la relación con sus amigos (.22).

b) las correlaciones más importantes encontradas entre los items de las escalas del AS corresponden a:

- las veces que los sujetos ven y/o hablan con su esposo/a y el grado de satisfacción de su relación con el/ella (.92);
- las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus hijos y el grado de satisfacción de su relación con ellos (.78);
- las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus familiares y el grado de satisfacción de la relación establecida con ellos (.41);
- las veces que ven y/o hablan con los amigos y el grado de satisfacción de su relación con ellos (.45).

En definitiva, las correlaciones más altas halladas en esta muestra son las que se dan entre el apoyo percibido de los amigos y familiares, en la frecuencia de su relación. Además, cabe destacar las correlaciones existentes entre los items en cada una de las partes del cuestionario referidos al mismo grupo de sujetos, es decir, esposo/a, hijos y amigos.

- En la muestra del *Hogar del pensionista*:

- a) los items que correlacionan alta y positivamente entre sí, son los obtenidos entre las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus hijos con las veces que ven y/o hablan con los amigos (.51); entre el grado de satisfacción que percibe

de la relación con los hijos y los amigos (.72) y, de la relación con los familiares y con los amigos (.48).

b) De las correlaciones existentes entre cada una de las partes del AS cabe señalar las siguientes:

- Entre las veces que los sujetos ven y/o hablan con su esposo/a y el grado de satisfacción de su relación con el/ella (.91), al igual que ocurría en la *muestra general*;
- Entre las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus hijos y el grado de satisfacción de su relación con ellos (.65) y el grado de satisfacción de su relación con los amigos (.47);
- Entre las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus familiares y el grado de satisfacción de la relación establecida con ellos (.47);
- Entre las veces que ven y/o hablan con los amigos y el grado de satisfacción de su relación con ellos (.58)

Es de destacar que es en esta muestra donde se da un mayor número de índices correlacionales con las más altas significaciones estadísticas entre las distintas partes que componen el cuestionario. Este hecho es relevante en cuanto puede denotar que en esta muestra las partes del apoyo social se encuentran más relacionadas.

- En la *muestra de la Residencia*:

- a) los items que correlacionan alta y positivamente entre sí, son los obtenidos entre el grado de satisfacción de la

relación mantenida con los familiares y con los amigos (.45), y, negativamente, con menor nivel de significación, entre las veces que el sujeto mantiene relación con su esposo/a y sus familiares (-.26).

b) De las correlaciones entre cada una de las partes del AS caben destacar las siguientes:

- Entre las veces que los sujetos ven y/o hablan con su esposo/a y el grado de satisfacción de su relación con el/ella (.94), al igual que ocurría en las otras dos muestras.
- Entre las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus hijos y el grado de satisfacción de su relación con ellos (.85),
- Entre las veces que los sujetos ven y/o hablan con sus amigos y el grado de satisfacción de su relación con ellos (.55),

En cuanto a la muestra de la *Residencia* se puede decir que, al igual que en la *muestra general*, las correlaciones más altas son las que se dan entre el apoyo percibido de los amigos y familiares, tanto en frecuencia como en satisfacción, y entre los items que en cada parte vienen referidos al mismo grupo de sujetos.

En general se puede concluir que para las correlaciones intra instrumento (AS), en las tres muestras, los items correlacionan alta y positivamente entre sí y que, además, se encuentran numerosas correlaciones entre frecuencia y satisfacción en el cuestionario *Apoyo Social* (AS).

3.3.2. ANALISIS CORRELACIONALES ENTRE INSTRUMENTOS

Se han realizado análisis de correlación entre cada una de las partes del *Cuestionario de Apoyo Social*, y considerando las altas y bajas puntuaciones en cada una de ellas, con el resto de instrumentos utilizados en el presente estudio.

Los resultados se ofrecen para una mejor comprensión según las altas puntuaciones en apoyo social en primer lugar y después para el considerado como menor apoyo social.

En primer lugar, los resultados para el "*alto*" *apoyo social* entendido como mayor frecuencia en las *veces que el sujeto ve y/o habla con el esposo/a, hijos, familiares o parientes y los amigos*, se presentan en la Tabla 3.23.

Como puede observarse, las correlaciones significativas que se obtienen en cada muestra son diferentes, a excepción de lo que ocurre para el cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales para la Tercera Edad (ESFP) en la *muestra general* y la *muestra del hogar del pensionista* donde se dan un mayor número de coincidencias.

También se observan relaciones semejantes, aunque en menor cantidad, en el cuestionario de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y en el Cuestionario de Información Personal (CIP) en la *muestra del hogar* y en la *muestra de la residencia*.

Tabla 3.23. Variables que correlacionan en "alto" AS ("veces que ve y habla con...")

	M. General	M. Hogares			M. Residencia
	V. Am	V. Esp	V. Hij.	V. Fam	V. Am
ESGTE					
Apoyo Econ.					.31*
Res. Trast.			.34*		.48***
Rehabilit.					.76***
Hosp. Día					.43**
Vacaciones					.28*
Asist. Domic.					.48***
Incr. Pensión					.48***
Serv. Inf.					.33*
Otros				.42*	
ESFP					
Veces med	-.20*				
Medicam.				-.39**	
Días cama				-.46**	
Dif. Andar	-.25**			-.29*	
Dif. Hablar				-.64***	
Corazón				-.29*	
Probl. Ira	-.20*		-.34*	-.55***	.28*
Probl. Mem.	-.27**				
Probl. Satis.					.29*
Probl. Conc.		-.40*			
Probl. Interés	-.20*	-.40*			
Probl. Tristeza	-.26**				
Estado Salud	-.25**			-.34*	
AVD					
Lava partes					-.39**
Limpia dientes					-.35*
Viste solo				.56***	
Va sin probl.					-.28*
CIP (HF)					
Levantarse				-.29*	
Adm. Dinero				-.56***	
Comprar				-.37**	
CIP (NA)					
Ver TV			.42**		.33*
Juegos mesa			.29*	.33*	
Jugar azar				.44*	
Manualidades					-.48***

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En lo que respecta a los resultados más significativos (Tabla 3.23) obtenidos con puntuaciones en alto apoyo social en cuanto a la frecuencia de contactos en cada muestra, cabe señalar que:

- En la *muestra de la residencia* a más veces que el sujeto *ve y/o habla con los amigos* más importante considera las *residencias para trastornos mentales* (.48), los *sanatorios geriátricos de rehabilitación* (.76), la *asistencia en el propio domicilio* (.48), y el *incremento de las pensiones* (.48) y, sin embargo, realizan menos *manualidades* (-.48).

- Los sujetos de la *muestra del hogar* a más veces que *ven y/o hablan con los amigos*: menos *ira* tienen (-.55), menos *dificultades para hablar* (-.64), necesitan menos ayuda para *administrar el dinero* (-.56) y correlacionan positivamente con el ítem *se viste solo* (.56).

- Por último, señalar que, en la *muestra general* los índices de correlación solo se hallan en el *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica* (ESFP) y tienen una significación menor que en el resto de las muestras ($p \geq .001$).

Al realizar los análisis correlaciones entre el "*alto*" *grado de satisfacción* que los sujetos obtienen de la relación con el esposo/a, los hijos, los familiares y los amigos, es decir, las altas puntuaciones dadas por los sujetos en esta parte del cuestionario de apoyo social, y los ítems de los distintos instrumentos que se han utilizado (Tabla 3.24), se observa que tan sólo aparece un índice.

Tabla 3.24. Variables que correlacionan en "alto" AS ("grado de satisfacción de la relación con...")

	M. General	M. Hogares	M. Residencia
S.Amig			
ESFP			
Probl. Satisf. cuerpo	.22*		

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

De este único índice de correlación con significación, señalar la relación positiva que se establece entre tener *problemas de satisfacción con su propio cuerpo* del Cuestionario de Evaluación de la Salud Física y Psicológica (ESFP) y el *grado de satisfacción de la relación con los amigos* del Cuestionario de Apoyo Social (AS), en los sujetos de la *muestra general*.

Cuando se consideran los datos referentes a la correlación entre los diferentes instrumentos y el "*bajo*" *apoyo social en las pocas veces que ve y habla con...* los resultados obtenidos son sensiblemente diferentes a los anteriores.

Tabla 3.25. Variables que correlacionan en "bajo" AS ("veces que ve y habla con...")

	M. General				M. Hogares		M. Residencia		
	V.Esp.	V. Hij.	V.Fam	V.Am	V.Esp	V.Fam	V.Esp.	V. Hij.	V.Fam
V.Am									
ESGTE									
Res. Inv.									.31*
Res. Trast.			-.19*	-.36**					.31*
Rehabilit.									.58***
Hosp.Día									-.40**
Vacaciones									.33*
Asist. Domic.									.49***
Incr. Pensión									.38
Serv. Inf.				-.24*					.49***
ESFP									
Dif. Andar									-.44**
Dif. Hablar			-.25*	-.25*		-.51*			
Reuma				-.24*					
Diabetes		-.21*							-.43*
Corazón			-.22*	-.30*					
Colesterol		-.67***							-.31*
Probl. Ira			.25*						
Probl. Nerv	.23*		.30*	.27*					
Probl. Mem.			.27*	.39***					
Probl. Depre.		.28**		.24*					-.43*
Probl. Satis.			.28*	.47***					
Probl. Conc.			.20*	.35**				.35*	-.43*
Probl. Interés				.35**					
Probl. Miedo				.31**					

Tabla 3.25 (continuación)

	M. General				M. Hogares		M. Residencia			
	V.Esp.	V. Hij.	V.Fam	V.Am	V.Esp	V.Fam	V.Esp.	V. Hij.	V.Fam	V.Am
AVD										
Lava partes					-.53*	.52*				
Baño/ducha										-.43*
Limpia pelo	.25*	.20*								
Limpia dientes	.20*							-.35*		
Viste solo	.23*									
Viste limpio	.27**	.28**	.32**							
Come solo	.21*	.30**								
Modos mesa	.19*								-.31*	
Medicación	.21*	.25**								
Dice necesita	.34***		.26*							
CIP (HF)										
Cuidado pers.		.20*	.35**							
Comer			.41**							
Vestir	.22*		.36**						-.40*	
Andar		.22*								
Levantarse			.34**							
Lavarse			.23*							
Adm.Dinero			.33**							
Teléfono			.42**							
Comprar			.36**							
CIP (NA)										
Ver TV.								-.29*		
Música			-.29**	-.37**						
Leer			-.27**	-.31**						
Escribir			-.33***	-.30**			.28*			
Coser	-.30**			-.36**					-.48**	
Juegos mesa				-.29*						
Jugar azar	-.27**	-.26**		-.35**						
Dibujar				-.38***						
Manualidades			-.21*	-.31**						
Jardinería				-.33**						
Salir calle			-.3**	-.39***						.46*
Pasear			-.23*	-.25*						
Guisar				-.44***						

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En este caso (Tabla 3.25), y tal y como puede observarse, es donde se obtiene el mayor número de índices de correlación con alta significación estadística. Destaca el número de ellos que se obtiene en la *muestra general*, en los cuestionarios de Evaluación de la Salud Física y Psicológica (ESFP), de Actividades de la Vida Diaria (AVD) y de Información Personal (CIP); mientras que el menor número de índices

de correlación significativos se obtiene en la *muestra del hogar del pensionista*. En la *muestra de la residencia* se da la mayor cantidad de índices con alta significación estadística en el Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales para la Tercera Edad (ESGTE).

En concreto, los índices de correlación más importantes, para las bajas puntuaciones en la parte del cuestionario de apoyo social dedicada a la frecuencia de contacto que tienen los sujetos, cabe señalar:

- En la *muestra general* los sujetos que mantienen menor contacto con los *hijos*, correlacionan con no tener *colesterol* (-.67) y *decir lo que necesitan* (.34). Los que *ven y/o hablan* pocas veces con sus *familiares* suelen *escribir* menos (-.33). Por último los sujetos que ven menos a sus amigos tienen problemas de *memoria* (.39) y de *satisfacción con el cuerpo* (.47), necesitan más ayuda para el *cuidado personal* (.35), para *comer* (.41) y para *usar el teléfono* (.42). Por otro lado, *no dibujan* (-.38), *no salen a la calle* (-.39) y *no guisan* (-.44). Se podría decir, que los sujetos con bajo apoyo social realizan menos actividades y tienen menos autonomía.

- En la *muestra de la residencia* los índices de correlación más elevados y positivos los obtienen los sujetos que tienen poca relación con los familiares en los ítems del ESGTE *sanatorios geriátricos de rehabilitación* (.58), *asistencia en el propio domicilio* (.49), y *servicios de información* (.49), lo que indica que los sujetos que tienen bajo apoyo social consideran importantes los servicios enumerados. Es de señalar que el único ítem con signo negativo, aunque con menor nivel de significación estadística, es *hospitales de día* (-.40).

- En la *muestra del hogar*, únicamente se obtienen tres índices de correlación con bajo nivel de significación estadística.

Por último (Tabla 3.26), se muestran las correlaciones entre el "*bajo*" *apoyo social* en grado de satisfacción de la relación con el esposo/a, los hijos, los familiares y los amigos y los ítems de los instrumentos.

Tabla 3.26. Variables que correlacionan en "bajo" AS ("grado de satisfacción de la relación con...")

	M. General		M. Hogares	M. Residencia
	S.Hij	S.Fam	S.Am	S.Esp
ESGTE				
Hog.Pens.		-.35*	-.29*	
Res. Inv.			-.30*	
Rehabilit.			-.27*	
Incr. Pensión		-.32*		-.33*
ESFP				
Días Hosp.				.37*
Reuma	-.42**			
Tensión Alta				-.32*
Corazón			.60***	
Probl. Ira	.22*		.67***	
Probl. Mem.			.41*	
Probl. Interés			.41*	
AVD				
Lava partes		.32*	-.60***	
Viste limpio			.38*	
Medicación		.34*		
Dice necesita				-.35*
CIP (HF)				
Cuidado pers.		.30*		
Comer		.36*	.27*	
Vestirse		.34*	.27*	
Comprar				.33*
Otros				.32*
CIP (NA)				
Ver TV			-.27*	
Jugar azar			-.28*	
Dibujar			-.39**	
Jardinería		-.35*	-.37*	
Salir calle			-.36*	
Pasear	-.22*	-.31*		
Guisar	-.31*			

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En este caso (Tabla 3.26), cabe destacar que de los 36 índices de correlación con significación estadística hallados, 27 de ellos se dan en la *muestra general*. Aunque es de señalar que estos índices tienen un nivel de significación más bajo ($p \geq .001$), mientras que la mayor significación estadística se encuentra en los índices correspondientes a la *muestra del hogar*, los cuales son los que se extraerán de la tabla para ser comentados a continuación.

Hay que señalar que en este caso las correlaciones con mayor significación de la *muestra del hogar* muestran que los sujetos que tienen poca satisfacción de la relación que mantienen con su esposo/a tienen más *ira* (.67), más problemas de *corazón* (.6) y puntúan menos en el ítem *lavarse por partes* (-.6).

A modo de conclusión del apartado dedicado a los análisis correlacionales entre instrumentos se puede decir que aparecen pocas correlaciones elevadas entre el alto y bajo apoyo social y las respuestas a los ítems de los diferentes instrumentos teniendo en cuenta el gran número de posibilidades existentes y las que sí son elevadas aparecen dispersas, por lo que no se puede llegar a ninguna conclusión general.

Sin embargo, se observan algunos datos relevantes como la relación entre la mayor frecuencia de contacto con los amigos y el menor contacto con los familiares y el hecho de considerar importantes los servicios generales para la tercera edad enumerados en el ESGTE y en la *muestra de la residencia*.

Del mismo modo, cabe señalar como la alta frecuencia de contacto con los amigos en la *muestra del hogar* se puede relacionar con una mayor autonomía mientras que la baja frecuencia de estos contactos en la *muestra general* se relacionaría con una menor autonomía por parte de los sujetos.

Por último, en cuanto a las correlaciones entre las bajas puntuaciones del grado de satisfacción, se observa que a menor satisfacción del sujeto en la relación con su esposo/a, se dan mas problemas, en la *muestra del hogar*.

**3.4. ANALISIS
ASOCIACIONALES**

3.4. ANALISIS ASOCIACIONALES

En primer lugar se procederá al estudio de las variables sociodemográficas seleccionadas (tabla 3.9) en la *muestra general*. En segundo lugar se realizarán los estudios en las mismas variables que en la *muestra general* pero entre las *muestras específicas* (*hogar del pensionista y residencia*) y la *muestra general*, al igual que se hizo en los análisis diferenciales.

Los instrumentos de evaluación para cada uno de estos apartados serán: el *Cuestionario del Nivel de Actividad* (NA) perteneciente al área de Competencia Conductual, el *Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad* (ESGTE) y los items referidos a las dificultades y problemas físicos del *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica.*, ambos pertenecientes al área de Calidad de Vida y, por último, la parte del *Cuestionario de Apoyo Social* dedicada al tipo de apoyo percibido.

En tercer lugar, se presentaran los resultados de los análisis de contingencias realizados para el *Cuestionario de Apoyo Social*, en cuanto a la parte referida al tipo de apoyo, entre los items de ésta y el resto de los instrumentos.

Con el objetivo de centrar los resultados obtenidos, se presentaran sólo aquellos donde la relación entre las variables es estadísticamente significativa. Se exponen en las tablas el valor de " χ^2 " aunque la totalidad de los datos y porcentajes de los análisis de contingencias realizados se adjuntan en el Anexo C.

3.4.1. ANÁLISIS ASOCIACIONALES: MUESTRA GENERAL

En el cuestionario del *Nivel de Actividad* (Tabla 3.27), se observa que tanto el rango de edad como el tener o no hijos, son las que menor número de valores con nivel de significación estadística obtienen, mientras que sexo y la cuantía de la pensión son las que mayor número de estos obtienen.

Tabla 3.27. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Nivel de Actividad (NA), Muestra General.

	χ^2				
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
Ver TV	-	-	-	-	10.23*
Oír música	-	16.45*	-	7.50*	13.80**
Leer	48.45***	15.84*	-	-	20.83***
Escribir	6.40*	-	-	-	24.27***
Coser	341.7***	-	44.60***	-	100.70***
Juegos mesa	18.90***	-	6.65*	-	-
Juegos azar	9.20**	-	-	-	17.48**
Dibujar	-	-	-	-	-
Manualidades	19.37***	-	15.38***	-	43.96***
Jardinería	22.68***	-	-	-	18.71***
Salir calle	6.13*	43.20***	-	-	-
Pasear	18.76***	25.83**	7.67*	-	9.77*
Guisar	308.31***	-	53.85***	-	77.82***

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, los hombres son los que realizan más actividades relacionadas con *Escribir* (27.11%), *Leer* (77.66%), *Salir a la calle* (96.34%), *Pasear* (95.97%), *Jugar al bingo*, *tragaperras*, etc.

(*juegos de azar*) (16.48%), *Jugar a las cartas, damas, etc. (juegos de mesa)* (56.04%) y *Hacer fotografía, carpintería, manualidades, etc.* (30.4%) . Mientras que las mujeres son las que más actividades realizan de *Coser* (75.61%), *Cuidar plantas, horticultura o jardinería* (73.84%) y *Guisar* (93.35%). Se observan aquí valores muy altos, ya que estas actividades están culturalmente reservadas al género femenino.

Respecto a la **edad**, señalar que los sujetos que tienen entre 65 y 69 años son los que más realizan las actividades de *leer* (65.19%), *Dar paseos* (92.82%) y *Salir a la calle* (96.96%). Mientras que *oir música* (66.02%) es más frecuente en los sujetos que tienen entre 70 y 74 años. Así, las actividades al aire libre obtienen porcentajes superiores al 80% y son más frecuentes que leer y oír música.

En el **estado civil**, los casados obtienen mayores puntuaciones en *Jugar a las cartas, damas, etc. (juegos de mesa)* (48.42%), *Hacer fotografía, carpintería, manualidades, etc.* (25.34%), y en *Dar un paseo* (91.4%). Por otro lado, los viudos obtienen mayores porcentajes en *Coser* (67.11%) y *Guisar* (88.16%).

Respecto a tener o no **hijos**, aparecen valores significativos en los sujetos que no tienen hijos en *Oír música* (76.62%).

En la cuantía de la **pensión**, los sujetos que cobran más de 60.000 pts. al mes realizan con más frecuencia las actividades de *Oír música* (68.79%), *Leer* (75.14%), *Escribir* (35.26%), *Pasear* (93.64%) y *Jugar al bingo, tragaperras, etc. (juegos de azar)* (18.5%), y *Hacer fotografía, carpintería, manualidades, etc.* (38.73%). Mientras

que los que cobran menos de 60.000 pts. al mes realizan más frecuentemente actividades relacionadas con la *Jardinería* (70.5%), *Coser* (50.6%), *Ver la TV* (93.53%) y *Guisar* (71.94%), que tienen que ver con actividades más pasivas.

En general, se puede ver que las actividades que el sujeto ha realizado durante toda su vida son las que sigue realizando si ninguna enfermedad se lo impide.

En el *Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad* (ESGTE), no aparecen valores significativos χ^2 en la variable sexo ni en estado civil, siendo la variable hijos la que más valores obtiene.

Tabla 3.28. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales para la Tercera Edad (ESGTE), Muestra General.

χ^2					
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
ESGTE					
Hog. pens.	-	-	-	8.01*	12.50*
Vacaciones	-	17.18*	-	-	-
Incr. pens.	-	-	-	-	10.73*
Serv. inform.	-	-	-	6.83*	-
Otros serv.	-	-	-	8.96*	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto a la variable **edad**, se obtiene un valor significativo en *Vacaciones en Residencias y Balnearios* siendo los sujetos que tienen entre 70 y 74 años los que con más frecuencia consideran importante

este servicio (93.92%), aunque así lo hacen la mayoría de los sujetos (90%).

La variable tener **hijos** es importante en los servicios de *Hogares y Clubs de pensionista* (84.54%), *Servicios de información* (82.84%) y *Otros servicios*. (64.61%).

Respecto a la cuantía de la **pensión**, los sujetos que cobran menos de 60.000 ptas. al mes consideran importantes los *Hogares y Clubs de pensionista* (86.33%), mientras que el *Incremento de las pensiones* es destacado tanto por los sujetos que cobran menos (90.41%) como por los que cobran mas de 60.000 ptas. al mes (89.02%).

Respecto al *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (Tabla 3.29), señalar que la variable tener o no hijos tan sólo ha obtenido significación estadística en un ítem, mientras que la variable con más valores significativos ha sido la cuantía de la pensión.

En cuanto al **sexo**, los hombres responden afirmativamente de forma más frecuente al ítem referente a *tener problemas con el aparato urinario* (29.67%) y *dificultades para hablar* (7.69%), mientras que las mujeres lo hacen en *problemas de circulación* (58.31%), *reuma* (58.76%), *artrosis* (76.72%) y *dificultades para andar* (40.13%). Así pues, las mujeres tienen más problemas oseos que los hombres. Por otro lado, es de señalar que los hombres dicen tener más dificultades para hablar que las mujeres, aunque el porcentaje total de no tenerlas es muy elevado (94.75%).

Tabla 3.29. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP), Muestra General.

	χ^2				
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
ESFP					
Dif. Andar	22.79***	27.41***	6.14*	-	26.71***
Dif. Oír	-	37.78***	8.80*	-	20.33***
Dif. Ver	-	21.16**	-	-	11.78*
Dif. Hablar	8.01*	-	-	-	16.71**
Reuma	8.51*	-	-	-	18.07**
Tensión Alta	-	-	-	-	10.11*
Artrosis	34.14***	15.60*	-	-	14.24**
Diabetes	-	-	-	7.24*	-
Corazón	-	18.44*	-	-	-
Circulación	37.18***	-	25.13***	-	-
Colesterol	-	-	-	-	-
Ap. Digestivo	-	18.69*	-	-	-
Ap. Urinario	27.72***	-	10.13**	-	3.69*

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En la variable **edad**, los sujetos que tienen entre 65-69 años tienen más problemas relacionados con el *aparato digestivo* (26.62%), los de 70-74 años respecto a *problemas de corazón* (21.36%) y *artrosis* (65.05%), mientras que los sujetos de mayor edad, 75-79 años, tienen más dificultades para *andar* (37.76%), *oír* (35.71%) y *ver* (41.84%).

En el **estado civil**, los viudos tienen más *dificultades para andar* (40.35%), *oír* (35.96%) y *problemas de circulación* (63.16%). Mientras que los casados tienen más problemas con el *aparato urinario*

(28.53%), hay que recordar que el mayor número de sujetos viudos son mujeres.

En tener o no **hijos**, únicamente se obtiene valor con nivel de significación en cuanto a que los sujetos que tienen hijos tienen más *diabetes* (12.83%) que los que no los tienen.

Por lo que se refiere a la cuantía de la **pensión**, los sujetos que cobran menos de 60.000 pts. al mes son los que más *dificultades para andar* (34.53%), *oir* (32.85%), *ver* (42.93%) y *hablar* (6.71%), además presentan mas problemas relacionados con la *artrosis* (70.26%) y el *reuma* (54.44%). Mientras que los sujetos que cobran más de 60.000 pts. al mes tienen más problemas relacionados con el *aparato urinario* (27.17%) y con la *tensión arterial* (34.1%).

En los resultados para la tabla de contingencias realizada para el estudio del tipo de *Apoyo Social* percibido (Tabla 3.30) las variables con menor número de valores significativos son sexo y pensión.

Tabla 3.30. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS), Muestra General.

	"χ^2"				
	SEXO	EDAD	EST. CIVIL	HIJOS	PENSION
AS APOYO					
Esposo	125.10***	48.32***	579.90***	11.36***	97.20***
Hijos	-	41.34***	-	561.37***	-
Familia	-	-	16.98***	10.43*	-
Amigos	-	-	16.01**	-	-

NOTA: *** = p<.001; ** = p<.01; * = p<.05

Respecto al **sexo**, son los hombres los que perciben un apoyo de tipo afectivo de la relación que mantienen con su *esposa* (83.15%).

Por lo que respecta a la **edad**, los sujetos de menor rango que tienen entre 65 y 69 años son los que más perciben el tipo de apoyo que le proporciona con su *esposola* (64.64%) como afectivo; mientras que los que tienen entre 70-74 años perciben afectivo el apoyo de sus *hijos* (83,01%).

En el **estado civil** son los casados los que perciben el apoyo social como afectivo con su *esposola* (89.82%), con los *familiares* (94.12%) y con los *amigos* (93.67%).

En tener o no **hijos**, son los sujetos que los tienen los que con más frecuencia perciben apoyo afectivo de la relación con su *esposola* (59.51%), sus *hijos* (90.42%) y los *familiares* (92.89%).

En la cuantía de la **pensión**, los sujetos que cobran más de 60.000 ptas al mes son los que más apoyo afectivo perciben de la relación con su *esposola* (67,05%).

Es de señalar que, en cuanto al tipo de apoyo, la mayor parte de los sujetos, independientemente de la variable estudiada y de con quien mantengan la relación responden al tipo de apoyo afectivo y por tanto no al material. Además todas las variables tienen relación con el tipo de apoyo percibido de la relación con el esposo/a.

3.4.2. ANÁLISIS ASOCIACIONALES: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-HOGAR

En el *Nivel de Actividad* (NA), segunda parte del Cuestionario de Información Personal (CIP), se obtienen pocos valores significativos para " χ^2 " (Tabla 3.31). No aparecen relaciones en el cuestionario entre los sujetos de la muestra general y los de la muestra del hogar en las variables: tener entre 70-74 años, tener 75-79 años de edad, estar casado/a y tener hijos.

Tabla 3.31. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Nivel de Actividad (NA), Muestra General y Hogar.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
NA											
Ver TV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.34*	-
Oír música	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.60*
Leer	10.90**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escribir	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coser...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Juegos azar	-	9.60**	5.94*	-	-	-	16.83***	9.43**	-	5.30*	-
Manualidades	-	-	3.86*	-	-	-	-	-	-	-	7.40*
Guisar	-	13.77**	-	-	-	-	7.13**	-	-	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, los hombres de la *muestra general* suelen leer más (77.78%). En cambio, son las mujeres de la *muestra del hogar*

las que *guisan* menos (97.33%) y juegan más frecuentemente a *juegos de azar* (38.46%) que las de la *muestra general* .

En la **edad**, los sujetos de menor rango de edad, es decir, los que tienen entre 65 y 69 años de la *muestra del hogar* son los que más *juegan al bingo, tragaperras, primitiva, etc. (juegos de azar)* (45.45%). Por otro lado, los sujetos de la *muestra general* que tienen esta edad realizan más actividades relacionadas con las *manualidades* (27.5%), mientras que los de la *muestra de la residencia* no las realiza (100%).

Respecto al **estado civil**, los viudos de la *muestra general* son los que más *guisan* (89.58%), mientras que los de la *muestra del hogar* realizan más *juegos de azar* (38.89%). Hay que señalar que, en este aspecto, el porcentaje total de sujetos que, según el estado civil, juegan es bajo (12.12%).

En cuanto a **tener o no hijos**, los sujetos que tienen hijos de la *muestra del hogar* más *juegos de azar* (31.82%) realizan.

En la **cuantía de la pensión**, los sujetos de la *muestra general* que cobran menos de 60.000 pts. al mes son los *ven la televisión* (97.25%) con más frecuencia, mientras que los del *hogar* juegan más al *bingo, tragaperras, primitiva, etc. (Juegos de azar)* (29.17%). Por último, los que cobran más de 60.000 de la *muestra general* son los que con más frecuencia *oyen música* (75.41%), y *hacen manualidades* (45.62%).

Los resultados informan que se juega poco a juegos de azar pero de los sujetos que lo hacen, son los de la muestra del hogar los que lo

realizan de forma más frecuente en todas las variables. Por otro lado, de los ítems que han obtenido significación, excepto en los referidos a juegos de azar, son los sujetos de la *muestra general* los que llevan a cabo un mayor número de actividades y de forma más frecuente.

En cuanto al área *Calidad de Vida*, determinada por los cuestionarios que evalúan los servicios que los sujetos de tercera edad consideran importantes (ESGTE) y el estado de salud física y psicológica (ESFP), se pasará a comentar los resultados obtenidos por los sujetos de las dos muestras en ambos cuestionarios teniendo en cuenta que, en cuanto al estado de salud física y psicológica, sólo se analizarán dos de sus ítems mediante análisis asociacionales.

Los resultados para el *Cuestionario de los Servicios Generales para la Tercera Edad* (Tabla 3.32) ponen de manifiesto que, excepto en la variable no tener hijos, el ítem referido a *otros servicios* obtiene nivel de significación estadística en todas las demás variables; mientras que las que menor número de valores obtienen son las mujeres, los sujetos de edades comprendidas entre los 65 y 69 años y los que cobran más de 60.000 ptas. al mes de pensión.

En cuanto al **sexo**, los hombres de la *muestra del hogar* consideran importantes el *incremento de las pensiones* (91.18%), mientras que los sujetos de la *muestra general*, tanto hombres como mujeres, creen importantes *otros servicios* (73.5% y 60% respectivamente).

Tabla 3.32. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE), Muestra General y Hogar.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
ESGTE											
Apoyo econ.	-	-	-	-	-	-	12.03**	-	7.39**	-	-
Hog. pens.	-	-	-	7.00*	-	-	-	-	-	-	-
Resid. inval.	-	-	-	-	-	-	-	7.10*	-	-	-
Res. tras. ment	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sanat. rehab.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hosp. día	-	-	-	-	-	-	6.50*	6.24*	-	-	-
Vacaciones	-	-	-	-	-	6.07*	-	-	-	-	-
Asist. dom.	-	-	-	-	-	-	6.50*	-	-	8.20*	-
Incr. pens.	-7.24*	-	-	-	8.10*	-	7.21*	7.92*	6.16*	8.20*	-
Serv. inform.	-	-	-	-	-	-	6.34*	7.27*	-	-	-
Otros serv.	92.9***	41.9***	26.7***	71.8***	20.7***	73.8***	48.3***	131.9***	-	72.2***	48.1***

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto al **rango de edad**, los sujetos de la *muestra general* que tienen entre 70 y 74 años consideran importantes los *hogares y clubs del pensionista* (89.42%) aunque la muestra del hogar obtiene un porcentaje de respuestas cercano (84.21%); en el caso de los sujetos que tienen de 75 a 79 años ocurre algo similar respecto al *incremento de las pensiones* (86.11% en la muestra general y 81.82% en la del hogar). Cabe destacar que todos los sujetos de la *muestra general*, consideran importantes *Otros servicios*, los cuales no se encuentran especificados en el cuestionario, independientemente del rango de edad en el que se

sitúen: 65-69 años (65%), 70-74 años (70.19%) y 75-79 años (58.33%).

En cuanto al **estado civil**, los sujetos de la *muestra general* que están casados consideran importante *las vacaciones en residencias y balnearios* (90.55%) y *otros servicios* (66.93%). Los viudos, también de la *muestra general*, señalan de forma más frecuente como importantes los siguientes servicios: *hospitales de día* (87.5%), *asistencia domicilio* (87.5%), *incremento de las pensiones* (89.58%), *servicios de información* (87.5%), *apoyo económico a la familia* (85.42%) y *otros servicios* (6.67%). Es de señalar que los sujetos de la *muestra del hogar* también obtienen altos porcentajes de respuesta en el *incremento de las pensiones* (88.89%).

En **tener o no hijos**, los sujetos con hijos de la *muestra del hogar* consideran importantes las *residencias para personas inválidas* (100%), los *hospitales de día* (93.18%), el *incremento de las pensiones* (90.91%), y los *servicios de información* (88.64%), mientras que hay un mayor porcentaje de sujetos de la *muestra general* que consideran importantes *otros servicios* (68.57%). Los sujetos que no tienen hijos de la *muestra general* consideran importantes el *apoyo económico a la familia* (94.12%) y el *incremento de las pensiones* (88.24%).

Respecto a la **cuantía de la pensión**, los sujetos de la *muestra general* que perciben menos de 60.000 pts. al mes señalan como importantes la *asistencia domiciliaria* (88.99%), el *incremento de las pensiones* (88.99%) y *otros servicios* (73.39%). ES de destacar que en la elección de este último servicio es donde mayor diferencia existe en

cuanto a las respuestas de los sujetos de la *muestra del hogar* (16.67%). Por último, los sujetos de la *muestra general* que perciben más pensión económica consideran *otros servicios* (67.21%) con mayor frecuencia.

Los resultados ponen de manifiesto que son los sujetos de la *muestra general* los que, en mayor medida que los sujetos de la *muestra del hogar*, consideran todos los servicios como importantes o necesarios.

En cuanto al *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica* (Tabla 3.33) los resultados indican que el estado civil es la variable responsable del mayor número de diferencias, con nivel de significación estadística, entre muestras.

Tabla 3.33. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica (ESFP), Muestra General y Hogar.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
ESFP											
Dif. andar	5.40*	4.22*	-	-	4.69*	-	5.96*	5.90*	-	8.43**	-
Dif. oír	8.29**	-	-	6.10*	-	-	4.89*	10.91**	-	5.81*	4.17*
Dif. ver	22.70***	8.80**	4.32*	22.74***	-	12.66***	15.9***	31.8***	-	10.7***	16.4***
Reuma	-	-	-	-	-	3.93*	-	-	-	-	-
Artrosis	-	-	-	-	-	4.22*	4.95*	-	-	-	-
Tensión	-	-	-	-	3.90*	-	-	-	-	-	-
Colesterol	5.77*	-	-	-	-	4.37*	-	-	-	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, los hombres de la *muestra del hogar del pensionista* tienen más *dificultades para andar* (41.18%), *oir* (58.82%) y *ver* (88.24%), sin embargo, los de la *muestra general* tienen más *colesterol* (24.79%). Las mujeres de la *muestra del hogar* tienen más *dificultades para andar* (69.23%) y *para ver* (76.92%).

Respecto a la **edad**, en la *muestra del hogar* los sujetos que tienen entre 65 y 69 años tienen más *dificultades para ver* (72.73%) y los que tienen entre 70 y 74 años tienen más *dificultades para oír* (57.89%) y *para ver* (94.74%). Por otro lado, los sujetos que tienen entre 75 y 79 presentan más *dificultades para andar* (63.64%) y más *tensión arterial* (45.45%).

Respecto al **estado civil**, los casados de la *muestra del hogar* tienen más *dificultades para ver* (77.78%), mientras que los de la *muestra general* tienen más *reuma* (54.33%), *artrosis* (62.2%) y *colesterol* (25.98%). Respecto a los viudos, los de la *muestra del hogar* tienen más *dificultades para andar* (66.67%), *ver* (94.44%) y *oir* (61.11%), mientras que los de la *muestra general* tienen más *artrosis* (89.58%).

En cuanto a **tener o no hijos**, sólo se han obtenido significaciones estadísticas en los sujetos que tienen hijos. Concretamente, son los sujetos de la *muestra del hogar* los que tienen más *dificultades para andar* (47.73%), *oir* (56.82%) y *ver* (86.36%).

Referente a la **cuantía de la pensión**, vuelven a ser los sujetos de la *muestra del hogar* que cobran menor cuantía, los que, como en el

caso anterior, más *dificultades para andar* (58.33%) , *oir* (58.33%) y *ver* (79.17%) tienen. Además, los sujetos de la misma muestra que cobran más de 60.000 ptas. al mes tienen más *dificultades para ver* (90.48%) y *para oir* (52.38%).

En general, los datos informan que independientemente de la variable estudiada, los sujetos de la muestra del hogar tienen globalmente, más dificultades para andar, oir y ver, entre otros aspectos, que los de la muestra general.

Al comparar los resultados de la *muestra general* y la del *hogar del pensionista* en cuanto al tipo de apoyo percibido del *Cuestionario de Apoyo Social* (Tabla 3.34), se observa que el mayor número de valores significativos se dan en la variable *tener hijos* , no se ha obtenido ninguna diferencia en los sujetos viudos y un solo valor para los rangos de edad, los sujetos sin hijos y los que cobran más de 60.000 ptas. al mes.

Tabla 3.34. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS), Muestra General y Hogar.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
AS APOYO											
Esposo	11.69**	-	-	-	-	20.16***	-	11.17*	-	-	-
Hijos	-	-	-	-	-	-	-	10.10*	-	-	-
Familia	17.37***	7.01**	11.47**	18.15***	-	29.51***	-	18.41***	-	15.47**	-
Amigos	17.06***	7.01**	-	-	10.90**	24.13***	-	17.47***	4.80*	13.02**	6.70*

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, en la *muestra general* los hombres obtienen más frecuentemente *apoyo afectivo* de la relación con su *esposa* (82.91%), sus *familiares* (92.31%) y *los amigos* (92.311%). Mientras que son las mujeres de la *muestra general* las que con más frecuencia perciben apoyo de tipo *afectivo* de su relación con *los familiares* (93.33%) y *los amigos* (93.33%).

Respecto a la **edad**, los sujetos de la *muestra general* perciben con más frecuencia que los de la *muestra del hogar* un apoyo de tipo *afectivo* de su relación con los *familiares*, en todos los rangos de edad: 65-69 años (92.5%), 70-74 años (95.19%) y 75-79 años (94.44%).

En cuanto al **estado civil**, los sujetos de la *muestra general* que están casados perciben apoyo social de tipo *afectivo* de la relación que mantienen con *su esposola* (92.91%), sus *familiares* (94.49%) y *los amigos* (92.91%).

En **tener o no hijos**, los sujetos con hijos de la *muestra general*, perciben con más frecuencia apoyo *afectivo* de la relación con *el esposola* (67.43%) , los *hijos* (95.43%), los *familiares* (93.14%) y los *amigos* (93.14%). Mientras que los sujetos que no tienen hijos, de la misma muestra, perciben apoyo de tipo *afectivo* de su relación con los *amigos* (88.24%).

En cuanto a la **cuantía de la pensión** se observa que los sujetos de la *muestra general* que cobran menos de 60.000 pts. al mes, obtienen con más frecuencia apoyo *afectivo* en la relación que mantienen con su *familia* (88.99%) y sus *amigos* (89.91%). Respecto a

los sujetos que cobran más pensión, los sujetos de la *muestra general* perciben con mayor frecuencia apoyo afectivo de la relación con sus *amigos* (98.36%)

En resumen, se puede concluir que, respecto al tipo de apoyo, a los sujetos de la muestra general sus relaciones les proporcionan con mayor frecuencia apoyo afectivo.

3.4.3. ANÁLISIS ASOCIACIONALES: MUESTRAS EQUIPARADAS GENERAL-RESIDENCIA

En cuanto al *Cuestionario de Nivel de Actividad* (NA) se obtienen un total de 34 valores significativos, de entre ellos destaca el ítem *guisar* en el que aparecen diferencias con nivel de significación estadística en todas las variables.

En cuanto al **sexo**, los hombres de la *muestra general* realizan con más frecuencia actividades relacionadas con la *jardinería* (54.55%), las *manualidades* (31.17%) y *guisar* (41.56%); mientras que las mujeres *cosen* (67.39%), *guisan* (88.04%) y se dedican más asiduamente a la *jardinería* (69.57%) que las de la *residencia*. Sin embargo, las mujeres de la *residencia* son las que más participan en *juegos de azar, bingo, tragaperras, primitiva, etc.* (35.9%).

En cuanto al **rango de edad**, los sujetos que tienen entre 65-69 años de la *muestra general* participan en *juegos de mesa: cartas, damas, ajedrez, etc.* (59.09%), *cuidan de las plantas o jardinería* (59.09%) y *guisan* (63.64%), mientras que los de la *residencia* *escriben cartas, poemas, etc.* con más frecuencia (57.14%). Los sujetos de la *muestra*

general con edades comprendidas entre los 70 y 74 años *guisan* (59.46%) y los que tienen entre 75 y 79 años *cosen* (55.1%), *guisan* (69.39%) y *ven la TV* (93.88%) más frecuentemente que los sujetos de la *residencia*.

Tabla 3.35. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Nivel de Actividad (NA), Muestra General y Residencia.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
NA											
Ver TV	-	-	-	-	3.86*	-	-	9.80**	-	-	-
Oír música	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escribir	-	-	5.87*	-	-	-	-	-	-	-	-
Coser	-	15.12***	-	-	8.01*	-	12.26**	6.28*	-	7.93*	-
Juegos mesa	-	-	3.96*	-	-	-	4.33*	-	-	-	-
Juegos azar	-	8.21*	-	-	-	-	6.67**	-	5.83*	10.83***	-
Manualidades	14.19***	-	-	-	-	-	-	4.55*	-	-	-
Jardinería	7.94**	6.86*	9.44**	-	-	-	15.23***	7.03*	-	9.88**	3.85*
Pasear	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guisar	11.5***	77.5***	11.4**	12.9***	26.4***	10.9**	66.5***	43.2***	17.8***	54.5***	6.2*

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Respecto al **estado civil**, los sujetos casados de la *muestra general* suelen *guisar* (52.22%) más que los de la *residencia*. Los viudos de la *muestra general* *cosen* (60.94%), *hacen jardinería* (71.88%) y *guisan* (87.5%) y los de la *residencia* juegan más a *juegos* tanto de *mesa* (60%) como de *azar* (40%).

En cuanto a **tener o no hijos**, en la *muestra general* los sujetos que tienen hijos realizan más frecuentemente las actividades de *coser* (39.19%), *ver la televisión* (92.57%), *jardinería* (64.86%) y *guisar* (66.89%); mientras que los sujetos que no tienen hijos *hacen manualidades* (14.29%) y *guisan* (66.67%). Por otro lado, de estos sujetos, los de la *residencia* *juegan al bingo, etc.* (46.67%) con más frecuencia.

En la **cuantía de la pensión**, los sujetos de la *muestra general* que cobran menos de 60.000 pts. al mes *cosen* (46.43%), *hacen jardinería* (66.07%) y *guisan* (68.75%) más frecuentemente; mientras que los de la *residencia* realizan con más frecuencia *juegos de azar* (35.09%). Los sujetos que cobran más pensión, procedentes de la *muestra general*, realizan más actividades relacionadas con la *jardinería* (57.14%) y *guisar* (54.76%) que los sujetos de la *muestra de la residencia*.

Por lo tanto, y respecto al nivel de actividad, los sujetos de la *residencia* dedican más tiempo a los juegos de azar y de mesa y a escribir que los de la *muestra general*. Además, es de destacar que los sujetos de la *muestra de la residencia* no responden afirmativamente en cuanto a hacer manualidades (0%).

En el área de la *Calidad de Vida*, en el *Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad* (Tabla 3.36), se observa que las variables *sexo* y *estado civil* son las responsables del mayor número de diferencias significativas.

Tabla 3.36. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE), Muestra General y Residencia.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu. c/hij	s/hij	<pens	>pens	
ESGTE											
Ap. econó.	17.6***	44.6***	21.1***	17.97***	9.6**	10.0**	31.5***	29.9***	21.2***	48.5***	-
Hog. pens.	6.13*	15.02***	-	-	-	-	10.23**	11.38**	6.46*	14.50***	-
Res. inval.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Res. trast.	-	8.33*	-	-	-	-	8.89*	-	-	-	-
San. rehabil.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hosp. día	-	6.27*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vacac. resid.	8.16*	16.10***	7.03*	-	8.66*	-	13.20**	20.56***	-	14.5***	7.35*
Asist. domic.	-	17.10***	-	-	-	-	6.61*	8.48*	7.22*	12.80**	-
Incr. pens.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serv. inform.	-	10.30**	7.30*	-	-	-	10.71**	8.88*	-	7.50*	9.40**
Otros serv.	62.6***	81.1***	42.7***	26.4***	28.9***	60.3***	63.1***	109.8***	28.1***	109.1***	22.1***

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, son siempre los sujetos de la *muestra general* los que consideran con más frecuencia la mayoría de los servicios como importantes. Concretamente, en este caso los hombres consideran el *Apoyo económico a la familia* (83.12%), *Hogares y Clubs del pensionista* (90.91%), *las Vacaciones en Residencias y Balnearios* (90.91%) y *Otros servicios* (75.32%). En cuanto a las mujeres los servicios mas importantes son *Apoyo económico a la familia* (85.87%), *Hogares y Clubs del pensionista* (88.04%), *Residencias para personas con trastornos mentales* (90.22%), *Hospitales de día* (91.3%), *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (92.39%), *Asistencia en el*

domicilio (95.65%), *Servicios de información* (90.22%) y *Otros servicios* (67.39%).

Respecto al **rango de edad**, son también los sujetos de la *muestra general* los que consideran de forma más frecuente los servicios como importantes. Concretamente, aparecen un mayor número de diferencias entre muestras en los sujetos que tienen entre 65 y 69 años y en los siguientes servicios: *Apoyo económico a la familia* (94.09%), *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (95.45%), *Servicios de información* (86.36%) y *Otros servicios* (72.73%). En los sujetos que tienen entre 70 y 74 años en *Apoyo económico a la familia* (86.49%) y *Otros servicios* (75.68%). Por último en *Apoyo económico a la familia* (81.63%), *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (93.88%) y *Otros servicios* (65.31%) respecto a los sujetos que tienen entre 75 y 79 años de edad.

En el **estado civil**, aparecen mayor número de diferencias en frecuencia de respuestas entre las muestras en los sujetos viudos; siendo los de la *muestra general* los que mayor porcentaje obtienen en *Apoyo económico a la familia* (87.5%), *Hogares y Clubs del pensionista* (92.19%), *Residencias para personas con trastornos mentales* (89.06%), *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (93.75%), *Asistencia en el domicilio* (93.75%), *Servicios de información* (90.62%) y *Otros servicios* (76.56%). En los *casados* de la misma muestra se observan mayor porcentaje de respuestas en *Apoyo económico a la familia* (80%) y *Otros servicios* (67.78%)

En cuanto a **tener o no hijos**, en los servicios que aparecen valores significativos son siempre los sujetos de la *muestra general*, los que consideran de forma más frecuente como importantes la mayoría de los servicios. En los sujetos que tienen hijos en *Apoyo económico a la familia* (82.43%), *Hogares y Clubs del pensionista* (89.86%), *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (92.57%), *Asistencia en el domicilio* (89.19%), *Servicios de información* (86.49%) y *Otros servicios* (71.62%). Mientras que en los que no los tienen, los obtienen en *Apoyo económico a la familia* (100%), *Hogares y Clubs del pensionista* (85.71%), *Asistencia en el domicilio* (90.48%) y *Otros servicios* (66.67%).

Respecto a la **cuantía de la pensión**, se observa la misma tendencia que en el caso anterior; es decir, aparecen diferencias de porcentajes en cuanto a la frecuencia de respuestas afirmativas dadas por los sujetos de ambas muestras, siendo mayores los porcentajes en los sujetos de la *muestra general*. En los que cobran más de 60.000 pts. al mes, en *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (92.86%), *Servicios de información* (77.78%) y *Otros servicios* (76.19%). Mientras que los sujetos que cobran menos de 60.000 pts. al mes, es en los servicios de *Apoyo económico a la familia* (87.5%), *Hogares y Clubs del pensionista* (92.86%), *Vacaciones en Residencias y Balnearios* (91.96%), *Asistencia en el domicilio* (92.86%), *Servicios de información* (87.5%) y *Otros servicios* (72.32%).

Para concluir se puede decir que al comparar los sujetos de la *muestra general* con los de la *residencia*, y en cuanto a la evaluación

de los servicios, son siempre los sujetos de la *muestra general* los que responden de forma más frecuente y afirmativamente cuando se les pregunta por la importancia o no de los servicios para la tercera edad. Los servicios que en la mayoría de las variables son considerados como más importantes son el apoyo económico a la familia, hogares y clubs del pensionista, asistencia en el propio domicilio, servicios de información y otros servicios.

En cuanto a los items referentes a las dificultades y problemas físicos del cuestionario del *Estado de la Salud Física y Psicológica* (Tabla 3.37) se observa que las variables obtienen pocos valores con significación estadística y, de entre ellas, tanto en el caso de las mujeres como en el de los/as casados/as no se obtienen ninguno.

Tabla 3.37. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica (ESFP), Muestra General y Residencia.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu.	c/hij	s/hij	<pens	>pens
Dif. andar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.10*
Dif. ver	-	-	-	-	4.47*	-	-	-	-	-	6.13*
Dif. hablar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.27*	-
Reuma	-	-	-	5.52*	-	-	-	-	-	-	-
Artrosis	7.62**	-	-	8.45**	-	-	5.08*	7.34*	-	9.97**	-
Diabetes	-	-	-	-	3.87*	-	-	-	3.88*	-	-
Colesterol	4.42*	-	4.32*	-	-	-	-	-	-	-	4.41*
Ap. diges.	-	-	-	-	4.51*	-	-	-	-	-	-

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

En cuanto al **sexo**, los hombres de la *muestra general* tienen más *artrosis* (57.14%) y más *colesterol* (23.38%).

Respecto al **rango de edad**, los sujetos de la *muestra general* que tienen entre 65 y 69 años tienen más *colesterol* (25%); los que tienen entre 70 y 74 años, tienen más *reuma* (45.95%) y más *artrosis* (64.86%). Por último, los sujetos que tienen entre 75 y 79 años de la *muestra de residencia* tienen más *dificultades para ver* (42.86%), *diabetes* (21.74%) y *problemas del aparato digestivo* (39.13%).

En cuanto al **estado civil**, únicamente los sujetos viudos de la *muestra general* tienen más *artrosis* (71.88%) que los de la *muestra de la residencia*.

En la variable **tener o no hijos**, son los sujetos de la *muestra general* con hijos los que tienen más *artrosis* (66.22%); mientras que los que no tienen hijos de la *muestra de la residencia* tienen más *diabetes* (16.67%). Es de señalar que ninguno de los sujetos de la *muestra general* responde tener diabetes.

Respecto a la **cuantía de la pensión**, los sujetos de la *muestra general* que cobran menos de 60.000 pts. tienen más *artrosis* (70.54%) y *dificultades para hablar* (10.71%). Por otro lado, los sujetos que cobran más de 60.000 pts. al mes de la *residencia* tienen más *dificultades para ver* (83.33%), y los de la *muestra general* tienen más *colesterol* (28.57%).

En conclusión, hay que señalar que los sujetos de la *muestra general* suelen tener más *artrosis* y *colesterol* que los sujetos

procedentes de la *residencia.*, los cuales muestran más diabetes y dificultades para ver.

En cuanto al tipo de *Apoyo Social* (Tabla 3.38) puede observarse que hay un número muy elevado de valores estadísticamente significativos. De hecho, se dan casi en todas sus posibilidades, siendo las variables 70-74 años y no tener hijos las que menor número de ellos obtienen.

Tabla 3.38. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS), Muestra General y Residencia.

	χ^2										
	SEXO		EDAD			EST. CIVIL		HIJOS		PENSION	
	Hom	Muj	65-69	70-74	75-79	Cas.	Viu. c/hij	s/hij	<pens	>pens	
AS APOYO											
esposo	45.1***	-	11.8**	-	13.1**	14.5**	-	16.1**	-	14.7**	14.2***
hijos	34.7***	24.6***	12.9**	9.8*	17.6***	13.9**	28.7***	37.1***	-	36.7***	16.9***
familia	25.5***	26.2***	21.6***	-	12.8**	24.2***	20.4***	38.8***	9.3*	35.7***	18.8***
amigos	12.9*	19.8***	-	10.3*	12.6**	19.6***	10.1**	24.6***	4.9*	17.9**	19.4***

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Como puede observarse, hay pocos valores que no tengan significación estadística, siendo los sujetos de la *muestra general* los que de forma más frecuente perciben el apoyo social de tipo afectivo.

En la variable **sexo**, los hombres obtienen altos porcentajes de frecuencia en el apoyo que le proporciona su *esposa* (81.82%), sus *hijos* (83.12%), sus *familiares* (92.21%) y sus *amigos* (93.51%);

mientras que las mujeres lo hacen en cuanto a sus *hijos* (73.91%), sus *familiares* (92.39%) y sus *amigos* (88.04%).

Respecto a la **edad**, los sujetos que tienen entre 65 y 69 años obtienen con mayor frecuencia apoyo afectivo de su *esposola* (65.91%), sus *hijos* (86.36%) y sus *familiares* (90.91%); es de señalar que aquí se da el único caso en que no hay diferencias en las respuestas entre las muestras respecto al apoyo que les proporcionan los amigos. En los sujetos de 70-74 años los porcentajes más elevados se dan en relación al apoyo percibido de los *hijos* (78.38%) y los *amigos* (94.59%), y en los que tienen entre 75 y 79 años en cuanto a su *esposola* (34.72%), sus *hijos* (77.55%), sus *familiares* (89.8%) y sus *amigos* (93.88%).

En el **estado civil**, los sujetos que están casados obtienen mayores porcentajes en cuanto a la relación con su *esposola* (88.89%), sus *hijos* (87.78%), sus *familiares* (92.22%) y sus *amigos* (92.22%); mientras que las frecuencias correspondientes a los viudos son, respecto a sus *hijos* (79.69%), sus *familiares* (92.19%) y sus *amigos* (85.94%).

En la variable que hace referencia a **tener o no hijos**, aquellos sujetos de la *muestra general* que tienen hijos obtienen mayores porcentajes en el apoyo social de tipo afectivo en la relación que le proporciona su *esposola* (56.08%), sus *hijos* (89.19%), sus *familiares* (92.57%) y sus *amigos* (89.86%). Los que no los tienen, en cuanto a su relación con sus *familiares* (90.48%) y sus *amigos* (95.24%).

Por último, respecto a la **cuantía de pensión**, los sujetos que cobran menos de 60.000 ptas. al mes perciben el apoyo afectivo de su *esposola* (44.64%), sus *hijos* (75%), sus *familiares* (91.96%) y sus *amigos* (88.39%). En los sujetos que cobran mayor cuantía de pensión, los porcentajes se dan en cuanto a la relación con su *esposola* (73.81%), sus *hijos* (90.48%), sus *familiares* (95.24%) y sus *amigos* (97.62%).

En conclusión, en general, al comparar las muestras general y de la residencia, los mayores porcentajes de respuestas en apoyo afectivo se dan en la muestra general respecto a la relación que los sujetos mantienen con sus familiares y sus amigos.

3.4.4. ANALISIS ASOCIACIONALES: TIPO DE APOYO SOCIAL

Por último, se han llevado a cabo los análisis asociacionales o tablas de contingencias con el fin de poder conocer la relación existente entre los items del *Cuestionario de Apoyo Social* (AS) en su parte dedicada al tipo de apoyo percibido con los distintos cuestionarios (Tabla 3.39).

Los resultados indican que el tipo de apoyo percibido de la relación con la familia y con los amigos son los que mayor número de valores obtienen con alta significación estadística. También es de señalar que los items que no han obtenido ningún valor con significación estadística han sido: *Dibujar y escribir* del *Cuestionario de Nivel de Actividad* (NA), *número de medicamentos* que toma en la actualidad del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica*

(ESFP), y se limpia los dientes, observa los modales básicos en la mesa y se preocupa tomar su medicación del Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Tabla 3.39. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS) con el resto de instrumentos.

"χ^2"				
	Apoyo Esposo/a	Apoyo Hijos	Apoyo Familia	Apoyo Amigos
ESGTE				
Ap. econom.	-	-	24.94 ^{***}	15.99 [*]
Hog. Pens.	-	15.01 [*]	20.23 ^{**}	-
Res. Inv.	-	-	27.01 ^{***}	25.98 ^{***}
Res. Trast.	-	13.63 [*]	29.59 ^{***}	25.96 ^{***}
Rehabilit.	-	24.72 ^{***}	31.22 ^{***}	24.89 ^{***}
Hosp.Día	-	19.26 [*]	24.68 ^{***}	24.16 ^{***}
Vacaciones	-	-	36.46 ^{***}	-
Asist. Domic.	-	20.23 [*]	17.93 ^{**}	25.79 ^{***}
Incr. Pensión	12.89 [*]	-	17.43 ^{**}	15.83 [*]
Serv. Inf.	13.70 [*]	22.58 ^{***}	30.63 ^{***}	25.96 ^{***}
Otros Serv.	-	18.18 ^{**}	26.66 ^{***}	29.17 ^{***}
ESFP				
Veces medico	-	22.60 ^{**}	22.03 ^{**}	20.18 [*]
Medicam.	-	-	-	-
Dias cama	28.69 ^{**}	-	-	-
Dias hosp.	-	-	33.59 ^{***}	-
Dif. Andar	-	37.95 ^{***}	49.97 ^{***}	48.55 ^{***}
Dif. Oír	-	-	31.55 ^{***}	32.59 ^{***}
Dif. Ver	-	21.99 ^{**}	49.35 ^{***}	47.42 ^{***}
Dif. Hablar	-	19.28 ^{**}	53.99 ^{***}	50.27 ^{***}
Reuma	-	15.67 [*]	50.32 ^{***}	45.58 ^{***}
Tens. alta	-	14.89 [*]	48.23 ^{***}	47.26 ^{***}
Artrosis	-	20.17 ^{**}	51.24 ^{***}	45.46 ^{***}
Diabetes	-	17.97 ^{**}	50.53 ^{***}	45.42 ^{***}
Corazón	-	14.59 [*]	48.94 ^{***}	46.07 ^{***}
Circulación	27.01 ^{***}	-	31.64 ^{***}	30.68 ^{***}
Colesterol	-	-	31.09 ^{***}	32.97 ^{***}
Apar. Digest.	-	-	31.83 ^{***}	33.41 ^{***}
Apar. Urin.	17.53 ^{**}	-	34.81 ^{***}	30.08 ^{***}
Probl. Ira	28.69 ^{**}	28.75 ^{**}	48.41 ^{***}	37.07 ^{***}
Probl. Nerv	31.16 ^{**}	-	37.40 ^{***}	43.47 ^{***}
Probl. Mem.	23.89 [*]	-	37.07 ^{***}	31.56 ^{**}
Probl. Depre.	41.98 ^{***}	22.99 [*]	37.31 ^{***}	31.51 ^{**}
Probl. Satis.	-	-	35.63 ^{***}	37.09 ^{***}
Probl. Conc	-	-	37.8 ^{***}	32.58 ^{**}
Probl. Interés	24.89 [*]	27.40 ^{**}	37.92 ^{***}	43.11 ^{***}
Probl. Miedo	-	-	34.86 ^{***}	36.85 ^{***}
Probl. Tristeza	55.66 ^{***}	21.02 [*]	49.77 ^{***}	41.06 ^{***}
Estado Salud	-	30.97 ^{**}	43.34 ^{***}	37.11 ^{**}

Tabla 3.39 (Continuación)

AVD				
Lava partes	-	-	37.90 ^{***}	-
Baño/ducha	-	25.15 [*]	25.51 [*]	21.30 [*]
Limpia pelo	-	37.20 ^{***}	36.33 ^{***}	31.23 ^{**}
Limpia dientes	-	-	-	-
Viste solo	-	-	29.85 ^{**}	-
Viste limpio	-	28.50 [*]	29.30 ^{**}	-
Come solo	-	-	26.36 ^{**}	-
Modos mesa	-	-	-	-
Medicación	-	-	-	-
Va sin probl.	-	25.16 [*]	-	-
Dice necesita	35.83 ^{***}	26.87 ^{**}	-	-
CIP(HF)				
Cuidado pers.	26.42 ^{**}	31.64 ^{***}	19.77 [*]	22.55 ^{**}
Comer	-	46.64 ^{***}	23.11 ^{**}	28.96 ^{***}
Vestirse	-	43.72 ^{***}	27.99 ^{***}	37.48 ^{***}
Andar	-	38.57 ^{***}	30.31 ^{***}	43.26 ^{***}
Levantarse	-	53.42 ^{***}	27.13 ^{**}	33.26 ^{***}
Lavarse	-	50.72 ^{***}	31.75 ^{***}	39.90 ^{***}
Adm.Dinero	-	26.14 [*]	21.12 [*]	26.14 ^{**}
Teléfono	-	24.99 [*]	26.02 ^{**}	28.98 ^{***}
Comprar	-	27.21 [*]	22.53 ^{**}	30.42 ^{***}
Otros	20.39 [*]	18.25 [*]	24.77 ^{**}	17.43 [*]
CIP (NA)				
Ver TV.	-	-	20.12 ^{**}	17.79 ^{**}
Música	-	-	22.81 ^{***}	20.36 ^{**}
Leer	-	23.32 ^{***}	41.95 ^{***}	39.03 ^{***}
Escribir	-	-	-	-
Coser	60.67 ^{***}	-	15.39 [*]	16.42 [*]
Juegos mesa	-	-	-	23.24 ^{***}
Juegos azar	-	19.22 ^{**}	16.97 ^{**}	14.36 [*]
Dibujar	-	-	-	-
Manualidades	13.27 [*]	-	23.75 ^{***}	25.06 ^{***}
Jardinería	-	-	12.71 [*]	-
Salir calle	-	27.23 ^{***}	23.22 ^{***}	16.25 [*]
Pasear	-	17.78 ^{**}	30.97 ^{***}	29.91 ^{***}
Guisar	67.23 ^{***}	-	15.34 ^{***}	38.61 ^{***}

NOTA: *** = $p \leq .001$; ** = $p \leq .01$; * = $p \leq .05$

Globalmente se observa que el apoyo afectivo es el que perciben mayoritariamente los sujetos de la tercera edad; es decir, los mayores porcentajes de respuesta para todos los ítems y en cada uno de los instrumentos se dan en el tipo de apoyo afectivo (Anexo C). Respecto a este dato se puede concluir que mayoritariamente, los sujetos no reciben apoyo material.

En concreto, los mayores porcentajes se encuentran en los sujetos que responden que sí consideran importantes los servicios generales para la tercera edad (ESGTE). Además, van menos de seis veces al médico al año para consultar un problema de salud (ESFP). Los sujetos que pasan cinco días en la cama por enfermedad durante el último año son los que perciben como afectivo el tipo de apoyo que les proporciona la relación con su esposo/a. Mientras que los que perciben apoyo afectivo por parte de sus familiares suelen estar uno, dos o más de siete días hospitalizados al año.

Por otro lado, los mayores porcentajes de respuesta que coinciden con el tipo de apoyo afectivo se encuentran, globalmente, en los sujetos que responden que no sufren enfermedades como reuma, artrosis, colesterol..., excepto en el apoyo afectivo de los amigos donde los sujetos responden de forma afirmativa a estas cuestiones.

En cuanto a tener problemas relacionados con ira, depresión, memoria,... la mayoría de los sujetos coinciden en las alternativas de respuesta nada o algo y la percepción afectiva de apoyo. Es de destacar el porcentaje de sujetos que perciben afectivo el apoyo de la relación con sus hijos y dicen tener mucha tristeza, y los sujetos que perciben el apoyo afectivo de los amigos que suelen responder más a tener los problemas señalados. Por último, y en conjunto, los sujetos refieren tener un buen estado de salud.

Para finalizar, en las actividades de la vida diaria (AVD), la ayuda o no para realizarlas así como en la frecuencia (CIP:HF y NA), sigue siendo considerado de forma mayoritaria el tipo de apoyo

afectivo, independientemente de las alternativas de respuesta escogidas por los sujetos. Destaca que en cuanto a ir de un sitio a otro sin problemas, en el apoyo afectivo de los hijos, los sujetos con mayor porcentaje lo hacen siempre. En general, se observa que los sujetos que responden obtener apoyo afectivo de la relación con su esposo/a y con sus hijos, suelen realizar más actividades y necesitar poca o ninguna ayuda para llevar a cabo actividades relacionadas con el funcionamiento cotidiano.

En conclusión, la mayor parte de los sujetos de la tercera edad que perciben el apoyo de tipo afectivo consideran importantes todos los servicios que se les pueda facilitar, tienen un buen nivel de autonomía respecto a las actividades de ocio y de funcionamiento cotidiano y tienen pocos problemas relacionados con la salud, tanto a nivel físico como psicológico.

***3.5. ANALISIS DE
REGRESION***

3.5. ANALISIS DE REGRESION

Como previamente se ha indicado, con los análisis de regresión se pretende observar la importancia que tienen las variables, que previamente han obtenido un nivel de significación estadística, por sí mismas o junto a otras variables.

Para facilitar su estudio y comprensión, se van a presentar según las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el Cuestionario de Apoyo Social. Es decir, por puntuaciones de alto y bajo apoyo social, como se hizo en el apartado correspondiente a los análisis correlacionales.

3.5.1. VARIABLES QUE INCIDEN EN EL "ALTO" APOYO SOCIAL

En cuanto a las altas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con los amigos, y en la *muestra general*, de las siete variables que obtuvieron nivel de significación estadística en los análisis correlacionales, las variables introducidas en el modelo han sido *tristeza* en primer lugar y *veces médico* en segundo lugar, ambos ítems del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP).

Tabla 3.40. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra General

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	12.80	3	.005	12.80	3	.005	55.96	Tristeza
2	8.60	3	.035	21.39	6	.002	58.77	Veces Medico

Como puede observarse (Tabla 3.40), la introducción de la primera variable independiente mejora el modelo de chi-cuadrado, y si se añade la segunda variable, hace que se pueda clasificar correctamente al 58.77% de los sujetos con altas puntuaciones en las veces que ve y habla con los amigos en la *muestra general*.

En cuanto a las altas puntuaciones en las veces que ve y habla con su esposo/a y en la *muestra del Hogar del Pensionista* (Tabla 3.41), tan sólo aparece una de las variables, de las dos que obtuvieron índices de correlación, introducida en el modelo.

El estadístico chi-cuadrado indica que la introducción de la variable independiente del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP) *problemas de concentración* no mejora significativamente el modelo predictivo. Es decir, el modelo permite clasificar el 96.5% de los sujetos, pero lo hace igual sin esa variable que con sólo la constante, ya que no obtiene nivel de significación estadística ($p=.115$).

Tabla 3.41. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con su esposa/a") Muestra del Hogar

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	5.90	3	.115	5.93	3	.115	96.55	Probl.Concentr.

Siguiendo con la *muestra del Hogar del Pensionista*, al realizar los análisis con altas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con sus hijos (Tabla 3.42), se puede observar que, de las cuatro

variables que obtuvieron correlaciones con nivel de significación estadística, la introducción de la variable independiente *Ver la TV* del cuestionario *Nivel de Actividad* (NA) mejora el modelo y permite clasificar correctamente al 78.2% de los sujetos.

Tabla 3.42. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con sus hijos") Muestra del Hogar

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	8.13	1	.004	8.13	1	.004	78.26	Ver la TV

En la misma muestra pero en este caso en altas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con los familiares, de las dos variables halladas significativas en los análisis correlacionales, la variable relativa a los juegos de azar del *Cuestionario de Nivel de Actividad* (NA) permite clasificar correctamente al 71.4% de los sujetos.

Tabla 3.43. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los familiares") Muestra del Hogar

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	4.25	1	.039	4.25	1	.039	71.43	Juegos azar

Seguidamente, y como se puede observar (Tabla 3.44), la introducción de la variable *dificultades para hablar* en el primer paso muestra un cambio significativo con respecto al modelo, únicamente con la constante. La adición de la variable independiente *ira*, todavía mejora más el modelo. De forma que estas dos variables del

cuestionario de *Evaluación de Salud Física y Psicológica*. permitirían clasificar de forma correcta al 100% de los sujetos en la variable veces que el sujeto ve y habla con los amigos y con altas puntuaciones, en la misma *muestra del hogar*.

Tabla 3.44. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra del Hogar

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	8.86	1	.003	8.86	1	.003	95.65	Dif. Hablar
2	13.32	3	.004	22.18	4	.000	100.00	Ira o enfado

Es de señalar que estas dos variables (Tabla 3.44), aunque junto a *se viste solo* del *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria* (AVD) y *administrar el dinero* del *Cuestionario de Habilidades Funcionales* (HF), obtuvieron una alta significación estadística ($p=.001$) en los análisis correlacionales del conjunto de las doce variables con correlaciones significativas.

Pasando a la *muestra de la Residencia*, en cuanto a las altas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con los amigos (Tabla 3.45), de las quince variables que obtuvieron nivel de significación al realizar las correlaciones, únicamente ha sido introducida aquella del *Cuestionario de Evaluación de los Servicios para la Tercera Edad* que tiene que ver con la importancia o no de los *Sanatorios Geriátricos de Rehabilitación*. Así, la introducción de esta variable en el modelo, permite clasificar de forma correcta al 95.9% de los sujetos en esta muestra.

Tabla 3.45. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra de la Residencia

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	15.84	1	.000	15.84	1	.000	95.92	Sanat. Rehabil.

Ahora, tomando en consideración las altas puntuaciones en el grado de satisfacción (Tabla 3.46), tal y como se observó en el apartado de los análisis correlacionales, únicamente se obtiene una variable con valor estadísticamente significativo.

Tabla 3.46. Variables que inciden en "alto" AS ("grado satisfacción de la relación con los amigos") Muestra General

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	38.35	4	.000	38.35	4	.000	61.99	Probl. Sat.Corp.

Se observa que la variable *problemas de satisfacción con el propio cuerpo* del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP) mejora el modelo y permite clasificar correctamente al 61.99% de los sujetos de la *muestra general* que obtienen altas puntuaciones en la satisfacción de la relación con los amigos.

Para concluir el apartado dedicado a las variables que inciden en el "alto" apoyo social, en cuanto a las veces que el sujeto ve y habla con... se observa que los porcentajes mas elevados, que los modelos ofrecen de sujetos clasificados correctamente, se hallan en la *muestra del hogar del pensionista* en los ítems *Dificultades para hablar*

(95.65%) junto a *Tener ira o enfado* (100%) del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP) respecto al apoyo de los amigos y en *Problemas de concentración* (96.55%) en el apoyo del esposo/a. Además se observa un elevado porcentaje en el ítem *Sanatorios geriátricos de rehabilitación* (95.92) del *Cuestionario de Evaluación de los Servicios para la Tercera Edad* (ESGTE) en cuanto al apoyo de los amigos pero en la *muestra de la residencia*.

3.5.2. VARIABLES QUE INCIDEN EN EL "BAJO" APOYO SOCIAL

En cuanto a las bajas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con su esposo/a en la *muestra general* (Tabla 3.47); la introducción de la variable *nerviosismo* del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP), única que obtuvo correlación significativa, permite clasificar al 100% de los sujetos correctamente.

Tabla 3.47. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con su esposo/a") Muestra General

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	9.54	3	.023	9.54	3	.023	100.00	Nerviosismo

Sin embargo, en la *muestra general* y con respecto al bajo apoyo social en las veces que el sujeto ve y habla con sus hijos, y aunque trece variables pertenecientes a diferentes instrumentos obtuvieron índices de correlación con significación estadística, ninguna de ellas parece mejorar significativamente el modelo de chi-cuadrado.

Así, con sólo la constante, el modelo permite clasificar correctamente al 82.09% de los sujetos.

También en la *muestra general*, respecto a las bajas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con sus familiares, se puede observar (Tabla 3.48) que el modelo introduce un total de cuatro variables, de las veintiuna que obtuvieron significación estadística en los análisis correlacionales. Las tres primeras variables pertenecen al *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP) y la última al *cuestionario del Nivel de Actividad* (NA).

En el primer paso al introducir la variable *problemas de satisfacción con el propio cuerpo* se pueden clasificar al 72.06% de los sujetos, al añadirle *Nerviosismo* aumenta al 73.9%; en el tercer paso la variable *Ira o enfado* hace que el porcentaje correctamente clasificado sea del 76.84% y en el cuarto paso la introducción de la variable *Dar un paseo*, junto a las anteriores, permite clasificar correctamente al 76.47% de los sujetos. Es decir, la introducción de esta última variable no mejora más que si solo se tienen en cuenta las tres primeras aunque obtiene un alto nivel de significación estadística.

Tabla 3.48. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con sus familiares") Muestra General

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	37.58	3	.000	37.58	3	.000	72.06	Probl. Sat.Corp.
2	24.66	3	.000	62.23	6	.000	73.90	Nerviosismo
3	10.90	3	.012	73.13	9	.000	76.84	Ira o enfado
4	5.28	1	.022	78.41	10	.000	76.47	Dar un paseo

Siguiendo con la *muestra general*, y con bajas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con los amigos, el modelo introduce tres variables como importantes, de un total de las treinta y cinco que obtuvieron nivel de significación estadística en los análisis correlacionales, a la hora de clasificar correctamente a los sujetos (Tabla 3.49).

Las variables más importantes son *ayuda para vestirse o desvestirse* del *Cuestionario de Habilidades Funcionales* (HF), *Problemas de satisfacción con el propio cuerpo* y *Problemas de memoria* del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP), de forma que el modelo, con las tres variables, es capaz de clasificar correctamente al 77.69% de los sujetos.

Tabla 3.49. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra General

Pasos	Mejora		Modelo				% Clasif.		Variable
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.		
1	14.60	1	.000	14.60	1	.000	76.15	Vestirse/Desvest.	
2	12.11	1	.001	26.71	2	.000	75.38	Probl. Sat.Corp.	
3	7.36	1	.007	34.07	3	.000	77.69	Probl. Memoria	

En cuanto a la *muestra del hogar* (Tabla 3.50) la variable *se lava por partes* del *Cuestionario de Actividades de la vida diaria* (AVD), única que obtuvo correlación significativa, ha resultado importante para clasificar correctamente al 100% de los sujetos que puntúan bajo en las veces que ven y hablan con su esposo/a.

Tabla 3.50. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con su esposa/a") Muestra del Hogar

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	6.03	3	.110	6.03	3	.110	100.00	Se lava por partes

Continuando con la *muestra del hogar del pensionista* (Tabla 3.51), la misma variable *se lava por partes* permite clasificar correctamente, junto con la constante que introduce el modelo, al 92.42% de los sujetos que, en este caso, obtienen bajas puntuaciones en cuanto a las veces que ve y habla con los familiares.

Tabla 3.51. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los familiares") Muestra del Hogar

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	13.99	4	.007	13.99	4	.007	92.42	Se lava por partes

Respecto a la *muestra de la Residencia*, y respecto a las bajas puntuaciones en las veces que ve y habla con su esposo/a (Tabla 3.52), la introducción de la variable *escribir (cartas, poemas...)* del *Cuestionario del Nivel de Actividad (NA)* es importante para poder clasificar correctamente al 88.89% de los sujetos.

Es de señalar que esta variable es la única que, previamente, obtuvo correlación con nivel de significación estadística.

Tabla 3.52. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con su esposa/a") Muestra de la Residencia

Pasos	Mejora		Modelo			% Clasif.		Variable
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	
1	5.72	1	.017	5.72	1	.017	88.89	Escribir

Siguiendo con la *muestra de la residencia* y con respecto al bajo apoyo social en las veces que el sujeto ve y habla con sus hijos (Tabla 3.53), las variables más importantes son *se limpia los dientes*, por sí misma, y *ver la TV* al añadirle la anterior, de forma que con ambas variables se pueden clasificar correctamente al 83.58% de los sujetos de esta muestra. La primera de las variables pertenece al *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD)* y la segunda al *Cuestionario del Nivel de Actividad (NA)*

Tabla 3.53. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los hijos") Muestra de la Residencia

Pasos	Mejora		Modelo			% Clasif.		Variable
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	
1	9.47	3	.024	9.47	3	.024	82.09	Se limpia dientes
2	4.66	1	.031	14.13	4	.007	83.58	Ver la TV

Es importante tener en cuenta que sólo se han introducido esas dos variables, no comentadas en el apartado de los análisis correlacionales por obtener bajo nivel de significación estadística, y que ambas aparecen como importantes, mientras que en otros casos no aparece ninguna de las variables introducidas o teniendo varias solo una o dos de ellas son importantes.

Al realizar los análisis en la misma muestra pero con bajas puntuaciones en las veces que el sujeto ve y habla con los familiares (Tabla 3.54), de las trece variables que obtuvieron nivel de significación estadística en los análisis correlacionales, las tres que han aparecido importantes no obtuvieron la más alta significación.

La introducción de la variable *Observa los modales básicos en la mesa* del *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria* (AVD) en el primer paso permite clasificar correctamente al 82.09% de los sujetos de esta muestra; al añadir la variable *coser, bordar,...* del *Cuestionario del Nivel de Actividad* (NA) este porcentaje aumenta al 87.79% y, por último, en el tercer paso, la variable *Vacaciones en Residencias y Balnearios* del *Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales para la Tercera Edad* (ESGTE) permite que se puedan clasificar correctamente un total de 88.26% de sujetos.

Tabla 3.54. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los familiares") Muestra de la Residencia

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	37.94	4	.000	37.94	4	.000	86.38	Modales mesa
2	24.71	2	.000	62.66	6	.000	87.79	Coser
3	7.72	2	.021	70.38	8	.000	88.26	Vac.Resid./Baln.

Por último, también en la *muestra de la Residencia* y en cuanto a los sujetos que obtienen bajas puntuaciones en las veces que ven y hablan con los amigos (Tabla 3.55), de las seis variables que obtuvieron índices de correlación significativos, las introducidas en el modelo han

sido *dificultades para andar* en primer lugar y *problemas de concentración* en segundo lugar, ambas del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)* permitiendo clasificar correctamente al 86.92% de los sujetos pertenecientes a esta muestra.

Tabla 3.55. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra de la Residencia

Pasos	Mejora			Modelo			% Clasif.	
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	Variable
1	9.91	1	.002	9.91	1	.002	86.92	Dific. Andar
2	12.62	3	.006	22.53	4	.000	86.92	Probl. Concentr.

Respecto a las bajas puntuaciones en el grado de satisfacción, y en la *muestra general* con respecto al bajo apoyo en el grado de satisfacción que el sujeto obtiene de la relación con sus hijos y con los familiares, y aunque distintas variables obtuvieron índices correlacionales con nivel de significación estadística, la introducción de ninguna de ellas parece mejorar el modelo de chi-cuadrado. Así con sólo la constante el modelo permite clasificar correctamente al 65% de los sujetos en cuanto a la satisfacción de la relación con los hijos y al 79.07% en el grado de satisfacción en la relación con los familiares.

También en la *muestra general* (Tabla 3.56) se puede observar que el introducir la variable *ayuda para vestirse o desvestirse* del *Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF)* mejora el modelo y permite clasificar correctamente al 77.37% de los sujetos que puntúan bajo en cuanto al grado de satisfacción en la relación que mantienen con los amigos. Es de señalar que solamente esta variable ha sido

elegida como importante de las catorce que obtuvieron correlaciones significativas en esta muestra.

Tabla 3.56. Variables que inciden en "bajo" AS ("grado satisfacción de la relación con los amigos") Muestra General

Pasos	Mejora		Modelo			% Clasif.		Variable
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	
1	9.21	3	.027	9.21	3	.027	77.37	Vestirse/Desvest.

En cuanto a la *muestra del hogar*, en los análisis correlacionales de las tres variables que obtuvieron índices con significación estadística ninguna de ellas parece aportar mejora; así, sólo con la constante se puede clasificar correctamente al 75% de los sujetos con bajo apoyo social en relación al grado de satisfacción de la relación que tienen con su esposo/a.

Por último, en la *muestra de la residencia* (Tabla 3.57) de seis variables que correlacionaron significativamente, la variable *incremento de las pensiones* del *Cuestionario de los Servicios Generales para la Tercera Edad* (ESGTE) aparece relevante para clasificar correctamente al 82.35% de los sujetos que obtienen bajas puntuaciones en el grado de satisfacción en la relación con los hijos.

Tabla 3.57. Variables que inciden en "bajo" AS ("grado satisfacción de la relación con los hijos") Muestra de la Residencia

Pasos	Mejora		Modelo			% Clasif.		Variable
	χ^2	g.l.	N.s.	χ^2	g.l.	N.s.	Correct.	
1	6.64	2	.036	6.64	2	.036	82.35	Incram.Pens.

Para concluir el apartado dedicado a las variables que inciden en el "bajo" apoyo social, aquellas que permitirían clasificar correctamente un mayor porcentaje de sujetos son *nerviosismo* (100%) del *Cuestionario del Estado de Salud Física y Psicológica* (ESFP) en cuanto al apoyo del esposo/a y en la *muestra general*. Mientras que la variable *se lava por partes* permite clasificar correctamente un alto porcentaje de los sujetos de la *muestra del hogar del pensionista* que obtienen bajas puntuaciones en cuanto a las veces que ve y habla con su esposo/a (100%) y con los familiares (92.42%).

Respecto al grado de satisfacción, destaca la variable *Incremento de las pensiones* del *Cuestionario de los Servicios Generales para la Tercera Edad* (ESGTE) la cual permite clasificar de forma correcta el 82.35% de los sujetos obtienen bajas puntuaciones en el grado de satisfacción de la relación con sus hijos de la *muestra de la residencia*.

En conclusión, en la *muestra del hogar del pensionista* los ítems *Dificultades para hablar* junto a *Tener ira o enfado* serían importantes a la hora de clasificar correctamente un alto porcentaje (100%) de sujetos con alto apoyo social en cuanto a las veces que el sujeto ve y habla con los amigos. Mientras que *Problemas de concentración* lo sería (96.55%) en cuanto al apoyo del esposo/a. En la *muestra de la residencia* tener en cuenta el ítem *Sanatorios geriátricos de rehabilitación* permitiría clasificar correctamente un alto porcentaje (95.92%) de sujetos con altas puntuaciones en las veces que ve y habla con los amigos.

Cuando se trata de clasificar de forma correcta a los sujetos que obtienen bajas puntuaciones las veces que el sujeto habla y ve a su esposo/a, seria importante considerar la variable *nerviosismo* (100%) para la *muestra general* y la variable *se lava por partes* (100%) para los sujetos de la *muestra del hogar* . Además, se observa que esta ultima variable y en la misma muestra, permite clasificar correctamente (92.42%) a los sujetos con bajas puntuaciones en las veces que ve y habla con los familiares.

***3.6. ESTABILIDAD TEMPORAL
DE LOS RESULTADOS***

3.6. ESTABILIDAD TEMPORAL DE LOS RESULTADOS

Todos los tests son instrumentos de medida de fiabilidad bastante imperfecta . Dan resultados más o menos diferentes cuando se repiten. El problema consiste en cómo averiguar esta mayor o menor precisión de los tests y hasta qué punto y grado podemos tolerar su inevitable imprecisión. El poder averiguar el grado de fiabilidad es ante todo útil porque de este modo se puede averiguar no sólo si el test es impreciso sino en qué medida lo es y hasta qué punto podemos confiar en sus resultados.

En líneas generales, la fiabilidad constituye un criterio de bondad importante en la evaluación de las características psicométricas de un instrumento y se concibe como una consecuencia que se desprende de la reflexión e investigación en torno a la validez (Silva y Martorell, 1982). Fiabilidad significa precisión, que tradicionalmente es sinónimo de estabilidad temporal. Sin embargo, la interpretación dependerá del objetivo que se pretenda. (Véase Silva, 1983, 1989).

Se ha hallado la fiabilidad a través de la estabilidad temporal en cada uno de los instrumentos de evaluación utilizados y para cada una de las tres muestras, ya que interesa conocer si existen fluctuaciones en el tiempo que afecten a las respuestas de los sujetos.

Para averiguar esta estabilidad temporal, se ha realizado la correlación intra instrumento en la muestra test-retest y se ha trabajado con una muestra test-retest de 100 sujetos, obtenidos en el mismo balneario que la muestra general, en un intervalo temporal de

aproximadamente 15 días tal y como ya se describió en la descripción de la muestra.

A continuación se exponen los índices obtenidos en cada una de las áreas estudiadas:

En cuanto a la *Competencia Conductual* (Tabla 3.58), se aprecia que, en general, todos los ítems obtienen altos índices de correlación, lo que significa que la estabilidad temporal de los tres cuestionarios componentes del área de competencia conductual es buena, sobre todo, hay que destacar los índices obtenidos en cuanto al *Nivel de Actividad* (NA) del *Cuestionario de Información Personal* (CIP) donde todos ellos se acercan a la unidad.

TABLA 3.58. Índices test-retest de los Cuestionarios de Competencia Conductual (AVD y CIP: HF y NA)

AVD		CIP: HF		CIP: NA	
AVD 1	.86	HF1	.89	NA1	.85
AVD 2	.51	HF2	1.00	NA2	.96
AVD 3	.46	HF3	-.01	NA3	.98
AVD 4	.46	HF4	.91	NA4	.91
AVD 5	.21	HF5	.70	NA5	.94
AVD 6	-.03	HF6	1.00	NA6	.92
AVD 7	.10	HF7	.92	NA7	.77
AVD 8	.54	HF8	.59	NA8	.90
AVD 9	.71	HF9	.39	NA9	.95
AVD10	.76	HF10	.70	NA10	.95
AVD11	.72			NA11	.81
				NA12	.78
				NA13	.98

Sin embargo, hay que destacar los valores que obtienen algunos ítems del *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria* (AVD) y del *Cuestionario de Habilidades Funcionales* (HF); así el ítem *Se viste solo* (AVD5) obtiene un bajo índice de correlación al igual que *Comprar* (HF9) con (.21 y .39 respectivamente), *Vestirse o desvestirse* (HF3) que lo obtiene negativo (-.01) y *Se viste con ropa limpia y cuidada* (AVD6) también negativo (-.03).

Esto puede informar del cambio de hábitos a los que se ven sometidas las personas mayores al salir de su casa y lo desorientadas que se sienten al encontrarse en un ambiente que no les es cotidiano; por ejemplo, respecto a la ropa que llevar o no. Además refleja la importancia que para estas personas tiene la higiene personal.

Los índices de correlación test-retest obtenidos para el área de la *Calidad de Vida*. (Tabla 3.59) vienen reflejados por el *Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales para la Tercera Edad* (ESGTE) y el *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica* (ESFP).

En este caso se observa que en general se trata de valores elevados, llegando algunos de ellos a ser iguales a la unidad mientras la mayor parte de los índices correlacionales test-retest restantes se acercan a este valor, sobre todo en el *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica* (ESFP).

TABLA 3.59. Índices test-retest de los Cuestionarios de Calidad de Vida (ESGTE y ESFP)

ESGTE		ESFP		
ESGTE 1	1.00	V. MEDICO	.96	COLESTEROL .97
ESGTE 2	1.00	MEDICA.	.96	AP. DIGES. .95
ESGTE 3	.15	DIAS CAMA	.96	AP. URIN. .93
ESGTE 4	.70	DIAS HOSP	1.00	IRA O ENF. .71
ESGTE 5	.62	DIF. ANDAR	.98	NERVIOS. .67
ESGTE 6	.70	DIF. OIR	.91	MEMORIA .67
ESGTE7	.01	DIF. VER	.88	DEPRESION .59
ESGTE8	1.00	DIF. HABLAR	.74	SATISF.CORP .76
ESGTE9	1.00	REUMA	.90	CONCEN. .78
ESGTE10	.81	TENSION	.98	DISM.INTER. .67
ESGTE11	.14	ARTROSIS	.82	MIEDO .93
1ESGTE	.54	DIABETES	.92	TRISTEZA .86
2ESGTE	.24	CORAZON	.96	EST. SALUD .92
3ESGTE	.58	CIRCULACION	.90	

Son de señalar los items con bajos índices de correlación *Hogares y clubs de pensionista, Vacaciones en Residencias y Balnearios y Otros Servicios* (ESGTE3, ESGTE7, ESGTE11 respectivamente) pertenecientes al *Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales de la Tercera Edad*. Mientras que los dos primeros podrían informar de la diferente opinión que suscitan estos servicios antes y después de pasar por el balneario, el tercer ítem carece de importancia pues su contenido no viene especificado.

Para el *Cuestionario de Apoyo Social* (Tabla 3.60) se aprecia que todos los índices de correlación test-retest obtenidos alcanzan valores muy elevados (de .76 a 1).

TABLA 3.60. Índices test-retest del Cuestionario de Apoyo Social (AS)

AS					
V. ESP	1.00	A. ESP.	.92	SAT. ESP.	.99
V. HIJOS	.97	A. HIJOS	1.00	SAT. HIJOS	.98
V. FAM.	.90	A. FAM.	1.00	SAT. FAM.	.96
V. AMIG.	.76	A. AMIG.	1.00	SAT. AMIG.	.83

Para concluir, la estabilidad temporal de los instrumentos es buena en general, ya que un gran número de los índices correlacionales obtienen valores cercanos a la unidad. Destacan los altos índices hallados en el *Cuestionario de Nivel de Actividad* (NA), *Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica* (ESFP) y *Cuestionario de Apoyo Social* (AS).

IV. CONCLUSIONES

IV. CONCLUSIONES

A lo largo de todo el trabajo, se han expuesto de forma detallada los resultados obtenidos en esta investigación. No obstante, existen algunos datos que son interesantes señalar. En primer lugar, se señalarán los resultados principales obtenidos a través de los análisis descriptivos. En segundo lugar, aquellos que van a verificar o no las hipótesis que fueron planteadas en el capítulo 2.1. En tercer lugar se mostrarán los hallazgos resultantes de los análisis de regresión. En cuarto y último lugar, los datos relacionados con la estabilidad temporal de los instrumentos.

1.- Los resultados más importantes hallados a través de los análisis descriptivos ponen de manifiesto que:

- En el área de la *Competencia Conductual* : los sujetos de la muestra general realizan mayor número de actividades de la vida diaria (AVD) referidas al aseo personal. Por otro lado, la mayoría de los sujetos, en las tres muestras, poseen autonomía a la hora de realizar actividades cotidianas de funcionamiento (HF); aunque es de señalar que las mujeres de la muestra general necesitan más ayuda para llevar a cabo actividades relacionadas con el cuidado personal y las del hogar del pensionista para levantarse, acostarse y para comprar. Por último, ver la TV, oír música, salir a la calle y dar paseos son las actividades

que globalmente más realizan los sujetos de las tres muestras. Es de destacar que actividades (NA) como coser, guisar o cuidado de las plantas son realizadas por las mujeres. Mientras que juegos de mesa o de azar y leer (prensa, libros,...) las realizan más los hombres que las mujeres, pero en la muestra del hogar este dato se invierte.

- En el área de la *Calidad de Vida* cabe destacar que la muestra general, ha considerado importante la elección de *Otros servicios*, aunque estos no estén especificados, cuestión que sería objeto interesante de estudio con la finalidad de conocer las necesidades de los sujetos en este sentido. Por otra parte, todas las muestras han considerado importantes la totalidad de los servicios institucionales para la tercera edad, aunque la muestra del hogar del pensionista obtiene mayores porcentajes. Las residencias para personas inválidas y el incremento de las pensiones han sido considerados los servicios más importantes, mientras que las vacaciones en residencias y balnearios ha sido el servicio menos elegido por los sujetos de la residencia, quizás porque estos sujetos tienen menos posibilidades de disfrutarlo.

Por otro lado, respecto al estado de salud física y psicológica (ESFP), la mayoría de los sujetos de las tres muestras: acuden al médico menos de seis veces al año para consultar un problema de salud, tienen más dificultades para ver, padecen principalmente artrosis y problemas de circulación sanguínea, y predominan los problemas de nerviosismo, memoria y tristeza. Además, los sujetos de las muestras específicas, que presentan perfiles similares entre sí, perciben tener un mejor estado de salud que los de la muestra general. Por último,

señalar que los sujetos de la muestra de la residencia son los que mayor número de medicamentos toman.

- En cuanto al *Apoyo Social* (AS) tanto los hombres del hogar del pensionista como los de la muestra general son los que mayor apoyo perciben, mientras que los sujetos de la residencia, hombres y mujeres, son los que menor apoyo social perciben.

2.- Verificación de hipótesis: Como ya se comentó, el **objetivo general** del trabajo se centró en comprender la incidencia que podrían tener algunas variables de funcionamiento social y personal en el apoyo social en la tercera edad.

Por tanto, se pasará a comentar los resultados obtenidos respecto a cada una de las variables incluidas en las hipótesis de trabajo formuladas:

Hipótesis 1: Existe relación entre las áreas de competencia conductual, calidad de vida, apoyo social y las variables sociodemográficas.

Hipótesis 1.1: Si la **competencia conductual** de los sujetos está mediatizada por las *variables sociodemográficas*, entonces aparecerán diferencias significativas en el nivel de competencia conductual dependiendo de esas variables.

Respecta a esta hipótesis de trabajo, los resultados en *Competencia Conductual*, revelan que los hombres y los sujetos casados tienen mayor movilidad física y expresan con más frecuencia

sus necesidades (AVD) y presentan un mayor nivel de actividad (leer, escribir, jugar, pasear,...). Las mujeres, los viudos y los sujetos que tienen entre 75-79 años, necesitan, globalmente, más ayuda para realizar las actividades necesarias para el funcionamiento cotidiano (andar, levantarse, lavarse, comprar,...).

Por otro lado, se encuentran resultados diferenciales respecto a la cuantía de la pensión. Los sujetos que cobran más de 60.000 ptas. al mes realizan un mayor número de actividades que tienen que ver con la movilidad física y el aseo personal (pasear, ducharse, jugar, escribir,...) comparándolos con los sujetos que cobran menos pensión.

Por tanto, del conjunto de variables sociodemográficas las que nos aportan mayor cantidad de información son: sexo, estado civil y edad, resultados que apoyan la presente subhipótesis de trabajo.

Hipótesis 1.2: Si la **calidad de vida** está mediatizada por las *variables sociodemográficas*, entonces las diferencias significativas en la calidad de vida dependerán de estas variables.

En el área de la *Calidad de Vida*, las mujeres, los sujetos viudos y aquellos que menor cuantía de pensión perciben mensualmente, tienen más problemas relacionados con la salud física y psicológica (ESFP). Concretamente, respecto a la salud física las mujeres tienen más problemas de tipo óseo (artrosis, reuma, dificultades para andar,...); los viudos/as de tipo sensorial (dificultades para oír, ver,..) y los que cobran menos de 60.000 ptas. al mes muestran tanto problemas de tipo óseo como sensorial. Los tres grupos

de sujetos presentan diversos problemas de tipo psicológico (problemas de concentración, de memoria, disminución del interés por las cosas,...)

En cuanto a la edad de los sujetos, existe mayor número de problemas en el grupo de mayor edad, destacando los déficits sensoriales y de movilidad.

También en este caso, los resultados obtenidos en el área de calidad de vida confirman la subhipótesis antes mencionada.

Hipótesis 1.3: Si el **apoyo social** tiene relación con las *variables sociodemográficas*, entonces aparecerán diferencias significativas en el apoyo social, dependiendo de esas variables.

Todas las variables muestran diferencias significativas en el cuestionario de Apoyo social, siendo especialmente relevantes en cuanto a la relación que el sujeto establece con su esposo/a. Concretamente, perciben un mayor apoyo social los hombres que las mujeres, los sujetos que tienen entre 65 y 69 años en comparación a los que tienen edades superiores, los casados respecto a los viudos y los que cobran más de 60.000 ptas al mes respecto a los que cobran menos de esta cantidad.

No obstante cabe señalar que estas variables no se muestran importantes en cuanto al grado de satisfacción que el sujeto percibe de la relación con sus hijos, los familiares y los amigos.

Así pues, una vez confirmadas las tres subhipótesis, queda verificada la primera hipótesis planteada.

Hipótesis 2: Existe relación entre el centro de procedencia y los resultados obtenidos en las áreas de competencia conductual, calidad de vida y apoyo social, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas.

Hipótesis 2.1: Si el *centro de procedencia* de los sujetos influye en la *competencia conductual*, entonces aparecerán diferencias significativas según el lugar del que procedan.

Comparando los resultados obtenidos por los sujetos de la muestra general con la muestra del hogar del pensionista, destacan los siguientes aspectos: los sujetos de la muestra general realizan más actividades relacionadas con la higiene personal (AVD), como ducharse, limpiarse el pelo, vestirse con ropa limpia, etc. En cuanto a las habilidades funcionales (HF) los sujetos de ambas muestras no necesitan ayuda a la hora de realizar actividades cotidianas. En el nivel de actividad (NA) se observan pocas diferencias entre las muestras, aunque los sujetos de la muestra general llevan a cabo un mayor número de actividades (leer, guisar, hacer manualidades,...).

Al comparar los resultados obtenidos por los sujetos de la muestra general con la muestra de la residencia se observa que los sujetos de la muestra general tienen más hábitos de higiene/aseo personal (como ocurría en el caso anterior) y de educación en la mesa. Los sujetos procedentes de la residencia destacan en las actividades de vestirse solos y de expresión de necesidades.

En las habilidades funcionales, no se observan grandes diferencias entre las muestras. Aunque es de destacar que los sujetos de la residencia necesitan más ayuda para andar, mientras que los de la muestra general la necesitan para realizar tareas relacionadas con comprar y administrar el dinero.

Respecto al nivel de actividad, los sujetos de la residencia dedican más tiempo a los juegos de azar que los de la muestra general, ya que las actividades de ocio de estos últimos se centran en guisar, cuidar las plantas (jardinería) y coser.

Así pues, al analizar los resultados obtenidos en la competencia conductual según los centros de procedencia de los sujetos se confirma la subhipótesis 2.1.

Hipótesis 2.2: Si el *centro de procedencia* de los sujetos influye en la **calidad de vida**, entonces las diferencias significativas aparecerán dependiendo del lugar del que procedan.

En la comparación realizada entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra general y los de la muestra del hogar del pensionista, los resultados ponen de manifiesto que los sujetos de la muestra general consideran todos los servicios para la tercera edad como importantes o necesarios en mayor medida que los sujetos de la muestra del hogar. En cuanto al estado de salud física y psicológica, aunque son los sujetos del hogar los que tienen más problemas, es de destacar que los de la muestra general perciben tener peor estado de salud y más problemas de satisfacción corporal.

Respecto a la comparación entre los resultados obtenidos por los sujetos de la muestra general y los obtenidos por la muestra de la residencia, se puede decir que todos los sujetos consideran importantes los servicios para la tercera edad, aunque los sujetos de la muestra general obtienen mayores porcentajes de respuestas afirmativas. El apoyo económico a la familia, la asistencia en el propio domicilio y los servicios de información, son aquellos que los sujetos señalan como más necesarios. En cuanto al estado de la salud física y psicológica, los sujetos de la residencia perciben tener mejor estado de salud física aunque mayor tristeza que los sujetos de la muestra general, los cuales padecen más artrosis y tienen más problemas de satisfacción con el propio cuerpo y de concentración.

Por tanto queda confirmada la subhipótesis anteriormente expuesta.

Hipótesis 2.3: Si el *centro de procedencia* influye en el *apoyo social* que perciben los sujetos, entonces las diferencias significativas aparecerán según el lugar del que procedan.

Al comparar las puntuaciones de los sujetos de la muestra general con las obtenidas por los de la muestra del hogar del pensionista, los resultados ponen de manifiesto que los sujetos que mayor apoyo social perciben en cuanto a frecuencia, apoyo afectivo y grado de satisfacción que le proporcionan las relaciones, son los de la muestra general. Sin embargo, los sujetos de la muestra del hogar que cumplen las características de ser hombres, viudos, tener entre 70 y 74

años de edad y con hijos, obtienen mayor apoyo social en el ítem referente al contacto que mantienen con los amigos.

Respecto a la comparación entre las puntuaciones de la muestra general y la muestra de la residencia, casi todos los valores obtienen significación estadística siendo los sujetos de la muestra general los que más apoyo social perciben. Es de señalar que esto ocurre en todos los ítems y variables estudiadas, excepto en el referente a las veces que ve y/o habla con los amigos, donde no se hallan diferencias significativas entre las muestras.

En vista de estos resultados se puede decir que la subhipótesis 2.3 también queda confirmada.

Hipótesis 3: Existe relación entre los aspectos considerados como representativos del **apoyo social**, por tanto habrá correlación intra instrumento.

En el análisis correlacional intra instrumento realizado con el cuestionario de apoyo social se observa que los ítems correlacionan alta y positivamente entre sí en las tres muestras: general, hogar del pensionista y residencia para la tercera edad. Por otro lado, es de señalar que aparecen numerosas correlaciones entre la frecuencia de relación (veces que ve y habla con su esposo/a, sus hijos, los familiares y los amigos) y el grado de satisfacción que le proporcionan dichas relaciones.

Estos resultados ponen de manifiesto que existe la relación contemplada en la tercera hipótesis.

Hipótesis 4: Existe relación entre el *apoyo social* y la *competencia conductual* y entre el *apoyo social* y la *calidad de vida*, por tanto habrá correlación entre dichas variables.

En los análisis realizados, se observa que aparecen un gran número de índices con significación estadística en las correlaciones entre el apoyo social y los instrumentos que evalúan la competencia conductual y la calidad de vida.

Es de señalar que en cuanto a la calidad de vida, se observa que existe relación entre los servicios para la tercera edad y el apoyo social independientemente de si se consideran altas o bajas puntuaciones, en la muestra de la residencia, y en cuanto a la frecuencia de la relación. También se observa que en la competencia conductual, la muestra del hogar obtiene mayor número de correlaciones que el resto de las muestras considerando altas puntuaciones en la frecuencia de apoyo social .

Por otro lado, al realizar los análisis asociacionales entre el tipo de apoyo social percibido y los instrumentos de evaluación utilizados, se ha observado que la mayor parte de los sujetos perciben el apoyo de la relación que mantienen con su esposo/a, hijos, familiares y amigos de tipo afectivo y por tanto, no de tipo material, esto nos llevaría a plantearnos la cuestión de si realmente el ítem discrimina o no respecto al tipo de apoyo social percibido o si los sujetos consideran que el apoyo social es por definición afectivo. También es significativo el hecho de que estos sujetos, consideran importantes todos los servicios

para la tercera edad, tienen un buen nivel de autonomía respecto a las actividades de ocio y de funcionamiento cotidiano y tienen pocos problemas relacionados con la salud, tanto a nivel físico como psicológico.

Por tanto, se considera que existe relación entre apoyo social y calidad de vida y competencia conductual y queda confirmada la cuarta hipótesis.

3. Respecto a los análisis realizados para averiguar hasta qué punto los instrumentos de competencia conductual y de calidad de vida pueden informar del mayor o menor apoyo social, cabe destacar que los resultados indican que los items que con más frecuencia permiten clasificar correctamente un alto porcentaje de sujetos pertenecen al Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica. Mientras que los correspondientes al Cuestionario del Nivel de Actividad, Actividades de la Vida Diaria y Evaluación de los Servicios Generales para la Tercera Edad son responsables de menor número de regresiones con nivel de significación. Por último, señalar que en el Cuestionario de evaluación de las Habilidades Funcionales tan sólo uno de sus items permite clasificar correctamente a los sujetos.

Estos datos van en la línea de las contribuciones parciales que muestran los items de los cuestionarios pertenecientes a las áreas de estudio, ya que al ser items aislados cada uno de ellos muestra su peso específico relacionado con el constructo más general de calidad de vida

o de competencia conductual, para cada una de las muestras en las puntuaciones de alto y bajo apoyo social.

4. En cuanto a los índices obtenidos en las correlaciones test-retest, se puede decir que la estabilidad temporal de los instrumentos es buena ya que un gran número de los índices obtienen valores cercanos a la unidad.

Como conclusión final, y en vista de los resultados más relevantes obtenidos se puede decir que los hombres y los sujetos que están casados realizan un mayor número de actividades tanto sociales como lúdicas (leer, salir a la calle, hacer manualidades, etc). También se observa que los sujetos que tienen entre 65 y 69 años, perciben mayor y mejor apoyo social, junto a los hombres y los casados.

Por otro lado, las mujeres (independientemente de su estado civil) junto con los viudos, considerando ambos sexos, son los sujetos que perciben tener un peor estado de salud física y psicológica, en cuanto a nerviosismo, tristeza, número de medicamentos, etc.

Respecto a la comparación entre muestras, los sujetos de la muestra general realizan con más frecuencia actividades relacionadas con el aseo personal, y junto a los de la muestra del hogar, necesitan menos ayuda para realizar actividades de funcionamiento diario como levantarse, lavarse, vestirse, etc. Además, los sujetos de la muestra general realizan, en conjunto, un mayor número de actividades, es

decir, se puede concluir que la muestra general tiene mejor *nivel de competencia conductual*.

En cuanto a la *calidad de vida*, es de destacar que todos los servicios para la tercera edad son considerados importantes en su conjunto, aunque comparando las muestras existe un mayor número de sujetos de la muestra general que dan más relevancia a estos servicios. Es de señalar que en un primer momento al realizar los análisis descriptivos los sujetos que mayores porcentajes obtenían pertenecen a la muestra del hogar; sin embargo al realizar un estudio en profundidad, equiparando las muestras, el estadístico chi-cuadrado informa que es la muestra general la que realmente obtiene mayor frecuencia de respuestas en los servicios para la tercera edad.

Por otro lado, los sujetos de la muestra general reflejan tener más artrosis, problemas de satisfacción con su propio cuerpo y un peor estado de salud física. Es de señalar que tanto los sujetos de la muestra del hogar como los de la residencia perciben tener un mejor estado de salud física e informan tener más tristeza. En último lugar, los sujetos del hogar del pensionista tienen más dificultades para oír, ver y andar.

Por último, los sujetos de la muestra general al compararse con las otras muestras son los que más *apoyo social* perciben en conjunto.

Es importante recordar las altas correlaciones intra instrumento en Apoyo Social y la elevada estabilidad temporal hallada en la gran mayoría de los instrumentos.

En general, los resultados ponen de manifiesto que se trata de una primera aproximación al estudio del Apoyo Social en la Tercera Edad. Por tanto, y en vista de los datos obtenidos en este trabajo de investigación, se pone de manifiesto la necesidad de estudiar más de cerca la interrelación de las variables de apoyo social, de los servicios generales para la tercera edad y de las habilidades funcionales.

Finalmente añadir que, a través de nuestro estudio, hemos encontrado una serie de aspectos relacionados con la tercera edad y aunque amplios, no consideramos que esta vía de estudio deba quedar cerrada para un futuro sino todo lo contrario. Lo que se pretende es, más bien, que estos resultados planteen nuevas cuestiones y, que a la vez, sirvan de base y ayuda a futuras investigaciones sobre el tema dada la importancia de la población de tercera edad en un futuro no muy lejano e incluso en nuestros días.

***V. REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS***

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adams, D.L. (1969): Analysis of a life satisfaction index. **Journal of Gerontology**, 24. 470-474.
- Allardt, E. (1975): *Att ha, att älska, at vara-om välfärd i Norden*. Lund: Argos förlag AB.
- Anderson, J.P.; Bush, J.W.; y Berry, C.C. (1986): Classifying function for health outcome and quality of life evaluation: Self versus interviewer modes. **Medical Care**, 24, 454-469.
- Andrews, F.M. y Whitney, S.B. (1976): *Social indicators of well-being*. New York: Plenum Press.
- Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976): *Social indicators of well-being in America: The development and measurement of perceptual indicators*. Plenum, London.
- Andrews, F.M. y Withney, S.B. (1976): *Social indicators of well-being*. Nueva York: Plenum.
- Anía, B.J.; Vega, J. Guerra, L. y Suárez, J.L. (1996): Apoyo social a los ancianos asistidos de una Residencia de Pensionistas. **Geriátrika**, Vol. 12 (6), 293.
- Antonucci, T. y Jackson, J. (1990): Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: Una perspectiva del transcurso de la vida. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (dirs.): *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Antonucci, T.C. y Akiyama, H. (1987): Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. **Journal of Gerontology**. Vol. 42 (5), pag. 519-527.

- Aristóteles (1976): *Ethics*. Penguin Books. Harmondsworth, Inglaterra.
- Balaban, D.J.; Sagi, P.C.; Goldfard, N.I. y Nettler, S. (1986): Weights for scoring the quality of well-being instrument among rheumatoid arthritics: A comparison to general population weights. *Medical Care*, 24, 973-980.
- Baltes, M.M. y Werner-Wahl, H. (1990): Dependencia en los ancianos. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (1990): *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona. Martínez-Roca.
- Barker, R.G. (1968): *Ecological psychology*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Barrera, M. (1981): Social support in the adjustment of pregnant adolescent assessment issues. En B.H. Gottlieb (Ed.): *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Barrera, M. y Ainlay, S. (1983): The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.
- Barron, A.; Lozano, P. y Chacon, F. (1988): Autoayuda y apoyo social. En A. Martín Chacón y Martínez, J. (Eds.): *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Bastide, R. (1978): *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Bergner, M.; Bobbit, R.A.; Carter, W.E. y Gibson, B.S. (1981b): The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bergner, M.; Bobbit, R.A.; Carter, W.E. y Gilson, B.S. (1981a): The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Berkman, L.F. y Syme, S.L. (1979): Social Networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 109, Pags. 186-204.

- Biegel, P.E. y Naparstek, A.J. (Eds.) (1982): **Community support system and mental health. Practice, Policy and Research.** New York: Springer Publishing Company.
- Bild, B.K. y Havighurst, R.J. (1976): Life satisfaction, *Gerontologist*, 16, 70-75.
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1982): Social support and functioning among community and clinical groups: a panel model. *Journal of Behavioural Medicine*, 5, 295-311.
- Birren, J.E. y Schaie, K.W. (Eds.) (1985): **Handbook of psychology of aging.** New York: Van Nostrand Reinhold.
- Birren, J.E.; Lubben, J.E.; Rowe, J.C. y Deutchman, D.E. (1991): **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly.** New York: Academic Press.
- Bisquerra Alzina, R. (1989): **Introducción conceptual al Análisis Multivariable.** Vol.1. Barcelona. PPU.
- Blazer, D.G. y Kaplan, B.H. (1983): The assessment of social support in an elderly community population. *The american journal of social psychiatry*, 3, 29-36.
- Boissevain, B. (1974): **Friends of friends.** Nueva York: St Martin's Press.
- Borgatta, E.F. y Montgomery, R.J.V. (1987): **Critical Issues in Ageing Policy: Linking Research h Values.** Beverly Hills, Sage Publications.
- Bott, E. (1957): **Family and social network.** Londres: Tavistock.
- Bowlby, J. (1982): **Los cuidados maternos y la salud mental.** Buenos Aires: Humanitas.

- Bowling, A. (1991): **Measuring health: A review of quality of life measurement scales.** Philadelphia: University Press.
- Bowling, A. y Charlton, J. (1987): Risk factors for mortality after bereavement: a logistic regression analysis. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 37, 551-554.
- Bowling, A.P.; Edelman, R.J.; Leaver, J. y Hoekel, T. (1989): Loneliness, mobility, well-being and social support in a sample of over 85 year olds. **Person. individ, Diff.**, 10(11), 1189-1192.
- Bradburn, N.M. (1969): **The structure of psychological well-being.** Chicago, Aldine Publishing.
- Bradburn, N.M. y Caplovitz, D. (1965): **Reports on Happiness: A Pilot Study of Behaviour Related to Mental Health.** Chicago, Aldine Publishing.
- Broadhead, W.E.; Kaplan, B.; James, S.A.; Wagner, E.H.; Schoenbach, V.J.; Grimson, R.; Heyden, S.; Tibblin, G. y Gehlbach, S.H. (1983): The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. **American Journal of Epidemiology**, Vol. 117(5), pag. 521-537.
- Brook, R.H.; Ware, J.E.; Davies-Avery, A.; Stewart, A.K.; Donald, C.A.; Rogers, W.H.; Williams, K.N. y Johnson, S.A. (1979): Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. **Supplement to Medical Care**, 17, 137-145.
- Brown, B.; Bhrolchain, M. y Harris, T. (1975): Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. **Sociology**, 9, 225-254.
- Bullpitt, C.J. y Fletcher, A.E. (1985): Quality of life in hypertensive patients on different antihypertensive treatments: Rationales for methods employed in a multicenter randomized controlled trial. **Journal of Cardiovascular Pharmacology**, 7, 137-145.
- Burt, R.S., Wiley, J.A., Minor, M.J. y Murray, J.R. (1978): Structure of well-being: Form content, and stability over time. **Soc. Methods Res.**, 6, 365-407.

- Butt, D.S. y Beiser, M. (1987): Successful aging: A theme for international psychology. *Psychology and Aging*, 2, 87-94.
- Cabrera Acosta, M^a I. (1996): Estado de salud y capacidad funcional de la población mayor de 75 años, no institucionalizados, de la Isla de El Hierro. *Gerokomos*. Vol. VII, n° 17 (53-62).
- Caldwell, J.R. (1985): Family Environment Scale. En D.J. Keyser y R.C. Sweetland (Eds.): *Test Critiques*, volume II. Kansas City, Missouri, Test Corporation of America.
- Calman, K.C. (1984): The quality of life in cancer patients an hypothesis. *J. Med. Ethics*, 10, 124-127.
- Calman, K.C. (1987): Definitions and dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson y I.H. Beckmann (Eds.): *The quality of life of cancer patients*. Raven Press, New York.
- Campbell, A. (1976): Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- Campbell, A. (1976): *The quality of American life perceptions, evaluations and satisfactions*. Russell Sage Foundation. New York.
- Campbell, A.; Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976): *The quality of American Life*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Caplan, G. (Ed.) (1974): *Support system and community mental health. Lectures on concepts development*. New York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. y Killilea, M. (Eds.) (1976): *Support systems and mutual helps. Multidisciplinary Explorations*. New York: Grune & Stratton.
- Carp, F.M. y Carp, A. (1983): Structural stability of well-being factor across age and gender, and development of scales of well-being unbiased for age and gender. *Journal of Gerontology*, 38, 572-581.

- Carstensen, L.L. (1986): Social support among the elderly: limitations of behavioral interventions. **Behavior Therapist**, vol. 6, pag. 111-113.
- Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A. (1989): **Gerontología clínica. El envejecimiento y sus trastornos**. Barcelona. Martínez-Roca.
- Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A. (1990): **Gerontología clínica. Intervención psicológica y social**. Barcelona. Martínez-Roca.
- Cassel, J. (1974): Psychosocial processes and stress: theoretical formulations. **International Journal of Health Services**, Vol. 6, pag. 471-482.
- Cassel, J. (1976): The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, Vol. 104(2), pag. 107-123.
- Cavan, R.S., Burges, E.W., Havighurst, R.J. y Goldhamer, H. (1949): **Personal adjustment in old age**. Chicago: Science Research Associates.
- Coates, A.; Gebski, V.; Stat, M. y cols. (1987): Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. **New England Journal of Medicine**, 317, 1490-1495.
- Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, Vol. 38, pag. 300-315.
- Cohen, C.I.; Teresi, J. y Holmes, D. (1987): Social networks and mortality in an inner-city elderly population. **International Journal of Ageing and Human Development**, 24, 257-269.
- Cohen, C.J. y Sokolovsky, J. (1979): Clinical use of network analysis for psychiatric and aged populations. **Community Mental Health Journal**, 15, 203-213.
- Cohen, S. y Syme, L. (1985): **Social support and health**. Nueva York: Academic.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, 98(2), 310-357.

- Cohen, S.; Mermelstein, R.; Karmack, T. y cols. (1985): Measuring the functional components of social support. En I.S. Saronson y B.R. Saronson (Eds.): **Social Support: Theory, Research and Applications**. Boston, Martinus Nijhoff.
- Cohen, S.; Tyrrell, D. y Smith, A.P. (1993): Negative life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to the common cold. **Journal of Personality and Social Psychology**, 64(1), 131-140.
- Conner, K.A.; Powers, E. y Bultena, G.L. (1979): Social interaction and life satisfaction: an empirical assessment of late life patterns. **Journal of Gerontology**, 34, 116-121.
- Cornoni-Huntley, J.C.; Evans, D.A.; Foley, D.J.; Suzman, R.; Wallace, R.G. y White, L.R. (1985): Epidemiology of disability in the oldest old: Methodologic issues and preliminary findings. *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 63, 350-376.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1980): Functional age: A conceptual and empirical critique. En S.G. Haynes y F. Feinleib (Eds.) : **Epidemiology of aging**. 23-46 Washingtons, D.C.: Government Printing Office, NIH Pub. No. 80-969.
- Cowen, E.L.(1982): Help is when you find it. Four informal helping groups. **American Psychologist**, Vol. 4, pag. 385-395.
- Curry, T. y Ratcliff, B. (1973): The effects of nursing home size on resident isolation and life satisfaction. **Gerontologist**, 13, 295-298.
- Cherlin, A. y Reeder, L.G. (1975): The dimensions of psychological well-being: a critical review. **Sociological Methods Research**, 4, 189-214.
- De Bono, E. (1976): **The happiness purpose**. Penguin Books. Harmondsworth, Inglaterra.
- Díaz Veiga, P. (1985): **Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos**. Memoria de Licenciatura. Universidad Autónoma de Madrid.

- Díaz Veiga, P. (1987): Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): **El ambiente. Análisis psicológico**. Madrid: Pirámide.
- Dickie, J.R.; Ludwing, T.E. y Blauw, D. (1979): Life satisfaction among institutionalized and non-institutionalized older adults. **Psychological Reports**, 44, 807-810.
- Die, A.H.; Seelback, W.C. y Sherman, G.D. (1987): Achievement motivation, achieving styles, and morale in the elderly. **Psychol. Aging**, 2, 407-408.
- Diener (1984): Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, 95, 542-575.
- Dimond, J.; Lund, D.A. y Caserta, M.S. (1987): The role of social support in the first two years of bereavement in an elderly sample. **The Gerontologist**, Vol. 27(5), pag. 599-604.
- Dobson, C.; Powers, E.A.; Keith, P.M. y cols. (1979): Anomie, self-esteem, and life satisfaction: interrelationships among three scales of well-being. **Journal of Gerontology**, 34, 569-572.
- Donaldson, S.W.; Wargner, C.C. y Gresham, G.E. (1973): A unified ADL evaluation form. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 54, 175-185.
- Dubos, R. (1976): The state of health and the quality of life. **Wets. J. Med.** 125, 8.
- Duke University Center for the Study of Aging and Human Development (1978): **Multidimensional functional assessment: The oars methodology**. Durham, N.C.
- Dupuy, H.J. (1978): Self representations of general psychological well-being of american adults. Comunicación presentada al **American Public Health Association Meeting**. Los Angeles, California, 17 de Octubre.
- Durkeim, E. (1971): **El suicidio**. Buenos Aires: Schapire Editor.
- Edwards, J.N. y Klemmack, D.L. (1973): Correlates of life satisfaction: a reexamination. **Journal of Gerontology**, 28: 479-502.

- Elwell, F. y Maltbie-Crannell, A.D. (1981): The impact of role loss upon coping resources and life satisfaction of the elderly. **Journal of Gerontology**, 36, 223-232.
- Esser, S.R. y Vitaliano, P.P. (1988): Depression, dementia, and social support. **International Journal of aging and human development**, 26(4), 289-301.
- Euler, B.L. (1992): A flaw in gerontological assessment: the weak relationship of elderly superficial life satisfaction to deep psychological well-being. **International Journal of aging and human development**, 34(4), 299-310.
- Falk, A.; Hanson, B.S.; Isacson, S. y Ostergen, P. (1992): Job strain and mortality in elderly men: social network, support, and influence as buffers. **American Journal of public health**, 82(8), 1136-1139.
- Fanshel, S. y Bush, J.W. (1970): A health-status index and its application to health-service outcomes. **Operations Research**, 10, 1021-1066.
- Fazio, A.F. (1977): **A Concurrent Validation Study of the NCHS General Well-Being Schedule**. Hyattsville, Maryland, US Department of Health, Education and Welfare, National Center for Health Statistics: Vital and Health Statistics Series 2, no. 73 DHEW Publication No. (HRA) 78-1347.
- Felton, B.J. y Berry, C. (1992): Groups as social network members: overlooked sources of social support. **American Journal of Community Psychology**, 20(2), 253-261.
- Fernández, P. y Fuentes, M.J. (1991): La influencia de las interacciones sociales en el dominio del esquema de probabilidad en la vejez un modelo causal. **Boletín de Psicología**, 31 (Jun.), 97-108.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J.L. y Díaz-Veiga, P. (1992): **Evaluación e intervención psicológica en la vejez**. Barcelona. Martínez-Roca.

- Fernández-Mayoralas, G. y Rodríguez, V. (1995): La capacidad funcional de los ancianos españoles. *Revista de Gerontología*, 1, 16-22.
- Fernandez-Ríos, L.; Torre, M. y Díaz, L. (1992): Apoyo social: implicaciones para la Psicología de la Salud. En M. A. Simon (ed.): *Comportamiento y salud*. Vol. 1. Valencia. Promolibro.
- Ferrans, C.E. y Powers, M.J. (1985): Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 1, 15-24.
- Ferrell, B.R.; Wisdom, C. y Wenzl, C. (1989): Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*, 63, 2321-2327.
- Festinger, L. (1954): A theory of social comparison processes. *Human Relations*, Vol. 2, pag. 117-140.
- Fillenbaum, G.G. (1984): *The well-being of the elderly: Approaches to multidimensional assessment*. Ginebra: WHO Offset Publications, núm. 84.
- Flanagan, J.C. (1978): A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.
- Flanagan, J.C. (1982): Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 63, 56-59.
- Fleishman, R. y Shmueli, A. (1984): Patterns of Informal Social Support of the Elderly: An international comparison. *The Gerontologist*, Vol. 24(3), pag. 303-312.
- Fletcher, A.; Hunt, B. y Bulpitt, C. (1987): Evaluation of quality of life in clinical trial of cardiovascular disease. *Journal Chron. Disease*, 40, 557-566.
- Flórez Lozano, J. (1996): Calidad de vida en el anciano. *Geriatrka*. Vol. 12 (3), 30-38.
- Folstein, M.F.; Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975): "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

- Freeman, H. (1984): **Mental health and the environment**. London: Churchill Livingstone.
- Froland, C.; Brodsky, G.; Olson, M. y Stewart, L. (1979): Social support and social adjustment: Implications for mental health professionals. **Community Mental Health Journal**, 15, 82-93.
- Gallagher D.; Thompson, L.W. y Levy, S.M. (1980): Clinical psychological assessment of older adults. En L.W. Poon (Ed.): **Aging in the 1980s**. Nueva York: American Psychological Association.
- Gallo, J.J.; Reichel, W. y Andersen, L. (1988): **Handbook of Geriatric Assessment**. Rockville, MD: Aspen Publications.
- Garay Lillo, J. (1996): Calidad de vida. **Geriatriska**, Vol. 12 (4), 169-177.
- García-Riaño, D. (1991): Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. **Boletín de Psicología**, 30, 55-94.
- García-Riaño, D. e Ibañez, E. (1992): Calidad de vida en enfermos físicos. **Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna**, 19 (4), 148-161.
- George, L.K (1979): The happiness syndrome: Methodological and substantive issues in the study of social-psychological well-being in adulthood. **Gerontologist**, 19, 210-216.
- George, L.K (1981): Subjective well-being: Conceptual and methodological issues. En C. Eisdorfer (Ed.): **Annual Review of Gerontology and Geriatrics**, 2, Nueva York: Springer.
- George, L.K y Bearon, L.B. (1980): **Quality of life in older persons: Meaning and measurement**. Nueva York: Human Sciences Press.
- George, L.K. (1980): **Transitions in Later Life: A social stress perspective**. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- George, L.K. (1990): Social structure, social processes, and social-psychological states. En R.H. Binstock, L.K. George (Eds.): **Handbook of aging and the social sciences**. Nueva York: Academic Press.

- George, L.K. y Landerman, L.R. (1984): Health and subjective well-being: A replicated secondary data analysis. **International Journal of aging and human development**, 19, 133-156.
- George, L.K.; Okun, M.A. y Landerman, R. (1985): Age as a moderator of the determinants of life satisfaction. **Res. Aging**, 7, 209-233
- Gerson, E.M. (1976): On the quality of life. **Am. Soc. Rev.**, 41, 793-806.
- Gibson, D.M. (1987): Interaction and well-being in old age: is it quantity or quality that counts?. **International Journal of aging and human development**, 24(1), 29-40.
- Gibson, J.J. (1979): **The ecological approach to visual perception**. Boston: Houghton-Mifflin.
- Gill, W.M. (1984): Subjective well-being: Properties of an instrument for measuring this (in the chronically ill). **Social Science Medicine**, 18, 683-691.
- Gilleard, C.J.; Willmott, M. y Vaddadi, K.S. (1981): Self-report measures of mood and morale in elderly depressives. **British Journal of Psychiatry**, 138, 117-126.
- Gillingham, F.J. (1982): The quality of life. **Aust. N. Z. J. Surg.** 52, 453-460.
- Golant, S.M. (1984): **A place to grow old**. Nueva York: Columbia University Press.
- Goldstein, N. (1995): El tiempo libre en el anciano, como posible factor patógeno y su prevención. **Geriatrics**, 11 (8), 31-37.
- Gottlieb, B.H. (Ed.) (1981): **Social networks and social support**. Beverly Hills: Sage Publications.
- Gracia, E.; Musitu, G. y García, F. (1991): El apoyo social en el contexto de la intervención comunitaria: Una propuesta de evaluación. En F. Morais y E. Fernandes (Eds.): **Psicología comunitaria: Experiencias e reflexões**. Colecao "Temas de Psicologia". Oporto: APPORT.

- Grand, A.; Grand-Filaire, A. y Pous, J. (1993): Aging couples and disability management. **International Journal of aging and human development**, 37(2), 119-137.
- Graney, M.J. y Graney, E.E. (1973): Scaling adjustment in older people. **International Journal on Aging and Human Development**, 4, 351-359.
- Gurin, G.; Veroll, J. y Feld, S. (1960): **Americans view their mental health: A nation wide interview study**. Nueva York: Basic Books.
- Haes, L. y Knippenber, F. (1985): The quality of life of cancer patients: a review of the literature. **Soc. Sci. Medicine**, 20, 809-817.
- Hall, A. y Wellman, B. (1985): Social networks and social support. En S. Cohen y S. Syme (Eds.): **Social support and health**. London: Academic Press.
- Harlow, M.F. (1985): The nature of love. **American Psychologist**, Vol. 13, pag. 673-685.
- Harris, L. y cols. (1975): **The myth and reality of aging in America**. Washington, D. C.: National Council on Aging.
- Harris, M.B.; Begay, C. y Page, P. (1989): Activities, family relationships and feelings about aging in a multicultural elderly sample. **International Journal of aging and human development**, 29(2), 103-117.
- Hawkins, W.E. y Duncan T. (1991): Structural equation analysis of an exercise/sleep health practices model on quality of life of elderly persons. **Perceptual and Motor Skills**, 72, 831-836.
- Hayflick, L.; Barcia, D. y Miquel, J. (1990): **Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico**. Editorial Libro del Año.
- Häyry, M. (1991): Measuring the Quality of Life: Why, how and What? **Theoretical Medicine**. 12, 97-116.

- Heiby, E.M. (1990): **Pilot study data and revised structured interview schedule**. Departamento de Psicología. Universidad de Hawaii. (Trabajo no publicado).
- Heller, K. (1979): The effects of social support: Prevention and treatment implications. En A.P. Goldstein y F.H. Kanfer (Eds.): **Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy**. Nueva York: Academic.
- Heller, K. (1986): Introduction to the series: Disaggregating the process of social support. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol. 54, pag. 415.
- Heller, K.; Swindle, R.W. y Dusenbury, L. (1986): Component social support processes: Comments and integration. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol. 54, pag. 466-470.
- Heller, K.; Thompson, M.G.; Trueba, P.E.; Hogg, J.R. y Vlachos-Weber, I. (1991): Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention?. **American Journal of Community Psychology**, 19(1), 53-74.
- Heller, K.; Thompson, M.G.; Vlachos-Weber, I.; Steffen, A.M. y Trueba, P. E. (1991): Support interventions for older adults: confidante relationships, perceived family support, and meaningful role activity. **American Journal of Community Psychology**, 19(1), 139-146.
- Henderson, S.; Duncan Jones, P.; Byrne, D.G. y cols. (1980): Measuring social relationships: the Interview Schedule for Social Interaction. **Psychological Medicine**, 10, 723-734.
- Herrero, J. (1994): Estresores sociales y recursos sociales: el papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social. **Tesis Doctoral**. Universidad de Valencia.
- Hilt, M.L. (1992): Television news and elderly persons. **Psychological reports**, 71(1), 123-126.

- Hill, R. (1970): **Family development in three generations: A longitudinal study of changing family patterns of planning and achievement.** Cambridge, Mass: Schenkman Publishing Company.
- Hirsch, B.J. (1980): Natural support systems and coping with major life changes. **American Journal of Community Psychology**, 8, 159-172.
- Hobfoll, S.E.; Nadler, A. y Leiberman, J. (1986): Satisfaction with social support during crisis: Intimacy and self-esteem as critical determinants. **Journal of Personality and social psychology**, 41, 296-304.
- Holmes, O.W. (1860): **The professor at the breakfast table.** Routledge & Son. Londres.
- Hollingshead, A. y Redlich, F.(1958): **Social class and mental illness.** Nueva York: Wiley.
- Horley, J. (1984): Life satisfaction, happiness, and morale: Two problems with the use of subjective well-being indicators. **Gerontologist**, 24, 124-127.
- House, J.S. (1981): **Work stress and social support.** Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J.S. y Kahn, R.L. (1985): Measures and concepts of social support. En S. Cohen y L. Syme: **Social support and health.** Nueva York: Academic.
- Huard, P.A. y Wong, M. (1959): **La médecine chinoise au cours des siècles.** Dacosta. París.
- Hunt, S.M. (1986): Measuring health in clinical care and clinical trials. En G. Teeling Smith (Ed.): **Measuring Health: A Practical Approach.** Chichester, John Wiley.
- Hunt, S.M.; McEwan, J. y McKenna, S.P. (1984): Perceived health: age and sex comparisons in a community. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 34, 281-286.

- Hunt, S.M.; McKenna, S.P.; McEwen, J.; Nackett, E.M.; Williams, J. y Papp, E. (1980): A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *J. Epidemiol. Community Health*, 34, 281-286.
- II Congreso de Organizaciones de personas mayores. Madrid, Noviembre 1997.
- Ibañez, E. y Andreu, Y. (1988): Calidad de Vida y Psicología oncológica. *Anuario de Psicología*, 38, 9-21.
- Ibañez, E. (1990): Sociedad, Calidad de Vida y Salud. VII Jornadas de Psicología. Oviedo.
- Inkster, W. (1977): *Personal management: Instructors' manual*. Nueva York: New York Infirmery Center for Independent Living.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1983): *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1989): *La tercera edad en Europa: Necesidades y demandas*. Madrid: INSERSO.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) (1993): *Plan gerontológico. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales*. 60 y Más, 99-100.
- Israel, B.A. (1982): Social networks and health status: Linking theory, research and practice. *Patient Counseling and Health Education*, 4(2), 65-79.
- Israël, L.; Korazevic, D. y Sartorius, N. (1984): *Source book of geriatric assessment*. Nueva York: Karger.
- Izal, M. (1990): *Evaluación de Contextos: Una metodología para la evaluación ambiental de centros residenciales para ancianos*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. (Trabajo no publicado).

- Jachuck, S.J.; Brierly, H.; Jachuk, S. y cols. (1982): The effect of hypotensive drugs on the quality of life. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 32, 103-105.
- Jones, R.; Morrow, G.; Morris, B.; Ries, J. y Wekstein, D. (1992): Self-perceived information needs and concerns of elderly persons. **Perceptual and Motor Skills**, 74, 227-238.
- Jöreskog, K.G.; Sorbom, D. y Lisrel (1978): **Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood**. Chicago: International Educational Resources.
- Kahn, R.L.; Goldfarb, A.I.; Pollack, M. y Peck, A. (1960): Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. **American Journal of Psychiatry**, 117, 326-328.
- Kalson, C. (1976): MASH- a program of social interaction between institutionalised aged and adult mentally retarded persons. **The Gerontologist**, 16, 340-348.
- Kammann, R. y Flett, R. (1983): Affectometer 2: a scale to measure current level of general happiness. **Australian Journal of Psychology**, 35, 259-265.
- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1981): **Assessing the elderly: A practical guide to measurement**. Lexington, Mass: DC Health and Co.
- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1989): **Assessing the elderly**. Lexington Books. Toronto.
- Kaplan, R.M. (1988): Health-related quality of life in cardiovascular disease. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 382-392.
- Kaplan, R.M. y Bush, J.W. (1982): Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. **Health Psychology**, 1, 61-80.
- Kaplan, R.M.; Bush, J.W. y Berry C.C. (1979): Health index status: Category rating versus magnitude estimation for measuring levels of well-being. **Medical Care**, 17, 501-25.

- Karnofsky, D.A. (1949): The clinical evaluation of chemoterapeutic agents in cancer. En MadKad, C.M. (Ed.): **Evaluation of chemoterapeutic agents**. Columbia. Univ. Press. New York.
- Karnofsky, D.A. y Burchenal, J.H. (1949): The clinical evaluation of chemoterapeutic agents in cancer. En MCKad (Ed.): **Evaluacion of chemoterapeutic agents**. Columbia. Univ. Press. New York.
- Karnofsky, D.A.; Abelman, W.H.; Craver, L. F. y cols. (1948): The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. **Cancer**, I: 634-656.
- Katz, S. (1983): Assessing self-maintance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **Journal of the American Geriatrics Society**, 31, 721-777.
- Katz, S. y Akpom, C.A. (1976): A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, 6, 493-507.
- Katz, S. y Gurland, B.J. (1991): Science of quality of life in elders: challenge and opportunity. En Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.): **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. New York: Academic Press.
- Katz, S.; Downs, T.D.; Cash, H.R. y Grotz, R.C. (1970): Progress in developmente of the index of ADL. **The Gerontologist**, 1ª Parte, 20-30.
- Katz, S.; Ford, A.B.; Moskowitz, R.W.; Jackson, B.A. y Jaffe, M.W. (1963): Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, 185, 914-919.
- Katz, S.; Ford, A.B.; Moskowitz, R.W.; Jackson, B.A. y Jaffee, M.W. (1963): Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standarized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, 185, 914-919.

- Kaufman, A.V. (1990): Social network assessment: a critical component in case management for functionally impaired older persons. **International Journal of aging and human development**, 30(1), 63-75.
- Kempen, G. (1992): The mos short-form general health survey: single item vs. multiple measures of health-related quality of life: some nuances. **Psychological Reports**, 70, 608-610.
- Kerckhoff, A.C. (1965): Nuclear and estended family relationships: a normative and behavioral analysis. En E. Shanas y G. Streib: **In social structure and family: Generational Relations**, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Kiesler, C.A. (1985): Policy implications of research on social support and health. En S. Cohen y L. Syme (Eds.): **Social support and health**. Nueva York: Academic.
- Kiesler, C.A. y Sibulkin, A.F. (1987): **Mental hospitalization. Myths and Facts about a National Crisis**. Beverly Hills: Sage Publications.
- Knapp, M.R.J. (1976): Predicting the dimensionones of life satisfaction. **Journal of Gerontology**, 31, 595-604.
- Kozma, A. y Stones, M.J. (1987): Social desirability in measures of subjective well-being: a systematic evaluation. **Journal of Gerontology**, 42: 56-59.
- Krause, N. y Keith, V. (1989): Gender differences in social support among older adults. **Sex Roles**, 21(9-10), 609-628.
- Krause, N.; Liang, J. y Yatomi, N. (1989): Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. **Psychol. Aging**, 4, 88-97.
- Krupinski, J. (1980): Health and the quality of life. **Soc. Sci. Med.** 14a, 203-211.
- Lairciter, A. y Baumann, U. (1992): Network structures and support functions-theoretical and empirical analysis. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.): **The meaning and measurement of social support**. New York: Hemisphere.

- Lamme, S. y Baars, J. (1993): Including social factors in the analysis of reminiscence in elderly individuals. **International Journal of aging and human development**, 37(4), 297-311.
- Larson, R. (1978): Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. **Journal of Gerontology**, 33, 109-129.
- Lawton, M.P. (1972): Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): **Research planning and action for the elderly**. Nueva York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P. (1975): The Philadelphia Center Morale Scale: A revision. **Journal of Gerontology**, 30, 85-89.
- Lawton, M.P. (1982): Competence, environmental press, and the adaptation of older people. En M. P. Lawton, P.G. Windley y T.O. Byerts (Eds.): **Aging and the environment: Theoretical approaches**. Nueva York: Springer.
- Lawton, M.P. (1983): Environment and other determinants of well-being in older people. **Gerontologist**, 23, 349-457.
- Lawton, M.P. (1984): The varieties of wellbeing. En C. Y. Malatesta y c. E. Izard (Eds.): **Emotion in adult development**. Sage Publications Inc. California.
- Lawton, M.P. (1990): Aging and performance of home tasks. **Human factors**, 32(5), 527-536.
- Lawton, M.P. (1990): Residential environment and self-directedness among older people. **American Psychologist**. 45(5), 63-640.
- Lawton, M.P. (1991): A multidimensional view of quality of life in frail elders. En Birren, J.E.; Lubben, J.E.; Rowe, J.C. y Deutchman, D.E. (Eds.): **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. New York: Academic Press.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, 9, 179-186.

- Lawton, M.P.; Kleban, M.H. y DiCarlo, E. (1984): Psychological well-being in the aged. Factorial and conceptual dimensions. *Res. Aging*, (6), 67-97.
- Lawton, M.P.; Miriam, M. y Fulcomer, M. (1987): Objective and subjective uses of time by older people. *International Journal of aging and human development*, 24(3), 171-188.
- Lázaro, L.; Marcos, T. y Valdés, M. (1995): Trastornos afectivos, soporte social y salud general en población geriátrica ingresada en un hospital general. *Revista de Psiquiatría. Fac. Medicina Baroa.*, 22, 7, 226-232.
- Leavy, R.L. (1983): Social support and psychological disorder. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-11.
- Leering, C. (1979): A structural model of functional capacity in the aged. *Journal of the American Geriatric Society*, 27, 314-316.
- Levitt, M.J.; Clark, M.C.; Rotton, J. y Finley, G.E. (1987): Social support, perceived control, and well-being: a study of an environmentally stressed population. *International Journal of aging and human development*, 25(4), 247-258.
- Liang, J. (1984): Dimensions of the life satisfaction index a: A structural formulation. *Journal of Gerontology*, 39, 613-622.
- Liang, J. (1985): A structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A. *Journal of Gerontology*, 40, 552-561.
- Liang, J. y Bollen, K.A. (1983): The structure of the Philadelphia Geriatric Center morale scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38, 181-189.
- Liang, J.; Kahana, E. y Doherty, E. (1980): Financial well-being among the aged: A further elaboration. *Journal of Gerontology*, 34, 749-759.
- Likert, R. (1961): *New patterns of management*. New York: McGraw-Hill.
- Lin, N. (1986): Conceptualizing social support. En N. Lin; A. Dean, y W. Ensel (Eds.): *Social support, life events, and depression*. New York. Academic Press.

BIBLIOGRAFIA

- Lin, N. y Ensel, W. (1989): Life stress and health: Stressors and resources. **American Sociological Review**, Vol. 54, pag. 382-399.
- Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. (1981): Social support scales: A methodological note. **Shizophrenia Bulletin**, 7, 73-90.
- Lin, N.; Simeone, R.; Ensel, W. y cols. (1979): Social support, stressful life events and illness, a model and an empirical test. **Journal of Health and Social Behavior**, 20, 108-119.
- Linn, M.W.; Sculthorpe, W.G.; Evje, M.; Slater, P.H. y Goodman, S.P. (1969): A social dysfunction rating scale. **Journal of Psychiatric Research**, 6, 299-306.
- Little, A. (1988): Psychological aspects of working with elderly clients. En A.J. Squires (ed.): **Rehabilitation of the older patient: A handbook for the multidisciplinary team**. Londres: Croom Helm, 14-40.
- Lohmann, N. (1977): Correlations of life satisfaction, morale and adjustment measures. **Journal of Gerontology**, 32, 73-75.
- Lomranz, J.; Bergman, S.; Eyal, N. y Shmotkin, D. (1988): Indoor and outdoor activities of aged women and men as related to depression and well-being. **International Journal of aging and human development**, 26, 303-314.
- Lopata, H.Z. (1972): **Widowhood in American City**. Cambridge, Mass: Schenkman Publishing Company.
- Losier, G.F.; Bourque, P.E. y Vallerand, R.J. (1993): A motivational model of leisure participation in the elderly. **The Journal of Psychology**, 127(2), 153-170.
- Lowenthal, M.F. y Haven, C. (1968): Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. **American Sociological Review**, 33, 20-30.
- Lubin, B. (1967): **Depression Adjective Checklist**. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

- Maes, S.; Vingerhoets, A. y Van Heck, G. (1987): The study of stress and disease: some developments and requirements. **Social Science and Medicine**, 25, 567-578.
- Mangen, D.J. y Peterson, W.A. (1982): **Research instruments in social gerontology: Vol. 1, Clinical and social psychology**. Minncapolis: University of Minnesota Press.
- Martorell, M.C. (1990): Evaluación de programas de intervención en tercera edad. **Revista de Psicología de la Educación**, 4, 43-62.
- Martorell, M.C. (1993): Calidad de vida: salud y enfermedad. **3º Seminario Latinoamericano, Universidad y Derechos Humanos**. Buenos Aires: UNLZ. 6-8 Octubre.
- Martorell, M.C. (1994): Calidad de vida: aspectos objetivos y subjetivos. **Revista de Derecho**. (En prensa).
- Martorell, M.C. y cols. (1994): **Mujer y tercera edad: calidad de vida y apoyo social**. Ministerio de Asuntos Sociales (B.O.E., nº 78, 1-4-93).
- Martorell, M.C. y García Salvador, M.G. (1994): **Calidad de vida, apoyo social y tercera edad**. Comunicación presentada al II Congreso de Familia y Sociedad. Tenerife: Diciembre.
- Martorell, M.C.; Cuenca-Campillo, A.; Gómez, O. y Weber, V. (1994): Actual research about quality of life in the elderly. **Quality of life and health psychology, 8th Conference of the European Health Psychology Society**. Alicante: Junio.
- Martorell, M.C.; Gómez, O. y Cuenca-Campillo, A. (1994a): Calidad de vida y tercera edad. **Cuadernos de Medicina Psicosomática**. 30, 41-46.
- Martorell, M.C.; Gómez, O. y Cuenca-Campillo, A. (1994b): Competencia conductual, calidad de vida y tercera edad. **IV Congreso de Evaluación Psicológica**. Santiago de Compostela.

- McAuley, W.I. y Offerle, M.J. (1983): Perceived suitability of residencia and life satisfaction among the elderly and the handicapped. **Journal of housing elderly**, 1, 63-75.
- McCall, S. (1975): Quality of life. **Soc. Indicators Res.**, 2, 229-248.
- McFarlane, J. y Castledine, G. (1982): **A guide to the practice of nursing using the nursing process**. C.V. Mosby. London.
- McGuigan, F.J. (1974). **Psicología Experimental**. Mejico: Trillas.
- McIntosh, W. A.; Kaplan, H.B.; Kubena, K.S. y Landmann, W.A. (1993): Life events, social support, and immune response in elderly individuals. **International Journal of aging and human development**, 37(1), 23-36.
- McNeil, B.J.; Weichselbaum, R. y Pauker, S.G. (1978): Fallacy of the five year survival in lung cancer. **New England Journal of Medicine**, 299, 1397-1401.
- McNeil, B.J.; Weichselbaum, R. y Pauker, S.G. (1981): Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. **New England Journal of Medicine**, 305, 982-987.
- Meares, A.D. (1976): **Let's be human: new recreation for the old**, 209-220. Fontana Books. London.
- Meddin, J. y Vaux, A. (1988): Subjective well-being among the rural elderly population. **International Journal of aging and human development**, 27(3), 193-206.
- Melin, L. y Gotestam, K.G. (1981): The effects of rearranging ward routines on communication and eating behavior of psychogeriatric patients. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Vol. 14, pag. 47-52.
- Melzack, R. (1983): **Pain measurement and assessment**. New York: Raven Press.

- Mendola, W.F. y Pelligrini, R.V. (1979): Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. **Social Science and Medicine**, 13A, 457-461.
- Merton, R.K. (1964): **Teoría y estructuras sociales**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Minkler, M. (1985): Social support and health of the elderly. En S. Cohen y S. Syme (Eds.): **Social support and health**. New York. Academic Press.
- Miquel Civit, A. (1995): Turismo y calidad de vida: la formación en las Escuelas sobre Turismo Geriátrico. Actividades lúdicas en las personas mayores. **Geriátrika**. Vol. 11(6), 289-294.
- Mitchell, J.C. (1969): The concept an use of social networks. En J.C. Mitchell, (Eds.): **Social Networks in Urban Situations: Analysis of Personal Relationships in Central Afircan Towns**. Manchester, Manchester University Press.
- Mitchell, R.E. y Tricket, E.J. (1980): Task force report: Social networks as mediators of social support. **Community mental health journal**, 16, 27-44.
- Montorio, I. (1990): Evaluación Psicológica en la Vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. **Tesis Doctoral**. (Trabajo no publicado).
- Montorio, I. e Izal-Fernández, M. (1992): Bienestar psicológico en la vejez. **Revista de Gerontología**, 2(3). 145-154.
- Moos, R.H. y Moos, B.S. (1981): **Manual for Family Environment Scale**. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Mor, V. (1987): Cancer patients quality of life over the disease course: lessons form the real world. **Journal of Chronic Disease**, 40. 535-544.
- Mor, V.; Laliberte, L.; Morris, J.N. y cols. (1984): The Karnofsky performance status scale: an examination of its realibility and validity in a research setting. **Cancer**, 53, 2002-2007.

- Mor-Barak, M.E.; Scharlach, A.E.; Birba, L. y Sokolov, J. (1992): Employment, social networks, and health in the retirement years. **International Journal of aging and human development**, 35(2), 145-159.
- Moragas, R. (1991): **Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida**. Herder. Barcelona.
- Morris, J. (1975): Changes in morale experienced by the elderly institutionalized applicants along the institutional path. **Gerontologist**, 15, 345-349.
- Morris, J.N. y Sherwood, S. (1975): A retesting and modification of Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. **Journal of Gerontology**, 30, 77-84.
- Mossey, J.M. y Shapiro, E. (1982): Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. **American Journal of Public Health**, 22, 800-808.
- Mueller, D.P. (1980): Social networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorders. **Social Science and Medicine**, 4, 147-161.
- Murray, B. (1997): Older people are often misunderstood. **The American Psychological Association Monitor**. Vol.28 n.10. Washington, DC.
- Naess (1979): Livskvalitet-området godt i byen og på landet. INAS Rapport 79, 2, Oslo.
- Namazi, K.H.; Eckert; Kahana, E. y Lyon, S. (1989): Psychological well-being of elderly board and care home residents. **Gerontologist**, 29, 511-516.
- Nelson, M.A. (1993): Race, gender, and the effects of social support on the use of health services by elderly individuals. **International Journal of aging and human development**, 37(3), 227-246.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. y Tobin, S.S. (1961): The measurement of life satisfaction. **Journal of Gerontology**, 16, 134-143.
- Nieuwenhuijsen, E.R.; Frey, W.D. y Crews, J.E. (1989): **Measuring small gains using the ICIDII Severity of Disability Scale: Assessment**

practice among older people who are blind. Michigan Commission for the Blind.

Norbeck, J. S.; Lindsey, A. y Carrier, V.L. (1981): The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.

Okun, M.A.(1987): Life satisfaction. En G.L. Maddox (Ed.): *Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer, 399-401.

Okun, M.A.y Stock, W.A. (1987): Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of applied gerontology*, 6, 95-112.

Olea, M.J. y Prieto, J.F. (1995): Las redes sociales en los estudios gerontológicos: índices de red en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 22 (1), 2-9.

Organización Mundial de la Salud (1984): **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos: Informe de un grupo científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento.** Ginebra: OMS. Serie de Informes Técnicos 706.

Orth-Gomer, K.; Britton, M. y Rehnqvist, N. (1979): Quality of care in an out-patient department: the patient's view. *Social Science and Medicine*, 13A, 347-357.

Ortmeier, B.G. (1993): Use of the social health battery in an elderly population. *Psychological Reports*, 72(3, Pt 1), 1001-1002.

Otto, R. (1976): **Patterns of stress, symptoms awareness and medical help seeking among men and women in selected occupations.** Ph. D. thesis, Melbourne.

O'Brien, B.J. (1988): Assessment of treatment in heart disease. En G. Teeling Smith (Ed.): *Measuring Health: A Practical Approach*. Chichester, John Wiley.

Palmore, E.B. (1981): **Social Patterns in Normal Aging.** Durham, N.C.: Duke University Press.

- Patrick, D.L.; Danis, M.; Southerlan, L.I. y Hong, G.(1988): Quality of life following intensive care. **Journal of General Internal Medicine**, 3, 218-223.
- Patterson, R.L. y Eberly, D.A. (1982): The modular approach to behavior modification with the elderly. En R.L. Patterson; L.W. Dupree; D.A. Eberly; G.A. Jackson; M.J. O'Sullivan, L.A. Penner y C. Dee-Kelly (Eds.): **Overcoming deficits of aging: A behavioral approach**. Nueva York: Plenum Press, pag. 53-87.
- Patterson, R.L. y Eberly, D.A. (1983): Social and daily living skills. En P.M. Lewinsohn y L. Terri (Eds.): **Clinical geropsychology: New directions in assessment and treatment**. Nueva York: Pergamon Press.
- Patterson, W. (1975): The quality of survival in response to treatment. **Journal of the American Medical Association**, 233: 280-281.
- Payne, R.L. y Grahan-Jones, J. (1987): Measurement and methodological issues in social support. En S. V. Kasl y C. L. Cooper (EDs.): **Stress and Health: Issues in Research Methodology**. Chichester, John Wiley.
- Pearlin, L.I. (1984): Role strains and personal stress. En H. B. Kaplan (Ed.): **Psychosocial stress: Trends in theory and research**. New York: Academic Press.
- Pearlin, L.I. (1985): Social structure and processes of social support. Eb S. Cohen y S.L. Syme (Eds.): **Social support and health**. New York: Academic Press.
- Pearlin, L.I. ; Lieberman, M.A.; Menagham, E.G. y Mullan, J.T. (1981): The stress process. **Journal of Health and social behavior**, 22, 337-356.
- Pearlman, R.A. y Uhlmann, R.F. (1988): Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, 43, 25-30.

- Pelechano, V. (1991): **Habilidades interpersonales en ancianos**. Alfaplús. Valencia.
- Pellman, J. (1992): **Widowhood in elderly women: exploring its relationship to community integration, hassles, stress, social support, and social support seeking**. *International Journal of aging and human development*, 35(4), 253-264.
- Perlman, D. y Peplau, L.A. (1981): **Toward a social psychology of loneliness**. En R. Gilmour y S. Duck (Eds.): **Personal relationships: 3. Personal relationships in disorder**. London, Academic Press.
- Pilisuk, M.; Montgomery, M.B.; Parks, S.H. y Acredolo, C.(1993): **Locus of control, life stress, and social networks: gender differences in the health status of the elderly**. *Sex roles*, 28(3-4), 147-166.
- Platt, S.; Weyman, A.; Hirsch, S. y Hewett, S. (1980): **The social behavior assessment schedule (SBAS): Rationales, contents, scoring and reliability of a New Interview Schedule**. *Social Psychiatry*, 15, 43-55.
- Polgar, S. (1983): **Salud**. *Enciclopedia de Ciencias Sociales*. 9. 451-455.
- Potter, R.B. y Coshall, J.T. (1987): **Socio-economic variations in perceived life domain satisfactions: a South West Wales case study**. *The Journal of social psychology*, 127(1), 77-82.
- Prevention Task Panel Report (1978): **Task panel reports submitted to the President's Commission on mental health (4 Vols.)** Washington, D.C.: U. S. Government Printing Officy.
- Priestman, T.J. y Baum, M. (1976): **Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer**. *Lancet*, i, 899-901.
- Radloff, L.S. (1977): **The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population**. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

BIBLIOGRAFIA

- Reig, A. y Ribera, D. (1992): **Perspectivas en gerontología y salud**. Promolibro. Valencia.
- Reig, A.; Ribera, D. y Miquel, J. (1991): Psychological support and daily stress in non-institutionalized elderly. *Psychological Assessment*, 7(2), 191-200.
- Riquelme, A. y Buendía, J. (1996): Apoyo social, autoeficacia y depresión en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 31(2). 83-88.
- Roberts, B.L.(1991): Effects of walking on reaction and movement times among elders. *Perceptual and motor skills*, 71(1), 131-140.
- Rodin, J. y Langer, E. (1980): Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36, 12-29.
- Rodríguez Marín, J.; Lopezo Roig, S. y Pastor, M.A. (1989): **Escala de Apoyo Social percibido en marcos de salud**. Departamento de psicología de la salud. Universidad de Alicante.
- Rodríguez Pulido, F. y Suárez Alonso, F. (1997): El envejecimiento y la Salud Mental. En F. Rodríguez, M. Desviat y J.L. Vázquez-Barquero (dirs.): **Psiquiatría Social y Comunitaria (I)**. Canarias. ICEPSS Editores.
- Rogers, C.R. (1942): **Counseling and psychotherapy**. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, J.; Hart, L.A. y Boltz, R.P. (1993): The role of pet dogs in casual conversations of elderly adults. *The Journal of social psychology*, 133(3). 265-277.
- Rook, K.S. (1991): Facilitating friendship formation in late life: puzzles and challenges. *American Journal of Community Psychology*, 19(1), 103-110.
- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1987): Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

- Ruchlin, H. S. y Morris, J. N. (1991): Impact of work on the quality of life of community-residing young elderly. **American Journal of Public Health**, 81(4), 498-500.
- Russell, D. (1982): The measurement of loneliness. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.): **Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy**. New York, John Wiley.
- Russell, D.; Peplau, L.A. y Cutrona, C.E. (1980): The revised UCLA Loneliness Scale concurrent and discriminant validity evidence. **Journal of Personality and Social Psychology**, 39, 472-480.
- Russell, D.; Peplau, L.A. y Ferguson, M.L. (1978): Developing a measure of loneliness. **Journal of Personality Assessment**, 42, 290-294.
- Sáez, N. (1986): **La tercera edad. Un acercamiento teórico y algunas implicaciones**. Promolibro. Valencia.
- Sandler, I.N. y Barrera, M. (1984): Towards a multimethod approach to assessing the effects of social support. **American Journal of Community Psychology**, 12, 37-52.
- Sarason, B.R. y Sarason, I.G. (Eds.) (1990): **Social support: An interactional View**. New York: Wiley.
- Sarason, B.R.; Sarason, I.G. y Pierce, G.R. (1990): Traditional views of social support and their impact on assessment. En B. R. Sarason y I.G. Sarason (Eds.) (1990): **Social support: An interactional View**. New York: Wiley.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1985): **Social support: Theory, research and applications**. Dordrecht: Martinus Nijhof.
- Sarason, I.G.; Pierce, G.R. y Sarason, B.R. (1990): Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. **Journal of Social and Personal Relationships**, Vol. 7, pag. 495-506.

- Sarason, I.G.; Sarason, B.R. y Shearin, E.N. (1986): Social support as an individual difference variable: its stability, origins, and relational aspects. **Journal of personality and social psychology**, 50(4), 845-855.
- Sauer, W.J. y Warland, R. (1982): Morale and life satisfaction. En D.J., Magnene, W. A. Peterson (Eds.): **Research instruments in social gerontology: Clinical and Social Psychology 1**. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 195-202.
- Sbandi, P. (1977): **Psicología de Grupos**. Barcelona: Herder.
- Schachter, S. (1966): **Psicología de la afiliación**. Buenos Aires: Paidós.
- Schiaffino, K.M. (1991): Fine-Tuning theory to the needs of the world: Responding to Heller y col. **American Journal of Community Psychology**, 19(1), 99-102.
- Schonfield, D. (1973): Future commitments and successful aging: The random sample. **Journal of Gerontology**, 28, 189-196.
- Schulz, R. (1982): Emotionally and aging: Atheoretical and empirical analysis. **Journal of Gerontology**, 37, 42-51.
- Schwab, J.J. y Schwab, M.E. (1978): **Sociocultural roots of mental illness. An epidemiologic survey**. New York: Plenum Medical Book.
- Seeman, J. (1989): Toward a model of positive health. **American Psychologist**, 44, 1099-1109.
- Seeman, T.E.; Kaplan, G.A.; Knudsen, L. y cols. (1987): Social networks ties and mortality among the elderly in the Alameda County study. **American Journal of Epidemiology**, 126, 714-723.
- Segura Garrido, A. (1997): Ocupación del tiempo libre en el anciano. **Geriatrika: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología**. Vol.13 (2), 45-46.
- Seoane, J. (1994): La dimensión política de la Intervención Social. **Revista de Psicología Política**, 8, 7-28.

- Shanas, E.; Townsend, P.; Wedderburn, D.; Friis, H.; Milhoj, P. y Stehouwer, J. (1968): **Old people in three industrial societies**. New York: Atherton Press.
- Sheehy, G. (1982): **Pothfinders**. Bantam. Toronto.
- Sherman, S.R. y Newman, E.S.(1977): Foster family care for the elderly in New York State. **Gerontologist**, 17, 513-519.
- Sherwood, S. (1977): Thew problemas and valud of morale measurement. En C.N. Nydegger (Ed.): **Measuring morale: a guide to effective assessment**. Washginton, D. C.: Gerontological Society.
- Sherwood, S.; Morris, J.; Mor, V. y Gutkin, C. (1977): **Compendium of measures for describing and assessing long term care populations**. Boston, Mass: Hebrew Rehabilitation Center for Aged.
- Sherwood, S.J.; Morris, J.; Mor, V. y Gutkin, G. (1977): **Compendium of measures ofr describing and assessing long term care populations**. Boston: Hebrew Rehabilitation Center for Aged.
- Shin, D.C. y Johnson, D.M. (1978): Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. **Social Indicators Research**, 5, 475-492.
- Simmel, G. (1950): The metropolis and mental life. En K. Wolf (Ed.): **The sociology of George Simmel** (Trabajo original publicado en 1902). Glencoe, III: The Free Press.
- Sleek, S. (1997): Psychologists help one another survive today's challenging times. **The American Psychological Association Monitor**. Vol.28 n.10. Washington, DC.
- Slevin, M.L.; Plant, H.; Lynch, D. y cols. (1988): Who should measure quality of life, the doctor or the patient?. **British Journal of Cancer**, 57, 109-112.
- Smilkstein, G. (1978): The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. **Journal of Family Practice**, 6, 1231-1239.

- Soldo, B.J. y Manton, K.G. (1985): Health status and service needs of the oldest old: Current patterns and future trends. *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 63, 286-319.
- Souto, E.; González, J.L.; Izal, M. y Díaz Veiga, P. (1984): Programas de intervención en una residencia de ancianos. *Papeles del Colegio*, Vol 16-17, pag. 23-30.
- Spence, D.L. (1968): The role of futurity in aging adaptation. *Gerontologist*, 180-183.
- Spiriduso, W. y Gilliam-MacRae, P. (1991): Physical activity and quality of life. En Birren, J.E.; Lubben, J.E.; Rowe, J.C. y Deutchman, D.E. (Eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. New York: Academic Press.
- Spitzer, W.O. (1987): State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal Chron. Disease*, 40, 6. 465-41.
- Spitzer, W.O.; Dobson, A.J.; Hall, J.; Chesterman, E.; Levi, J.; Sheperd, R.; Battista, R.N. y Carchlove, B.R. (1981): Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 34, 585-597.
- Stein, C.H. (1991): Peer support telephone dyads for elderly women: the wrong intervention or the wrong research?. *American Journal of Community Psychology*, 19(1), 91-98.
- Steiner, A., Raube, K. y Stuck, A. (1996): Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: performance of four short scales. *Gerontologist*, 36(1), 34-45.
- Stewart, A.L.; Ware, J.E. y Brook, R.H. (1981): Advances in the measurement of functional status: Construction of aggregate indexes. *Medical Care*, 19, 473-487.
- Stock, W.A. y Okun, M.A. (1982): The construct validity of life satisfaction among the elderly. *Journal of Gerontology*, 37, 625-627.

- Stock, W.A.; Okun, M.A. y Benin, M. (1986): The structure of subjective well-being among the elderly. **Psychology of aging**, 1, 91-102.
- Stock, W.A.; Okun, M.A.; Haring, M.J. y Witter, R.A. (1985): Race and subjective well-being in adulthood: A black-white research synthesis. **Human Development**, 28, 192-197.
- Stokes, J.P. (1983): Predicting satisfaction with social support form social network structure. **American journal of community psychology**, 11, 141-152.
- Stones, M.J. y Kozma, A. (1980): Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists. **International Journal of Aging and Human Development**, 11, 269-281.
- Stull, D.E. (1987): Conceptualization and measurement of well-being: implications for policy evaluation. En Borgatta, E.F. y Montgomery, R.J.V. (Eds.): **Critical Issues in Ageing Policy**. Beverly Hills, Sage Publications.
- Sussman, M.B. (1976): The family life of older people. En R. H. Bintock y E. Shanas (Eds.): **Handbook of aging and social science**. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Thomas, M.R. y Lyttle, D. (1980): Patient expectations about success of treatment and reported relief from low back pain. **Journal of Psychosomatic Research**, 24, 145-159.
- Trivers, R. (1985): **Social evolution**. Menlo Park: The Benjamin/Cummings Publishing Company.
- Turner, R.J. (1983): Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. En H. B. Kaplan (Ed.): **Psychosocial distress: Trends in theory and research**. New York: Academic Press.
- Valdenegro, J. y Barrera, M. (1983): **Social support as a moderator of life stress: a longitudinal study using a multi-method analysis**, paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, San Francisco, California.

- Vaux, A. (1988): **Social support: Theory, research, and intervention.** New York: Praeger.
- Vaux, A. (1991): Let's hang un and try again: lessons learned from a social support intervention. **American Journal of Community Psychology**, 19(1), 85-90.
- Vaux, A. (1992): Assessment and analysis. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.): **The meaning and measurement of social support.** New York: Hemisphere.
- Vaux, A.; Burda, P. y Stewart, D. (1986a): Orientation toward utilizing support resources. **Journal of Community Psychology**, 14, 159-170.
- Vaux, A.; Phillips, J.; Holly, L. y cols. (1986b): Orientation toward utilizing support resources. **American Journal of Community Psychology**, 14, 195-219.
- Vaux, A.; Ridel, S. y Stewart, D. (1987): Modes of social support: the social support behaviours (SS-B) scale. **American Journal of Community Psychology**, 15, 209-233.
- Veiel, H. y Baumann, U. (1992): Coments on concepts and methods. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.): **The meaning and measurement of social support.** New York: Hemisphere.
- Veit, C.T. y Ware, J.E. (1983): The structure of psychological distress and well-being in general populations. **Jour. of Consulting and Clinical Psychology**, 51 (5). 730-742.
- Veroff, J.; Kulka, R.A. y Douvan, E. (1981): **Mental health in America. Patterns of help-seeking from 1957 to 1976.** New York: Basic Books.
- Victor, C.R. (1991): **Health and health care in later life.** Open University Press. Philadelphia.

- Waldman, A. y Fryman, E. (1964): Classification in homes for the aged. En H. Shore y M. Leeds (eds.): **Geriatric institutional management**. Nueva York: Putnams.
- Wallston, B.S.; Alagna, S.W.; DeVellis, B.M. y DeVellis, R. F. (1983): Social support and health. **Health Psychology**, 2, 367-391.
- Wan, T.T.H. y Livieraton, B. (1977): A validation of the General Well-being Index: a two-stage multivariate approach. Comunicación presentada al **American Public Health Association Meeting**. Washington, DC.
- Ware, J.E.; Brook, R.H.; Davies, A.R. y Lohr, K.N. (1981): Choosing measures of health status for individuals in general populations. **American Journal of Public Health**, 71, 620-625.
- Warmes, A.M. (1989): **Human ageing and later life. Multidisciplinary perspectives**. Edward Arnold. Londres.
- Warr, P. (1978): A study of psychological well-being. **British Journal of Psychology**, 69, 111-121.
- Watson, D. y Tellegan, A. (1985): Toward a consensual structure of mood. **Psychological Bulletin**, 98, 219-235.
- Wattis, J.P. y Hindmarch, I. (1988): **Psychological assessment of the elderly**. Edimburgo: Churchill Livingston.
- Weiss, R.S. (1974): **The provisions of social relationships**. En Z. Rubin (Ed.): **Doing unto Others**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Weissman, M.M.; Myers, J.K. y Ross, C.E. (Eds.)(1986): **Community surveys of psychiatric disorders**. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Westman, A.S.; Lewandowski, L.M. y Procter, S.J. (1993): A preliminary list to identify attitudes toward different conditions for discussing possible termination or refusal of medical treatment except for pain relief. **Psychological Reports**, 72, 279-284.

- Wiklund, I.; Lindvall, K.; Swedberg, K. y Zupris, R.V. (1987): Self-assessment of quality of life in severe heart failure. An instrument for clinical use. **Scandinavian Journal of Psychology**, 28, 220-225.
- Wilson, E.O. (1980): **Sociobiología**. La Nueva Síntesis. Barcelona: Omega.
- Wills, T.A. (1991): Comments on Heller, Thompson, Trueba, Hogg, and Vlachos-Weber, "Peer support telephone dyads for elderly women". **American Journal of Community Psychology**, 19(1), 75-83.
- Wood, V.; Wylie, M.L. y Scheaford, B. (1969): An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: correlation with rater judgements. **Journal of Gerontology**, 24, 465-469.
- Wood-Dauphinee, S.L.; Optzoomer, M.A.; Williams, J.J.; Marchand, B. y Spitzer, W.O. (1988): Assessment of global function: The reintegration to normal living index. **Archives of Medicine and Rehabilitation**, 69, 583-590.
- World Health Organization (1979): **Handbook for reporting results of cancer treatment**. O.M.S., Geneve.
- Wylie, M.L. (1970): Life satisfacion as a programa impact criterion. **Journal of Gerontology**, 25: 36-40.
- Zajonc, R.B. (1965): Social facilitation. **Science**, Vol. 149, pag. 269-274.
- Zautra, A.J. y Recich, J.W. (1983): Life events and perceptions of life quality: Developments in a two factor approach. **Journal of Gerontology**, 24, 465-469.

VI. ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTOS

C.T.E.

DATOS DE IDENTIFICACION (IB)

- Edad
- Sexo: . Hombre ; Mujer
- Lugar de nacimiento
- Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado
- Número de hijos
- Número de nietos
- Número de bisnietos
- Nivel de estudios alcanzado:
- No sabe leer y escribir
 - Básicos - Primarios (EGB)..
 - Bachiller: . elemental .. - superior
 - Titulación: . media -universitaria
- Profesión
- ¿ Con quién vive?
- Solo Pareja Hijos
 - Otros familiares Residencia Otros
- Lugar de residencia (Nombre de la ciudad)
- ¿Cobra pensión? SI NO
- Si ha respondido SI, está comprendida entre :
- Menos de 30.000 -30.000 y 40.000
 - 40.000 y 60.000 ; -60.000 y 80.000
 - 80.000 y 100.000 ; -100.000 y 120.000....
 - 120.000 y 150.000 ... ; -más de 150.000

E . S . G . T . E .

Por favor, indique ¿cuales de estos servicios considera importantes para la Tercera Edad?

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| - Apoyo económico a la familia | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Hogares y clubs de pensionistas | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Residencias para personas inválidas | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Residencias para personas con trastornos mentales..... | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Sanatorios Geriátricos de Rehabilitación(ejer. de andar) | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Hospitales de Día en régimen externo (ambulatorios) | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Vacaciones en Residencias y Balnearios | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Asistencia en el propio domicilio (para inválidos, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Incremento de las pensiones | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Servicios de información | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Otros servicios | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

Por favor, indique ¿cuál de los servicios mencionados es el de mayor importancia para usted? ¿Cual de ellos ocupa en segundo lugar? ¿Cual de ellos ocupa el tercer lugar?

- 1°
- 2°
- 3°

E . S . F . P .

1. ¿Cuántas veces ha ido al médico a consultar un problema de salud en el último año?

- Menos de 6 veces Entre 7 y 12 veces Más de 12 veces

2. ¿Cuántos medicamentos está tomando actualmente? 1 2 3 Más de 4

¿Para qué son? _____

3. ¿Cuántos días ha permanecido en cama por enfermedad en el último año? 1 2 5 Más de 7

4. ¿Cuántos días ha permanecido hospitalizado en el último año? 1 2 5 Más de 7

5. ¿Tiene dificultades para?

- | | | | | |
|----------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| - Andar | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Oír | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Ver | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Hablar | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

6. ¿Sufre algún tipo de enfermedad?. Por ejemplo:

- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| - Reuma | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Tensión alta | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Artrosis | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Diabetes | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Corazón | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Circulación | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Colesterol | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Aparato digestivo | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - Aparato urinario | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

7. Tiene usted problemas relacionados con:

- | | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Ira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nerviosismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Memoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Satisfacción con el propio cuerpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Problemas de concentración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disminución del interés por las cosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Miedo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tristeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. En general, ¿cómo piensa que es su estado de salud en la actualidad?

- Excelente Bueno Normal Regular Malo

A . V . D .

A continuación se presentan una serie de actividades cotidianas, por favor, lealas atentamente e indique con una X la frecuencia con que las realiza:

	Nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre
1. Se lava por partes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se baña o ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se limpia y cuida el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se limpia los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se viste solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se viste con ropa limpia y cuidada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Come sin ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Observa los modales básicos en la mesa ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se preocupa de tomar su medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Va de un sitio a otro sin problemas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dice exactamente que es lo que necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.I.P.

I.- H. F.

Por favor, marque con una X la cantidad de ayuda que Ud. necesita para realizar cada una de las actividades que se mencionan a continuación.

	No necesito ayuda	Necesito algo de ayuda	Necesito toda la ayuda
1. Cuidado personal (peinado o afeitado)
2. Comer
3. Vestirse o desvestirse
4. Andar
5. Levantarse o acostarse
6. Lavarse
7. Administrar el dinero (pagar facturas)
8. Usar el teléfono
9. Comprar
10. Otros

II.- N. A.

Por favor, anote aquellas actividades que realiza Ud. normalmente.

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. Ver TV | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. Oír música | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. Leer un periódico o libro | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. Escribir (cartas, poemas, etc.) | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5. Coser, bordar o hacer punto | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 6. Jugar a las cartas, damas, ajedrez o dominó | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 7. Jugar al bingo, tragaperras, primitiva, etc. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 8. Dibujar o pintar | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 9. Hacer fotografía, carpintería, cerámica, manualidades.... | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 10. Cuidar plantas, horticultura o jardinería | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 11. Salir a la calle | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 12. Dar un paseo | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 13. Guisar | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

A . S .

A continuación se presentan una serie de alternativas acerca de los distintos tipos de relaciones sociales que Ud. mantiene (pareja, hijos, familiares y amigos), por favor, marque con una X la que mejor represente el tipo de relación.

No corresponde	Menos de una vez al mes	1 ó 2 veces a la semana	1 vez a la se- mana o más	1 ó más veces al día
-------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------

1. ¿Cuántas veces ve y habla ud. con:

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Su esposo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sus hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sus familiares o parientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sus amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Afectivo	Material
2. Tipo de apoyo que le proporciona la relación con:		
- Su esposo/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sus familiares o parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Poco	Algo	Bastante	Mucho
3. Grado de satisfacción de la relación que tiene con:				
- Con su esposo/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Con sus hijos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Con sus familiares o parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Con sus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B
TABLAS "ANOVA" MG

ANEXO B

TABLAS DE LOS ANALISIS DE VARIANZA

1. ANOVA: COMPETENCIA CONDUCTUAL (AVD Y CIP: HF)

1.1. TABLA ANOVA: sexo y estado civil AVD

	SEXO					ESTADO CIVIL				
	Hombres (N=273)		Mujeres (N=451)			Casados (N=442)		Viudos (N=228)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"F"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"F"
Lava part.	2.55	1.34	2.49	1.36	.38	2.53	1.37	2.47	1.36	.19
Baño/ducha	3.28	.71	3.25	.82	.21	3.27	.75	3.24	.82	.3
Limp. pelo	3.24	.87	3.35	.77	3.3	3.3	.84	3.33	.75	.18
Limp. dient.	3.51	.85	3.63	.81	3.5	3.53	.88	3.69	.69	5.67*
Viste solo	3.78	.74	3.77	.7	.02	3.75	.79	3.82	.58	1.37
Viste limp.	3.78	.65	3.82	.59	.7	3.77	.68	3.89	.38	6.88***
Come solo	3.87	.54	3.83	.66	.64	3.84	.64	3.88	.52	.59
Modos mesa	3.7	.74	3.68	.85	.14	3.68	.81	3.73	.76	.58
Toma med.	3.46	1.12	3.51	.98	.46	3.44	1.13	3.57	.85	2.22
Va sin prob.	3.68	.78	3.52	.91	6.3*	3.64	.85	3.48	.88	4.87*
Dice neces.	3.51	.95	3.21	1.09	14.09***	3.43	1.03	3.16	1.05	10.43***

1.2. TABLA ANOVA: hijos y cuantía de la pensión AVD

	HIJOS					PENSION				
	SI (N=647)		NO (N=77)			<60.000 (N=417)		>60.000 (N=173)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"F"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"F"
Lava partes	2.5	1.34	2.61	1.34	.47	2.59	1.3	2.29	1.41	6.1*
Baño/ducha	3.27	.78	3.22	.82	.23	3.22	.78	3.36	.72	4.46*
Limp. pelo	3.31	.8	3.3	.89	.02	3.28	.81	3.34	.81	.81
Limp. dient.	3.59	.81	3.48	.94	1.32	3.61	.78	3.64	.75	.25
Viste solo	3.77	.72	3.8	.65	.18	3.77	.72	3.85	.59	1.66
Viste limp.	3.81	.59	3.7	.74	2.29	3.81	.6	3.86	.45	1.09
Come solo	3.84	.63	3.87	.55	.11	3.84	.64	3.92	.44	2.38
Modos mesa	3.69	.8	3.65	.87	.17	3.71	.77	3.8	.57	1.51
Toma med.	3.48	1.06	3.58	.86	.68	3.5	1.01	3.55	1.01	.27
Va sin prob.	3.58	.87	3.58	.82	.001	3.57	.86	3.73	.7	5.21*
Dice neces.	3.35	1.04	3.16	1.11	2.26	1.07	.05	.92	.07	9.77**

1.3. TABLA ANOVA: rango de edad AVD

	RANGO DE EDAD						F'
	65-69 AÑOS(N=362)		70-74 AÑOS(N=206)		75-79 AÑOS(N=98)		
	\bar{X}	D.T	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Lava partes	2.31	1.42	2.62	1.31	2.82	1.18	6.91**
Baña/ducha	3.39	.69	3.24	.76	3.19	.77	4.13*
Limp. pelo	3.41	.79	3.31	.77	3.21	.81	2.61
Limp. dientes	3.61	.82	3.65	.72	3.53	.8	.76
Viste solo	3.82	.65	3.78	.71	3.78	.67	.31
Viste limpio	3.86	.52	3.76	.7	3.78	.53	1.99
Come solo	3.9	.51	3.83	.67	3.86	.56	.97
Modos mesa	3.75	.75	3.65	.83	3.79	.58	1.59
Tomar med.	3.49	1.04	3.47	1.1	3.57	.93	.35
Va sin prob.	3.67	.79	3.67	.77	3.43	.91	3.73*
Dice necesita	3.39	1.03	3.39	1.01	3.15	1.13	2.26

1.4. TABLA ANOVA: sexo y estado civil HF del CIP

	SEXO					ESTADO CIVIL				
	Hombres (N=273)		Mujeres (N=451)		"F"	Casados (N=442)		Viudos (N=228)		"F"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Cuid. person.	1.01	.14	1.09	.44	9.29**	1.02	.26	1.11	.48	10.77**
Comer	1	.19	1	.25	0	1.01	.21	1	.28	.01
Vestirse	1.02	.19	1.06	.33	3.4	1.06	.327	1.06	.33	3.4
Andar	1.04	.25	1.14	.43	11.29***	1.1	.36	1.13	.42	1.56
Levantarse	1.01	.17	1.06	.31	5.92*	1.03	.25	1.06	.32	2.32
Lavarse	1.01	.17	1.07	.36	4.65*	1.03	.22	1.09	.42	6.86**
Adm. dinero	1.07	.35	1.13	.49	3.08	1.09	.41	1.14	.51	.18
Teléfono	1.05	.29	1.05	.33	.002	1.05	.31	1.03	.3	.88
Comprar	1.06	.34	1.13	.44	4.21*	1.07	.36	1.17	.51	10.11**
Otros	.9	.42	.81	.57	5.08*	.97	.49	.78	.58	4.72*

1.5. TABLA ANOVA: hijos y cuantía pensión HF del CIP

	HIJOS					PENSION				
	SI (N=647)		NO (N=77)		"F"	<60.000 (N=417)		>60.000 (N=173)		"F"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Cuid. pers.	1.05	.35	1.1	.42	1.61	1.08	.41	1.01	.17	5.56*
Comer	.99	.23	1.01	.25	2.49	.99	.24	1	.11	.25
Vestirse	1.01	.29	1.05	.22	.03	1.05	.29	1.02	.17	2.27
Andar	1.01	.38	1.08	.35	.4	1.1	.37	1.05	.24	3.17
Levantarse	1.04	.28	1.04	.19	.001	1.04	.27	1.01	.15	1.79
Lavarse	1.04	.31	1.06	.25	.55	1.05	.33	1.01	.15	2.75
Adm. diner.	1.1	.43	1.21	.55	4.13*	1.11	.46	1.07	.32	1.01
Teléfono	1.03	.28	1.18	.48	15.88***	1.05	.32	1.04	.25	.13
Comprar	1.09	.4	1.17	.44	2.3	1.11	.41	1.07	.34	.73
Otros	.83	.52	.93	.55	2.77	.86	.53	.84	.41	.07

1.6. TABLA ANOVA: rango edad HF del CIP

	RANGO DE EDAD						
	65-69 AÑOS(N=362)		70-74 AÑOS(N=206)		75-79 AÑOS(N=98)		F'
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Cuid. personal	1.02	.27	1.09	.37	1.08	.31	1.58
Comer	.99	.2	.99	.24	1.02	.2	.89
Vestirse	1.03	.23	1.02	.26	1.07	.26	1.5
Andar	1.06	.31	1.06	.33	1.19	.42	6.81**
Levantarse	1.02	.22	1.01	.25	1.06	.24	1.4
Lavarse	1.01	.2	1.02	.27	1.11	.4	5.55**
Adm. dinero	1.05	.33	1.1	.42	1.21	.56	6.34**
Teléfono	1.01	.22	1.02	.27	1.12	.36	6.98***
Comprar	1.06	.34	1.07	.36	1.15	.41	2.52
Otros	.85	.49	.86	.5	.81	.55	.4

2. ANOVA CALIDAD DE VIDA (ESFP)

2.1. TABLA ANOVA: sexo y estado civil ESFP

	SEXO					ESTADO CIVIL				
	Hombres (N=273)		Mujeres (N=451)			Casados (N=442)		Viudos (N=228)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"F"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"F"
V. Médico	1.64	.8	1.74	.84	2.09	1.73	.85	1.68	.79	.57
Medicación	1.82	1.25	1.92	1.16	1.28	1.79	1.19	2.04	1.14	6.91**
Días cama	.93	1.44	.93	1.44	.0001	.95	1.44	.92	1.45	.05
Días hosp.	.56	1.26	.43	1.1	2.25	.54	1.25	.36	.96	1.49
Prob. ira	1.55	.76	1.62	.75	1.2	1.57	.77	1.61	.67	.58
Prob. nerviosismo	1.81	.86	2.17	.99	25.11***	1.89	.91	2.28	1.01	25.31***
Prob. memoria	1.81	.86	2.09	.9	17.25***	1.89	.87	2.2	.9	18.87***
Depresión	1.27	.63	1.69	.88	46.58***	1.43	.76	1.73	.88	20.61***
Prob. satis. cuerpo	2.45	1.18	2.38	1.08	.68	2.4	1.14	2.49	1.08	.85
Prob. concentrac.	1.48	.72	1.75	.86	19.14***	1.54	.77	1.86	.88	22.72***
Dism. interés	1.43	.74	1.65	.89	11.92***	1.46	.79	1.8	.92	24.54***
Miedo	1.17	.55	1.53	.85	33.11***	1.33	.74	1.56	.84	12.81***
Tristeza	1.36	.68	1.91	.92	74.56***	1.56	.82	2	.92	39.12***
Estado salud	3.13	.91	3.42	.9	18.19***	3.24	.92	3.41	.92	4.98*

2.2. TABLA ANOVA: hijos y cuantía pensión ESFP

	HIJOS					PENSION				
	SI (N=647)		NO (N=77)		"F"	<60.000 (N=417)		>60.000 (N=173)		"F"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Vec. médico	1.7	.82	1.7	.84	.001	1.71	.81	1.59	.78	2.63
Medicamentos	1.85	1.19	2.1	1.2	3.02	1.99	1.19	1.68	1.18	8.98**
Días cama	.95	1.45	.73	1.33	1.66	.96	1.46	.84	1.4	.81
Días hospital	.48	1.16	.49	1.22	.01	.53	1.23	.4	1.06	1.47
Prob. Ira	1.59	.76	1.57	.7	.07	1.59	.73	1.53	.74	.91
Prob. nerviosismo	2.03	.95	2.14	.99	1.02	2.07	.97	1.98	.91	.99
Prob. memoria	1.99	.89	1.91	.88	.62	2.05	.9	1.77	.81	12.21***
Depresión	1.53	.81	1.56	.92	.1	1.52	.79	1.42	.78	1.94
Prob. satis. cuerpo	2.42	1.12	2.3	1.07	1.06	2.44	1.12	2.45	1.13	.005
Prob. concentr.	1.65	.83	1.56	.73	.96	1.7	.85	1.52	.71	6.02*
Dism. interés	1.56	.85	1.49	.72	.64	1.62	.86	1.47	.77	3.8*
Miedo	1.4	.77	1.36	.81	.13	1.37	.74	1.27	.63	2.3
Tristeza	1.71	.88	1.64	.84	.52	1.68	.86	1.61	.85	.8
Estado de salud	3.3	.92	3.4	.83	.84	3.33	.94	3.18	.87	3.12

2.6. TABLA ANOVA: rango edad ESFP

	RANGO DE EDAD							
	65-69 AÑOS(N=362)		70-74 AÑOS(N=206)		75-79 AÑOS(N=98)		"F"	
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		
Vec. médico	1.75	.84	1.68	.82	1.7	.83	.44	
Medicamentos	1.84	1.26	1.78	1.08	1.98	1.1	.93	
Días cama	.88	1.44	.95	1.42	.96	1.44	.25	
Días hospital	.41	1.12	.47	1.11	.73	1.39	2.98	
Ira	1.57	.76	1.6	.73	1.53	.71	.31	
Prob. nerviosismo	2.04	.94	2.04	.98	1.92	.89	.68	
Prob. memoria	1.96	.87	1.99	.89	1.98	.88	.09	
Depresión	1.54	.82	1.45	.78	1.55	.84	1.02	
Prob. satisf. cuerpo	2.42	1.13	2.46	1.15	2.41	1.04	.09	
Prob. concentración	1.62	.77	1.63	.84	1.66	.79	.14	
Dism. interés	1.49	.8	1.53	.84	1.65	.83	1.57	
Miedo	1.38	.74	1.37	.75	1.4	.77	.04	
Tristeza	1.74	.91	1.62	.83	1.66	.85	1.21	
Estado salud	3.36	.83	3.21	.97	3.26	.87	2.02	

3. ANOVA APOYO SOCIAL (AS)

3.1. TABLA ANOVA: sexo y estado civil AS

	SEXO					ESTADO CIVIL				
	Hombres (N=273)		Mujeres (N=451)		"F"	Casados (N=442)		Viudos (N=228)		"F"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. Esp.	4.37	2.45	2.9	2.05	106.1***	4.87	.7	1.21	1.08	-
V. Hijos	4.04	1.42	4.07	1.39	.08	4.16	1.31	4.32	1.12	2.39
V. Fami.	3.77	1.22	3.58	1.2	4.17*	3.76	1.56	3.46	1.24	9.05**
V. Ami.	4.21	1.05	3.96	1.11	8.74**	4.14	1.02	3.87	1.18	8.39**
S. Espo.	3.3	1.3	1.78	1.85	141***	3.62	.74	.32	1.06	-
S. Hijos	3.27	1.29	3.27	1.29	.002	3.43	1.12	3.41	1.08	.04
S. Fami.	3.23	.92	3.17	.96	.74	3.25	.85	3.11	1.06	3.41
S. Ami.	3.17	.9	3.12	1.01	.43	3.16	.9	3.1	1.08	.62

3.2. TABLA ANOVA: hijos y cuantía pensión AS

	HIJOS					PENSION				
	SI (N=647)		NO (N=77)		"F"	<60.000 (N=417)		>60.000 (N=173)		"F"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. Espo.	3.53	1.97	2.83	1.99	8.66**	3.05	2.02	3.62	1.95	10.05**
V. Hijos	4.43	.88	.95	1.05	-	4.05	1.42	4.07	1.32	.04
V. Fami.	3.63	1.17	3.77	1.49	.82	3.66	1.17	3.64	1.2	.07
V. Ami.	4.04	1.09	4.21	1.12	1.68	4.05	1.1	4.16	.99	1.2
S. Espo.	2.43	1.8	1.67	1.88	12.02***	1.99	1.89	2.59	1.76	12.97***
S. Hijos	3.65	.7	.12	.58	-	3.24	1.34	3.3	1.22	.24
S. Fami.	3.2	.92	3.13	1.12	.37	3.23	.97	3.19	.85	.19
S. Ami.	3.15	.95	3.03	1.1	1.17	3.16	.99	3.16	.88	.001

3.3. TABLA ANOVA: rango edad AS

	RANGO DE EDAD						
	65-69 AÑOS(N=362)		70-74 AÑOS(N=206)		75-79 AÑOS(N=98)		"F"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. Espo.	3.78	1.87	3.38	2.03	3.14	2.03	5.42**
V. Hijos	4.16	1.36	4.02	1.39	3.73	1.55	3.65*
V. Fami.	3.71	1.21	3.64	1.18	3.47	1.22	1.65
V. Ami.	4.18	.93	4.01	1.15	3.84	1.29	4.45*
S. Espo.	2.68	1.72	2.24	1.82	2.05	1.9	6.89**
S. Hijos	3.34	1.24	3.32	1.26	3.02	1.46	2.49
S. Fami.	3.29	.87	3.23	.96	3.13	.94	.5
S. Ami.	3.2	.88	3.16	.98	2.96	1.05	2.52

ANEXO B
TABLAS "t" MG-MH

ANEXO B

TABLAS PRUEBAS "t": MUESTRAS EQUIPARADAS
GENERAL-HOGAR DEL PENSIONISTA

1. PRUEBA "t": COMPETENCIA CONDUCTUAL (AVD Y CIP: HF)

1.1. TABLA PRUEBA "t": AVD Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=117)		MH (N=29)		"t"	MG (N=75)		MH(N=18)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Lava partes	2.76	1.19	2.91	1.29	-.64	2.57	1.34	3.46	1.05	-2.27*
Baño/ducha	3.28	.69	2.97	.67	2.32*	3.28	.74	2.69	1.03	2.47*
Limp. pelo	3.37	.7	2.91	.51	3.52***	3.32	.77	3.25	.6	.39
Limp. dientes	3.52	.81	3.29	1.03	1.6	3.63	.8	3.61	.77	.05
Viste solo	3.82	.65	3.97	1.7	-1.33	3.81	.69	3.92	.28	-.56
Viste limpia	3.84	.5	3.41	.51	3.23**	3.73	.72	3.61	.51	.56
Come solo	3.86	.59	4	0	-1.36	3.83	.74	4	0	-.84
Modos mesa	3.7	.81	3.85	.5	-1.03	3.63	.97	3.77	.6	-.51
Tomar med.	3.53	1.02	3.5	.83	.16	3.35	1.2	3.31	1.25	.11
Va sin prob.	3.74	.68	3.68	.77	.49	3.73	.64	3.31	.85	2.09*
Dice necesita	3.57	.92	3.65	.77	-.43	3.03	1.15	3	1	.08

1.2. TABLA PRUEBA "t": AVD Estado civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=127)		MH (N=27)			MG (N=48)		MH (N=18)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"
Lava partes	2.78	1.2	2.7	1.32	.29	2.45	1.38	3.67	.77	-3.5***
Baño/ducha	3.25	.72	3.11	.64	.94	3.29	.71	2.61	.92	3.19**
Limp. pelo	3.35	.76	3.04	.59	2.04*	3.35	.6	2.94	.54	2.53*
Limp. dientes	3.53	.85	3.33	.92	1.06	3.79	.5	3.39	1.09	2.05*
Viste solo	3.76	.79	3.96	.19	-1.3	3.92	.28	3.94	.24	-.37
Viste limpio	3.76	.66	3.59	.5	1.21	3.92	.28	3.56	.51	3.56***
Come solo	3.82	.71	4	0	-1.33	3.95	.2	4	0	-.87
Modos mesa	3.66	.92	3.81	.56	-.83	3.81	.49	3.83	.51	-.15
Tomar med.	3.42	1.16	3.52	.85	-.4	3.6	.79	3.28	1.13	1.32
Va sin prob.	3.77	.66	3.67	.78	.73	3.71	.65	3.5	.79	1.09
Dice necesita	3.49	1.04	3.63	.79	-.67	2.92	1.05	3.28	.96	-1.27

1.3. TABLA PRUEBA "t": AVD Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=175)		MH (N=44)			MG (N=17)		MH (N=3)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"
Lava partes	2.67	1.23	3.07	1.23	-1.9	2.82	1.47	3	1.73	-1.9
Baño/ducha	3.26	.72	2.84	.78	3.39***	3.53	.62	3.67	.58	-.35
Limp. pelo	3.34	.72	2.96	.53	3.32***	3.47	.87	3.67	.58	-.37
Limp. dientes	3.59	.78	3.34	.99	1.82	3.53	1.07	4	0	-.74
Viste solo	3.8	.69	3.98	.15	-1.68	4	0	3.67	.58	2.77*
Viste limpio	3.79	.62	3.52	.5	2.63**	3.94	.24	4	0	-.41
Come solo	3.83	.68	4	0	-1.62	4	0	4	0	-
Modos mesa	3.68	.84	3.82	.54	-1.03	3.59	1.18	4	0	-.59
Tomar med.	3.43	1.11	3.45	.95	-.11	3.71	.98	3.33	1.15	.59
Va sin prob.	3.74	.67	3.54	.82	1.62	3.76	.66	4	0	-.6
Dice neces.	3.37	1.05	3.45	.9	-.48	3.23	1.09	3.67	.58	-.66

1.4. TABLA PRUEBA "t": AVD Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=109)		MH (N=24)			MG (N=61)		MH (N=21)		
	X	D.T.	X	D.T.	"t"	X	D.T.	X	D.T.	"t"
Lava partes	2.58	1.26	2.79	1.28	-.75	2.77	1.28	3.29	1.19	-1.62
Baña/ducha	3.25	.73	2.83	.87	2.42*	3.31	.7	2.9	.7	2.31*
Limp. pelo	3.27	.74	3.04	.55	1.45	3.44	.72	3	.55	2.57*
Limp. dientes	3.67	.69	3.54	.83	.79	3.56	.85	3.27	1.1	1.17
Viste solo	3.81	.67	3.96	.2	-1.08	3.84	.66	3.95	.22	-.79
Viste limpio	3.83	.52	3.5	.51	2.87**	3.79	.61	3.62	.41	1.14
Come solo	3.81	.75	4	0	-1.25	3.88	.55	4	0	-.95
Modos mesa	3.68	.81	3.75	.61	-.4	3.79	.71	3.9	.44	-.71
Toma medic.	3.4	1.12	3.58	.72	-.75	3.56	.97	3.24	1.18	1.22
Va sin prob.	3.72	.65	3.42	.93	1.87	3.79	.66	3.76	.62	.15
Dice necesita	3.27	1.06	3.33	.92	-.25	3.49	1.04	3.57	.87	-.31

1.5. TABLA PRUEBA "t": AVD Rango Edad

	65-69 AÑOS			70-74 AÑOS			75-79 AÑOS								
	MG(N=37)		MH(N=10)	MG(N=104)		MH(N=19)	MG(N=36)		MH(N=11)						
	X	D.T.	X	D.T.	"t"	X	D.T.	X	D.T.	"t"					
Lav. part	2.43	1.3	3	1.33	-1.22	2.73	1.23	2.84	1.3	-.34	2.92	1.16	3.1	1.3	-.42
Baña/du.	3.46	.65	3.2	.79	1.07	3.21	.72	3	.67	1.19	3.28	.71	2.73	.9	2.13
Li. pelo	3.38	.86	3.4	.52	-.07	3.33	.7	2.89	.57	2.53*	3.36	.68	3	.45	1.64
Li. dien	3.35	1.11	3.6	.7	-.67	3.65	.71	3.1	1.2	2.75**	3.58	.77	3.64	.67	-.2
Vis. sol.	3.76	.83	3.9	.32	-.53	3.82	.66	4	0	-1.19	3.83	.61	3.91	.3	-.4
Vis. lim	3.78	.71	3.8	.42	-.07	3.81	.58	3.53	.51	1.99*	3.75	.65	3.54	.52	.95
Co. sol.	3.86	.67	4	0	-.63	3.82	.71	4	0	-1.22	3.86	.59	4	0	-.77
Modales	3.46	1.26	3.9	.32	-1.07	3.69	.79	3.89	.46	-1.08	3.86	.59	3.54	.82	1.41
To. med	3.49	1.1	3.5	.85	-.04	3.4	1.16	3.21	1.18	.66	3.47	1.08	3.45	.82	.05
Va sin p.	3.95	.23	3.6	.7	2.6*	3.68	.74	3.79	.71	-.58	3.69	.75	3.45	.82	.91
Dice nec.	3.27	1.26	3.5	.71	-.55	3.48	.92	3.79	.71	-1.38	3.14	1.17	3.45	.82	-.83

1.6. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=117)		MH (N=29)		"t"	MG (N=75)		MH (N=18)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Cuid personal	1	.19	1	0	0	1.04	.42	1	0	.34
Comer	.99	.16	1	0	-.31	1	.16	1	0	0
Vestirse	1.01	.21	1.03	.17	-.53	1.04	.26	1	0	.56
Andar	1.04	.27	1.08	.29	-.84	1.17	.41	1.15	.38	.16
Levantarse	1.01	.21	1	0	.24	1.04	.26	1.15	.38	-1.37
Lavarse	1	.19	1.01	.38	-1.87	1.04	.26	1.08	.28	-.47
Adm. dinero	1.05	.34	1.06	.34	-.11	1.17	.6	1.08	.28	.67
Teléfono	1.04	.3	1.03	.17	.24	1.05	.28	1	0	.68
Comprar	1.02	.29	1	0	.34	1.12	.37	1.15	.38	-.31
Otros	.91	.43	1	0	-1.16	.85	.46	1.08	.28	-1.71

1.7. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Estado Civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=127)		MH (N=27)		"t"	MG (N=48)		MH (N=18)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Cuid. person.	1.01	.27	1	0	.15	.98	.25	1	0	-.35
Comer	1	.18	1	0	0	.98	.14	1	0	-.61
Vestirse	1.02	.25	1	0	.32	1.02	.14	1.06	.24	-.72
Andar	1.09	.37	1.11	.32	-.22	1.08	.28	1.11	.32	-.34
Levantarse	1.02	.25	1	0	.32	1.02	.14	1.06	.24	-.72
Lavarse	1.01	.2	1.04	.19	-.69	1.04	.29	1.11	.47	-.72
Adm. dinero	1.19	.46	1.07	.38	.46	1.06	.32	1.06	.24	.08
Teléfono	1.05	.34	1.04	.19	.27	1.02	.14	1	0	.61
Comprar	1.05	.35	1	0	.69	1.08	.28	1.06	.24	.37
Otros	.92	.43	1	0	-.95	.79	.46	1.06	.24	-2.31*

1.8. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=175)		MH (N=44)		"t"	MG (N=17)		MH (N=3)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Cuid. perso.	1	.21	1	0	0	1.18	.73	1	0	.41
Comer	.99	.17	1	0	-.22	1	0	1	0	-
Vestirse	1.02	.24	1.02	.15	.003	1	0	1	0	-
Andar	1.09	.34	1.09	.29	.009	1.12	.33	1.33	.58	-.94
Levantarse	1.02	.24	1.04	.21	-.57	1	0	1	0	-
Lavarse	1.02	.23	1.09	.36	-1.69	1	0	1	0	-
Adm. dinero	1.08	.39	1.04	.3	.54	1.29	.59	1.33	.58	-.11
Teléfono	1.03	.26	1.02	.15	.28	1.18	.53	1	0	.56
Comprar	1.05	.32	1.04	.21	.005	1.18	.39	1	0	.76
Otros	.89	.45	1.02	.15	-1.91	.88	.33	1	0	-.6

1.9. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=109)		MH (N=24)		"t"	MG (N=61)		MH (N=21)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Cuid. person.	1.05	.34	1	0	.65	.97	.18	1	0	-.83
Comer	.99	.17	1	0	-.27	.98	.13	1	0	-.58
Vestirse	1.03	.21	1	0	.63	.98	.13	1.05	.22	-1.63
Andar	1.08	.31	1.12	.34	-.6	1.02	.22	1.09	.3	-1.27
Levantarse	1.03	.21	1.08	.28	-1.09	.98	.13	1	0	-.58
Lavarse	1.03	.25	1.04	.2	-.26	.98	.13	1.14	.48	-2.39*
Adm. dinero	1.1	.45	1.04	.2	.63	1.07	.36	1.09	.44	-.31
Teléfono	1.05	.3	1	0	.9	1.05	.34	1	0	.66
Comprar	1.05	.28	1.08	.28	-.58	1.03	.31	1	0	.48
Otros	.9	.45	1.04	.2	-1.51	.9	.4	1	0	-1.13

1.10. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Rango de Edad

	65-69AÑOS					70-74AÑOS					75-79AÑOS				
	MG(N=37)		MH(N=10)			MG(N=104)		MH(N=19)			MG(N=36)		MH(N=11)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"
Cuid. pe.	1	0	1	0	-	.99	.33	1	0	-.13	1.03	.17	1	0	.55
Comer	1	0	1	0	-	.99	.22	1	0	-.19	1	0	1	0	-
Vestirse	1	0	1	0	-	1.01	.28	1	0	.3	1.03	.17	1	0	.55
Andar	1.13	.35	1.2	.42	-.5	1.06	.34	1.05	.23	.06	1.11	.32	1.09	.3	.19
Levant.	1	0	1	0	-	1.02	.28	1	0	.3	1.03	.17	1.09	.3	-.9
Lavarse	1.02	.16	1	0	.52	1	.2	1.05	.23	-1.04	1.06	.33	1	0	.55
Ad. dine.	1	.24	1.2	.63	-1.59	1.1	.38	1	0	1.09	1.19	.58	1.09	.3	.57
Telef.	1.03	.16	1	0	.52	1.03	.29	1.05	.23	-.33	1.03	.17	1	0	.55
Comp.	.97	.16	1	0	-.52	1.08	.39	1	0	.86	.89	.4	1	0	-.92
Otros	.86	.35	1	0	-1.22	.89	.45	1	0	-.99	.89	.4	1	0	-.92

2. PRUEBA "t": CALIDAD DE VIDA (ESFP)

2.1. TABLA PRUEBA "t": ESFP Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=117)		MH (N=29)		"t"	MG (N=75)		MH(N=18)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
V. médico	1.64	.81	1.77	.95	-.75	1.64	.8	1.84	.99	-.83
Medicamentos	1.79	1.21	1.76	1.52	.12	1.68	.96	2.31	1.11	-2.12*
Días cama	1.02	1.5	.94	1.63	.25	.55	1.14	.77	1.3	-.63
Días hospital	.67	1.36	.73	1.54	-.21	.29	.91	0	0	1.15
Ira	1.56	.71	1.59	.74	-.17	1.39	.59	1.69	1.03	-1.52
Nerviosismo	1.72	.8	1.65	.98	.43	2.11	.97	2.15	1.07	-.16
Memoria	1.82	.86	2.15	1.02	-1.87	2.19	.91	2.31	1.25	-.42
Depresión	1.21	.52	1.26	.57	-.49	1.55	.83	2	1.22	-1.66
Pro. sat. corp.	2.39	1.21	1.91	.99	2.12*	2.6	1.15	1.92	.95	2.01*
Prob. con.	1.43	.73	1.44	.79	-.09	1.83	.8	1.46	.78	1.53
Dism. int.	1.41	.76	1.56	.82	-.99	1.52	.84	1.69	.75	-.69
Miedo	1.15	.52	1.15	.36	.07	1.48	.86	2	1.15	-1.91
Tristeza	1.35	.62	1.62	.98	-1.91	1.73	.95	2.85	1.14	-3.78***
Est. salud	3.04	.85	2.82	1.14	1.21	3.36	.95	2.61	1.26	2.47

2.2. TABLA PRUEBA "t": ESFP Estado Civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=127)		MH (N=27)		"t"	MG (N=48)		MH (N=18)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Veces médico	1.71	.83	1.85	.99	-.79	1.56	.8	1.56	.86	.03
Medicamentos	1.68	1.13	1.59	1.45	.33	1.87	1.02	2.28	1.32	-1.31
Días cama	.91	1.4	.78	1.45	.43	.67	1.37	1.11	1.74	-1.09
Días hosp.	.64	1.31	.48	1.28	.56	.29	.99	.67	1.53	-1.17
Prob. Ira	1.51	.72	1.81	.88	-1.9	1.42	.54	1.33	.69	.52
Prob. Nervios.	1.76	.87	1.81	1.11	-.26	2.17	.93	1.78	.94	1.51
Prob. Memoria	1.85	.87	1.93	.99	-.36	2.33	.93	2.56	1.04	-.84
Depresión	1.27	.58	1.15	.36	1.02	1.6	.87	1.94	1.16	.27
Prob. sat. corp.	2.47	1.18	2.07	1.03	1.62	2.67	1.15	1.72	.89	3.13*
Prob. conc.	1.53	.75	1.41	.8	.74	1.81	.82	1.44	.78	1.65
Dism. int.	1.45	.8	1.56	.8	-.63	1.56	.82	1.61	.78	-.22
Miedo	1.27	.67	1.18	.48	.6	1.42	.82	1.5	.86	-.36
Tristeza	1.38	.7	1.26	.66	.81	1.87	.94	2.83	1.04	-3.59***
Est. salud	3.1	.88	2.7	1.1	2.04*	3.33	1.04	2.83	1.29	1.63

2.3. TABLA PRUEBA "t": ESFP Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=175)		MH (N=44)		"t"	MG (N=17)		MH (N=3)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Vec. médico	1.67	.82	1.79	.95	-.89	1.35	.61	1.67	1.15	-.73
Medicamentos	1.77	1.14	1.91	1.41	-.71	1.59	.87	2	2	-.62
Días cama	.85	1.39	.95	1.57	-.45	.71	1.36	0	0	.88
Días hosp.	.51	1.22	.59	1.39	-.25	.65	1.22	0	0	.9
Ira	1.5	.68	1.59	.76	-.8	1.47	.6	2	1.73	-1.02
Prob. Nervios.	1.88	.89	1.75	.99	.84	1.76	.83	2.33	1.53	-.97
Prob. Memoria	1.97	.9	2.2	1.05	-1.45	1.88	.86	2	1.73	-.19
Depresión	1.35	.67	1.41	.79	-.52	1.29	.77	2.33	1.53	-1.87
Satisf. corp.	2.49	1.19	1.93	.97	2.86**	2.35	1.22	1.67	1.15	.9
Prob. contr.	1.6	.8	1.48	.79	.91	1.41	.79	1	0	1.37
Dism. int.	1.46	.79	1.59	.79	-1.01	1.41	.79	1.67	1.15	-.48
Miedo	1.28	.67	1.34	.74	-.52	1.29	.85	2	1	-1.3
Tristeza	1.51	.79	1.93	1.15	-2.83**	1.35	.7	2.33	1.53	-1.87
Est. salud	3.19	.91	2.75	1.14	2.71**	2.94	.9	3	1.73	-.09

2.4. TABLA PRUEBA "t": ESFP Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=109)		MH (N=24)		"t"	MG (N=61)		MH (N=21)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Vec. médico	1.62	.78	1.87	.99	-1.36	1.59	.82	1.76	.94	-.79
Medicamentos	1.86	1.15	2.12	1.26	-.99	1.54	1.1	1.81	1.6	-.85
Días cama	.87	1.41	.92	1.56	-.14	.84	1.5	.95	1.6	-.3
Días hosp.	.59	1.31	.33	1.13	.88	.51	1.21	.81	1.6	-.9
Ira	1.49	.65	1.67	.92	-1.14	1.52	.74	1.57	.75	-.25
Prob. Nervios.	1.87	.88	2	1.06	-.62	1.8	.85	1.62	.97	.82
Prob. Memoria	2.15	.92	2.46	1.1	-1.45	1.72	.84	1.95	1.02	-1.03
Depresión	1.4	.71	1.58	1.06	-1.02	1.18	.56	1.38	.59	-1.39
Satisf. corp.	2.55	1.14	1.87	.9	2.71**	2.52	1.26	1.9	.99	2.04*
Prob. concentr.	1.7	.82	1.46	.72	1.32	1.41	.72	1.48	.87	-.35
Dism. interés	1.46	.78	1.58	.78	-.71	1.41	.82	1.62	.86	-.99
Miedo	1.33	.73	1.62	.97	-1.67	1.1	.4	1.14	.36	-.45
Tristeza	1.52	.83	2.29	1.23	-3.72***	1.43	.67	1.62	1.02	-.98
Est. salud	3.14	.97	2.96	1.2	.79	3.07	.79	2.62	1.16	1.96*

2.5. TABLA PRUEBA "t": ESFP Rango de Edad

	65-69 AÑOS			70-74 AÑOS			75-79 AÑOS								
	MG(N=37)		MH(N=10)	MG(N=104)		MH(N=19)	MG(N=36)		MH(N=11)						
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"					
V.med.	1.65	.86	1.8	1.03	-.47	1.67	.81	1.58	.9	.46	1.53	.74	2.18	.98	-2.38*
Medic.	1.68	1.23	1.7	1.25	-.05	1.7	1.07	1.53	1.5	.58	1.83	1.06	2.36	1.5	-1.32
Dias.ca.	.49	1.17	.9	1.66	-.9	.87	1.39	1.32	1.89	-1.2	1.06	1.49	.36	.67	1.48
Dias.hos.	.35	1.01	.4	1.26	-.13	.53	1.22	1.05	1.81	-1.58	.81	1.45	.09	.3	1.61
Ira	1.38	.68	2	1.05	-2.26*	1.56	.69	1.63	.83	-.41	1.42	.6	1.45	.69	-.18
Nervi.	1.95	.88	2.5	1.08	-1.68	1.88	.92	1.58	1.02	1.31	1.72	.81	1.64	.92	.3
Memor.	1.86	.79	1.8	1.13	.21	1.91	.86	2.21	1.08	-1.33	2.03	.97	2.73	1.1	-2.03*
Depr.	1.43	.87	2	1.15	-1.71	1.28	.56	1.21	.42	.5	1.39	.73	1.54	1.04	-.56
S.cor.	2.43	1.14	2.4	.84	.08	2.43	1.25	1.84	1.01	1.94	2.61	1.1	1.82	1.08	2.1*
P.con.	1.59	.8	1.8	1.13	-.66	1.57	.77	1.32	.58	1.35	1.56	.77	1.45	.82	.37
Dis.int.	1.49	.84	1.3	.48	.67	1.38	.75	1.47	.77	-.47	1.58	.87	1.82	.87	-.79
Miedo	1.3	.71	1.5	.71	-.69	1.28	.69	1.16	.37	.74	1.22	.64	1.54	1.04	-1.26
Tristeza	1.62	.95	1.8	1.23	-.49	1.42	.71	1.79	1.03	-1.92	1.56	.88	2.18	1.33	-1.83
Est.sal.	3.4	.64	2.4	.84	4.1***	3.06	.96	2.79	1.32	1.05	3.11	.95	3	1	.34

3. PRUEBA "t": APOYO SOCIAL (AS)

3.1. TABLA PRUEBA "t": AS Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=117)		MH (N=29)		"t"	MG (N=75)		MH(N=18)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. Espo.	4.38	1.46	3.82	1.8	1.86	2.63	2.03	1.61	1.5	1.71
V. Hijos	4.1	1.33	4.5	.86	-1.63	4.05	1.32	4.15	1.46	-.25
V. Fami.	3.79	1.26	2.82	1.29	3.94***	3.45	1.19	3.69	1.49	-.64
V. Ami.	4.26	1.11	4.73	.71	-2.33*	3.85	1.12	4.15	1.16	.45
S. Espo.	3.3	1.33	2.35	1.55	3.5***	1.63	1.86	.15	.38	2.83**
S. Hijos	3.39	1.21	3.18	.87	.97	3.43	1.24	2.69	1.18	1.98
S. Fami.	3.32	.91	2.85	1.02	2.55*	3.33	.86	2.69	1.32	2.28
S. Ami.	3.32	.79	3.03	.63	1.93	3.25	.96	2.46	1.33	2.61*

3.2. TABLA PRUEBA "t": AS Estado civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=127)		MH (N=27)		"t"	MG (N=48)		MH (N=18)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. Esposo	4.87	.64	4.81	.79	.42	1.17	1.04	1	0	.68
V. Hijos	4.26	1.13	4.26	1.13	.001	4.25	1.14	4.61	.98	-1.19
V. Familia	3.86	1.21	2.7	1.29	4.44***	3.29	1.13	3.61	1.29	-.98
V. Amigos	4.24	1.02	4.56	.93	-1.46	3.85	1.17	4.56	1.29	-2.11*
S. Esposo	3.74	.52	3	1	5.54***	.25	.98	0	0	1.08
S. Hijos	3.62	.92	3.15	.99	2.39*	3.42	1.2	3	.97	1.32
S. Familia	3.41	.76	2.78	1.01	3.69***	3.12	1.1	3.06	1.06	.23
S. Amigos	3.34	.81	3	.68	2.03*	3.25	.98	2.72	1.18	1.84

3.3. TABLA PRUEBA "t": AS Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=175)		MH (N=44)			MG (N=17)		MH (N=3)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"
V. Esposo	3.81	1.85	3.18	1.98	1.99*	2.53	2.15	3.67	2.3	-.84
V. Hijos	4.39	.87	4.64	.57	-1.8	0	0	0	0	-
V. Familia	3.63	1.22	3.07	1.39	2.68**	3.94	1.43	3	1.73	1.02
V. Amigos	4.12	1.05	4.7	.85	-3.43***	3.94	1.82	2.67	2.08	1.1
S. Esposo	2.75	1.71	1.77	1.68	3.4***	1.59	1.97	1.33	1.53	.21
S. Hijos	3.74	.62	3.23	.68	4.76***	0	0	0	0	-
S. Familia	3.31	.87	2.82	1.08	3.21**	3.41	1.06	2.67	1.53	1.86
S. Amigos	3.29	.86	2.98	.76	2.21*	3.29	.85	1.33	1.53	3.3**

3.4. TABLA PRUEBA "t": AS Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=109)		MH (N=24)			MG (N=61)		MH (N=21)		
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"
V. Esposo	3.35	1.99	2.67	1.95	1.53	4.11	1.72	3.67	1.93	.99
V. Hijos	4.1	1.25	4.29	1.2	-.68	4.05	1.41	4.57	.93	-1.58
V. Familia	3.6	1.21	3.21	1.44	1.37	3.75	1.27	3	1.38	2.29*
V. Amigos	4.07	1.12	4.5	1.25	-1.65	4.26	1.08	4.71	.78	-1.76
S. Esposo	2.3	1.87	1.37	1.69	2.24*	3.05	1.54	2.05	1.6	2.54*
S. Hijos	3.47	1.17	2.96	1.04	1.96	3.28	1.32	3.14	.91	.44
S. Familia	3.33	.97	2.54	1.32	3.36***	3.29	.78	3.14	.73	.78
S. Amigos	3.3	.88	2.67	1.09	3.07**	3.34	.79	3.14	.57	1.07

3.5. TABLA PRUEBA "t": AS Rango de edad

	65-69 AÑOS			70-74 AÑOS			75-79 AÑOS								
	MG(N=37)		MH(N=10)	MG(N=104)		MH(N=19)	MG(N=36)		MH(N=11)						
	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	"t"						
V. Esp.	3.73	1.89	3.8	1.93	-1	3.86	1.85	3.58	1.92	.62	3.75	1.92	3.09	2.02	.98
V. Hij.	4.35	1.16	4	1.63	.77	4.02	1.39	4.58	.61	-1.72	3.94	1.41	4.18	1.25	-.5
V. Fam.	3.76	1.23	2.8	1.4	2.12*	3.76	1.22	2.74	1.37	3.3**	3.33	1.26	3.54	1.29	-.48
V. Ami.	4.05	1.13	4.4	1.07	-.87	4.17	1.37	4.84	.5	-2.52*	3.89	1.21	4.36	1.43	-1.09
S. Esp.	2.73	1.73	2	1.76	1.18	2.77	1.68	2.05	1.68	1.71	2.75	1.78	1.82	1.6	1.55
S. Hij.	3.54	.96	2.8	1.4	1.96	3.33	1.31	3.26	.73	.21	3.39	1.27	2.91	1.14	1.12
S. Fam.	3.32	.75	2.6	1.43	2.2*	3.29	.96	2.63	1.26	2.6*	3.42	.65	3.18	.6	1.07
S. Ami.	3.22	.98	2.9	1.1	.89	3.29	.87	2.95	.7	1.82	3.28	.78	2.82	1.08	1.56

ANEXO B
TABLAS "t" MG-MR

ANEXO B

TABLAS PRUEBAS "t": MUESTRAS EQUIPARADAS
GENERAL- RESIDENCIA

1. PRUEBA "t": COMPETENCIA CONDUCTUAL (AVD Y CIP: HF)

1.1. TABLA PRUEBA "t": AVD Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=77)		MR (N=32)		"t"	MG (N=92)		MR(N=39)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Lava partes	2.62	1.38	2.72	1.14	-.34	2.74	1.23	3.13	1.1	-1.7
Baño o ducha	3.36	.78	3.12	.49	1.61	2.9	1.02	3.13	.57	-1.3
Limp. pelo	3.27	.95	3.03	.54	1.34	3.05	.93	2.85	.49	1.32
Limp. dientes	3.42	.98	2.84	.88	2.86**	3.41	.98	3.56	.5	-.91
Viste solo	3.8	.69	3.91	.39	-.78	3.55	.99	3.95	.22	-2.43*
Viste limpio	3.8	.63	3	.51	6.42***	3.65	.76	3.26	.5	2.98**
Come solo	3.86	.6	3.91	.39	-.43	3.68	.91	3.95	.32	-1.75
Modos mesa	3.54	.98	2.87	1.16	3.08**	3.41	1.07	3.1	1.07	1.52
Medicación	3.3	1.22	2.94	1.22	1.4	3.43	.99	3.41	.99	.13
Va sin prob.	3.7	.78	3.62	.75	.47	3.18	1.04	3.33	.77	-.8
Dice lo que nec.	3.43	1.08	3.56	.72	-.64	2.81	1.24	3.36	.99	-2.43*

1.2. TABLA PRUEBA "t": AVD Estado Civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=90)		MR (N=14)		"t"	MG (N=64)		MR (N=40)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Lava partes	2.68	1.4	3	1.04	-.82	2.69	1.19	3.12	1.14	-1.85
Baño o ducha	3.26	.92	3.07	.62	.72	3	.89	3.17	.55	-1.12
Limp. pelo	3.18	1.02	3	.55	.63	3.14	.79	2.9	.54	1.68
Limp. dientes	3.39	1.03	3.14	.53	.87	3.5	.82	3.42	.78	.46
Viste solo	3.61	1.03	4	0	-1.4	3.75	.62	3.87	.4	-1.14
Viste limpio	3.68	.85	3.14	.53	2.29	3.81	.39	3.17	.55	6.88***
Come solo	3.68	.96	4	0	-1.25	3.87	.45	2.92	.35	-.59
Modos mesa	3.46	1.08	2.86	1.03	1.94*	3.53	.91	3.1	1.15	2.12*
Medicación	3.16	1.29	3.21	1.12	-.16	3.67	.62	3.15	1.14	3.01**
Va sin prob.	3.59	.97	3.29	.82	1.11	3.19	.91	3.52	.78	-1.94*
Dice necesita	3.2	1.33	3.57	.51	-1.03	2.95	1.04	3.4	1.01	-2.15*

1.3. TABLA PRUEBA "t": AVD Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=148)		MR (N=41)		"t"	MG (N=21)		MR (N=30)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Lava partes	2.62	1.33	3	1.19	-1.67	3.14	.96	2.87	1.17	.89
Baño o ducha	3.15	.92	3.12	.56	.18	2.86	1.06	3.13	.51	-1.24
Limp. pelo	3.15	.95	2.95	.54	1.32	3.14	.96	2.9	.48	1.19
Limp. dientes	3.46	.94	3.19	.81	1.64	3.09	1.22	3.3	.75	-.74
Viste solo	3.68	.87	3.9	.37	-1.62	3.62	.92	3.97	.18	-2.02*
Viste limpio	3.75	.67	3.19	.6	4.8***	3.52	.93	3.07	.36	2.49*
Come solo	3.77	.77	3.88	.46	-.85	3.71	.9	4	0	-1.74
Modos mesa	3.49	1.01	2.98	1.13	2.8**	3.38	1.2	3.03	1.1	1.07
Medicación	3.35	1.12	3.29	1.03	.3	3.52	.93	3.07	1.23	1.44
Va sin prob.	3.43	.96	3.49	.81	-.34	3.33	1.02	3.43	.73	-.41
Dice necesita	3.12	1.22	3.37	.99	-1.18	2.9	1.14	3.57	.68	-2.6*

1.4. TABLA PRUEBA "t": AVD Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=112)		MR (N=57)		"t"	MG (N=42)		MR(N=12)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Lava partes	2.76	1.25	2.86	1.16	-.51	2.5	1.38	3.33	.98	-1.94*
Baño o ducha	3.06	.91	3.1	.52	-.33	3.24	.96	3.25	.62	-.04
Limp. pelo	3.16	.88	2.91	.51	1.98*	3.14	1.09	3	.6	.43
Limp. dientes	3.41	.97	3.19	.77	1.47	3.45	.94	3.42	.9	.12
Viste solo	3.69	.82	4	0	-2.88**	3.64	.98	3.58	.69	.2
Viste limpio	3.74	.65	3.14	.51	6.04***	3.74	.7	3.17	.58	2.58**
Come solo	3.74	.8	3.93	.37	-1.68	3.86	.65	3.92	.29	-.31
Modos mesa	3.48	1.01	2.93	1.12	3.25**	3.57	.91	3.25	1.14	1.02
Medicación	3.44	1.01	3.3	1.08	.83	3.29	1.21	2.83	1.27	1.13
Va sin prob.	3.37	.98	3.51	.68	-.92	3.59	.83	3.33	1.07	.9
Dice necesita	3.08	1.19	3.46	.87	-2.12*	3.26	1.19	3.58	.67	-.89

1.5. TABLA PRUEBA "t": AVD Rango de Edad

	65-69 AÑOS			70-74 AÑOS			75-79 AÑOS								
	MG(N=37)		MR(N=11)	MG(N=37)		MR(N=12)	MG(N=49)		MR(N=23)						
	X	D.T.	X	D.T.	X	D.T.	X	D.T.	X	D.T.	"t"				
Lava pa.	2.68	1.4	2.54	1.04	.29	2.38	1.36	2.83	1.11	-1.05	2.82	1.22	3.13	1.13	-1.03
Baño du	3.35	.86	3.09	.7	.92	3.22	.95	3.17	.58	.17	3.24	.78	3.17	.58	.39
Li. pel.	3.24	1.04	3.18	.4	.19	3.27	.87	3.17	.58	.38	3.16	.96	2.87	.46	1.38
Li. die.	3.43	1.07	2.82	1.08	1.67	3.46	.9	2.92	.79	1.86	3.57	.74	3.48	.66	.52
Vis. so.	3.7	.94	3.82	.6	-.38	3.7	.78	4	0	-1.32	3.75	.75	4	0	-1.56
Vis. li.	3.81	.57	3.09	.54	3.72***	3.68	.78	3	.6	2.73**	3.78	.55	3.26	.62	3.5***
Co. so.	3.78	.82	4	0	-.87	3.65	.89	4	0	-1.36	3.92	.45	3.91	.42	.05
Mo. me.	3.49	1.1	3	1.09	1.29	3.32	1.13	2.83	1.11	1.31	3.78	.62	3.3	.97	2.48*
Medic.	3.27	1.17	2.91	1.14	.9	3.11	1.29	3.17	1.19	-.14	3.57	1.02	3.52	.95	.2
Va sin p.	3.73	.65	3.73	.65	.01	3.59	.86	3.67	.65	-.26	3.43	.89	3.58	.66	-.65
Dic. nec.	3.27	1.24	3.45	.69	-.47	3.13	1.25	3.5	.9	-.93	3.16	1.14	3.52	.79	-1.36

1.6. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=77)		MR (N=32)		"t"	MG (N=92)		MR(N=39)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Cuid personal	.97	.16	1	0	-.91	1.15	.55	1	0	1.71
Comer	.96	.19	1	0	-1.13	.99	.28	1	0	-.24
Vestirse	1	.23	1.03	.18	-.69	1.08	.45	1.03	.16	.68
Andar	1	.23	1.19	.47	-2.8**	1.26	.57	1.13	.41	1.31
Levantarse	.97	.16	1.03	.18	-1.65	1.08	.42	1.08	.35	-.01
Lavarse	.97	.16	1.03	.18	-1.65	1.14	.55	1.13	.34	.14
Adm. dinero	1.04	.3	1	0	.73	1.24	.72	1.03	.16	1.84
Teléfono	1.04	.34	1.03	.18	.12	1.06	.49	1.03	.16	.49
Comprar	1.04	.34	1.09	.39	-.73	1.22	.57	1.05	.22	1.76
Otros	.87	.5	1.06	.35	-1.99*	.8	.73	1.03	.16	-1.87

1.7. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Estado Civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=90)		MR (N=14)		"t"	MG (N=64)		MR (N=40)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
Cuid personal	1.04	.42	1	0	.39	1.12	.49	1	0	1.62
Comer	.97	.23	1	0	-.53	.98	.28	1	0	-.35
Vestirse	1.02	.37	1	0	.23	1.06	.39	1.05	.22	.18
Andar	1.07	.39	1.07	.27	-.04	1.28	.58	1.17	.5	.96
Levantarse	1	.3	1	0	0	1.08	.41	1.1	.38	-.27
Lavarse	.99	.28	1	0	-.15	1.16	.57	1.1	.3	.57
Adm. dinero	1.07	.44	1	0	.56	1.23	.71	1.02	.16	1.84
Teléfono	1.06	.43	1	0	.48	.98	.33	1.02	.16	-.72
Comprar	1.01	.32	1	0	.13	1.31	.64	1.12	.4	1.66
Otros	.81	.52	1	0	-1.36	.84	.74	1.07	.35	-1.85

1.8. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=148)		MR (N=41)		"t"	MG (N=21)		MR (N=30)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Cuid. personal	1.07	.43	1	0	1.01	1.09	.44	1	0	1.2
Comer	.97	.26	1	0	-.67	1	0	1	0	-
Vestirse	1.04	.38	1.05	.22	-.13	1.05	.21	1	0	1.2
Andar	1.15	.49	1.15	.48	.1	1.05	.22	1.17	.38	-1.29
Levantarse	1.03	.36	1.05	.22	-.25	1	0	1.07	.36	-.83
Lavarse	1.06	.44	1.05	.22	.17	1.09	.3	1.13	.35	-.41
Adm. dinero	1.11	.54	1	0	1.36	1.38	.74	1.03	.18	2.48*
Teléfono	1.01	.37	1.02	.16	-.18	1.33	.66	1.03	.18	2.38*
Comprar	1.12	.48	1.1	.37	.28	1.24	.54	1.03	.18	1.93*
Otros	.8	.61	1.07	.35	-2.79**	1.09	.77	1	0	.68

1.9. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=112)		MR (N=57)		"t"	MG (N=42)		MR (N=12)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
Cuid. personal	1.11	.49	1	0	1.65	1	.22	1	0	0
Comer	.97	.25	1	0	-.81	.98	.15	1	0	-.53
Vestirse	1.05	.4	1.02	.13	.66	1.02	.27	1.08	.29	-.66
Andar	1.19	.51	1.12	.33	.87	1.05	.31	1.33	.78	-1.94*
Levantarse	1.04	.36	1	0	.92	1	.22	1.33	.65	-2.84**
Lavarse	1.09	.46	1.07	.26	.29	1.02	.35	1.17	.39	-1.22
Adm. dinero	1.18	.62	1	0	2.18*	1.09	.43	1	0	.76
Teléfono	1.08	.49	1.02	.13	.96	1.02	.27	1.08	.29	-.66
Comprar	1.16	.51	1.02	.13	2.07*	1.12	.45	1.25	.62	-.81
Otros	.87	.69	1.05	.29	-1.87	.81	.45	1	0	-1.44

1.10. TABLA PRUEBA "t": CIP: HF Rango Edad

	65-69 AÑOS				70-74 AÑOS				75-79 AÑOS						
	MG(N=37)		MR(N=11)		MG(N=37)		MR(N=12)		MG(N=49)		MR(N=23)				
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	"t"	\bar{X}	D.T.	"t"		
Cuid. pe.	.97	.16	1	0	-.54	1	.33	1	0	0	1.06	.24	1	0	1.21
Comer	.97	.16	1	0	-.54	.97	.29	1	0	-.32	1	.2	1	0	0
Vestir.	.97	.16	1.09	.3	-1.7	1	.33	1	0	0	1.08	.28	1.04	.21	.59
Andar	1	.24	1.09	.3	-1.05	1	.33	1	0	0	1.2	.41	1.13	.34	.75
Levant.	.97	.16	1	0	-.54	.97	.28	1	0	-.32	1.06	.24	1	0	1.21
Lavarse	.97	.16	1	0	-.54	.97	.28	1	0	-.32	1.14	.46	1.08	.29	.54
Adm di.	1.03	.29	1	0	.31	1.05	.47	1	0	.4	1.2	.58	1	0	1.69
Teléfono	1	.24	1	0	0	.97	.29	1	0	-.32	1.08	.28	1.04	.21	.59
Comp.	1.08	.43	1	0	.62	1.03	.37	1	0	.25	1.16	.37	1	0	2.09*
Otros	.86	.42	1	0	-1.06	.92	.59	1.17	.58	-.126	.78	.62	1.04	.21	-2.01*

2. PRUEBA "t": CALIDAD DE VIDA (ESFP)

2.1. TABLA PRUEBA "t": ESFP Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=77)		MR (N=32)		"t"	MG (N=92)		MR(N=39)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. medico	1.56	.77	1.5	.76	.36	1.68	.81	1.97	.9	1.68
Medicament	1.7	1.15	1.31	1.33	1.54	2.04	1.09	2.61	1.41	-2.51*
D. cama	.82	1.36	.62	1.36	.67	1.05	1.46	1.26	1.82	-.67
D. hospital	.61	1.27	.12	.71	2.03*	.52	1.19	.64	1.29	-.51
Ira	1.48	.7	1.62	.83	-.93	1.75	.82	1.59	.78	1.03
Nerviosismo	1.78	.87	1.75	.95	.16	2.23	.94	2.31	1.17	-.41
Memoria	1.78	.74	1.59	.71	1.21	2.23	.95	2.05	1.02	.95
Depresión	1.23	.53	1.44	.76	-1.59	1.77	.88	1.69	.98	.46
Satis. corp.	2.71	1.12	1.69	.86	4.63***	2.3	1.09	1.54	.72	4.04***
Probl. conc.	1.47	.62	1.22	.42	2.08*	2	.95	1.44	.75	3.29**
Dism. interés	1.29	.56	1.62	1.01	-2.25*	2	.96	1.72	.86	1.58
Miedo	1.22	.66	1.28	.58	-.45	1.71	.95	1.56	1.05	.76
Tristeza	1.38	.69	1.97	.86	-3.79***	1.98	.94	2.33	1.11	-1.88
Est. salud	3.14	.82	2.44	1.01	3.8***	3.45	.99	2.95	1.12	2.53*

2.2. TABLA PRUEBA "t": ESFP Estado Civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=90)		MR (N=14)		"t"	MG (N=64)		MR (N=40)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. medico	1.6	.8	2	.88	-1.71	1.69	.77	1.82	.87	-.84
Medicament	1.7	1.14	2.21	1.48	-1.51	2.12	1.05	2.17	1.52	-.2
D. cama	.84	1.33	1.71	2.05	-2.1*	1.27	1.58	.9	1.61	1.14
D. hospital	.66	1.31	.43	1.16	.61	.45	1.1	.57	1.26	-.52
Ira	1.56	.84	1.86	.77	-1.27	1.77	.71	1.4	.67	2.61*
Nerviosismo	1.76	.85	2.43	1.16	-2.61*	2.37	.95	1.92	1.07	2.23*
Memoria	1.91	.91	2	.88	-.34	2.3	.85	1.82	.93	2.66**
Depresión	1.4	.75	1.79	.97	-1.72	1.8	.84	1.4	.84	2.34*
Satis. corp.	2.61	1.13	1.86	.86	2.39*	2.36	1.06	1.52	.75	4.34***
Probl. conc.	1.63	.78	1.57	.76	.28	2.05	.93	1.3	.65	4.43***
Dism. interés	1.49	.78	1.64	.84	-.68	1.98	.97	1.57	.87	2.18
Miedo	1.36	.81	2.14	1.29	-3.09**	1.78	.95	1.2	.65	3.4***
Tristeza	1.54	.91	2.21	1.12	-2.47*	2	.84	2.15	1.05	-.8
Est. salud	3.22	.96	3	1.3	.77	3.45	.94	2.7	1.09	3.73***

2.3. TABLA PRUEBA "t": ESFP Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=148)		MR (N=41)		"t"	MG (N=21)		MR (N=30)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
V. medico	1.62	.79	1.73	.84	-.78	1.67	.8	1.8	.92	-.54
Medicament	1.85	1.11	2.1	1.48	-1.16	2.14	1.19	1.93	1.57	.5
D. cama	1.02	1.46	.98	1.67	.17	.43	.93	.97	1.65	-1.35
D. hosp.	.58	1.24	.54	1.27	.2	.58	1.24	.54	1.27	.2
Ira	1.62	.78	1.49	.78	.97	1.67	.8	1.77	.82	-.43
Nerviosismo	2.01	.94	2.07	1.17	-.38	2.14	.91	2.03	1.03	.39
Memoria	2.07	.9	1.78	.91	1.8	1.71	.72	1.93	.94	-.9
Depresión	1.54	.79	1.46	.81	.55	1.43	.81	1.73	.98	-1.17
Satis. corp.	2.53	1.1	1.61	.83	4.98***	2.19	1.21	1.6	.72	2.18*
Probl. conc.	1.8	.87	1.32	.57	3.33***	1.48	.68	1.37	.72	.55
Dism interés	1.7	.9	1.66	.88	.28	1.48	.68	1.7	.99	-.9
Miedo	1.51	.88	1.46	1.01	.31	1.29	.78	1.4	.67	-.56
Tristeza	1.73	.91	2.15	1.01	-2.53*	1.52	.68	2.2	1.03	-2.63*
Est. salud	3.33	.96	2.68	1.17	3.65***	3.14	.65	2.77	1.01	1.5

2.4. TABLA PRUEBA "t": ESFP Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=112)		MR (N=57)		"t"	MG (N=42)		MR(N=12)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
V. medico	1.62	.76	1.65	.81	-.26	1.59	.8	2.25	.96	-2.39*
Medicament	2.03	1.13	2.1	1.55	-.37	1.52	1.09	1.92	1.31	-1.05
D. cama	1.04	1.41	.81	1.53	.97	.74	1.43	1.92	2.02	-2.29*
D. hosp.	.66	1.3	.32	.97	1.76	.33	1.01	.83	1.59	-1.33
Ira	1.59	.7	1.68	.85	-.77	1.57	.74	1.25	.45	1.43
Nerviosismo	2.03	.91	2.09	1.11	-.38	1.95	.96	1.83	1.19	.36
Memoria	2.12	.87	1.77	.85	2.51*	1.76	.76	2.08	1.08	-1.17
Depresión	1.54	.78	1.6	.84	-.4	1.31	.6	1.33	.89	-.11
Satis. corp.	2.41	1.13	1.67	.81	4.41***	2.79	1.01	1.25	.62	5.02***
Probl. conc.	1.8	.89	1.32	.57	3.76***	1.59	.7	1.25	.45	1.61
Dism. interés	1.71	.9	1.72	.91	-.03	1.48	.67	1.42	.9	.25
Miedo	1.54	.91	1.47	.91	-.48	1.29	.64	6.17	.58	.58
Tristeza	1.7	.85	2.14	.95	-3.09**	1.57	.77	2.25	1.21	-2.35**
Est. salud	3.29	.95	2.74	1.08	3.38***	3.29	.74	2.58	1.24	2.46*

2.5. TABLA PRUEBA "t": ESFP Rango de Edad

	65-69 AÑOS					70-74 AÑOS					75-79 AÑOS				
	MG(N=37)		MR(N=11)			MG(N=37)		MR(N=12)			MG(N=49)		MR(N=23)		
	X	D.T.	X	D.T.	"t"	X	D.T.	X	D.T.	"t"	X	D.T.	X	D.T.	"t"
V.me.	1.62	.72	1.91	.94	-1.08	1.73	.84	1.67	.98	.22	1.63	.8	1.61	.84	.21
Medic.	1.54	1.12	1.18	1.47	.87	1.84	1.21	1.83	1.27	.01	1.84	.94	2.3	1.58	-1.57
D.ca.	.73	1.28	.73	1.62	.01	1	1.47	1.83	1.99	-1.56	.94	1.42	1.35	1.75	-1.06
D.ho.	.27	.84	.38	1.21	-.29	.59	1.23	.83	1.59	-.54	.69	1.39	.35	.93	1.08
Ira	1.65	.89	1.27	.47	1.34	1.7	.74	1.58	.79	.48	1.5	.65	1.91	.99	-2.37*
Nerv.	1.89	.84	1.73	.9	.56	1.89	.84	1.67	1.07	.75	1.96	.89	2.3	1.29	-1.32
Mem.	2.03	.76	1.54	.82	1.81	2.03	.9	1.67	.98	1.18	1.94	.9	1.87	.97	.3
Depre	1.57	.87	1.64	.81	-.23	1.24	.49	1.33	.78	-.47	1.49	.74	1.7	.93	-1.01
S.cor.	2.59	1.09	1.64	.81	2.69**	2.57	1.12	1.83	.94	2.05*	2.55	1.1	1.35	.65	4.8***
P.con.	1.78	.71	1.18	.4	2.66*	1.57	.76	1.33	.65	.95	1.73	.81	1.3	.56	2.3*
D.int.	1.59	.72	1.64	1.12	-.15	1.46	.8	1.42	.67	.17	1.57	.76	1.78	.9	-1.03
Miedo	1.49	.8	1.36	.92	.43	1.43	.87	1.58	.99	-.5	1.41	.79	1.56	.99	-.72
Trist.	1.86	1.01	2.09	1.14	-.64	1.46	.69	1.75	.96	-1.14	1.61	.81	2.35	1.07	-3.2***
E.sal.	3.49	.65	2.73	1.1	2.86**	3.32	1.52	2.42	1.24	2.86**	3.14	.84	3.65	1.11	2.08*

3. PRUEBA "t": APOYO SOCIAL (AS)

3.1. TABLA PRUEBA "t": AS Sexo

	HOMBRES					MUJERES				
	MG (N=77)		MR (N=32)		"t"	MG (N=92)		MR(N=39)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
V. esposo	4.34	1.52	1.87	1.58	7.62***	2.27	1.93	1.61	1.46	1.9
V. hijos	4.01	1.44	2	1.24	6.91***	4.02	1.47	2.36	1.27	6.14***
V. familia	3.86	1.08	2.53	1.07	5.82***	3.5	1.29	2.61	1.09	3.75***
V. amigos	4.29	1.01	4.22	1.34	.28	3.78	1.44	3.56	1.62	.76
S. esposo	3.16	1.4	.75	1.39	8.16***	1.25	1.76	.56	1.25	2.02*
S. hijos	3.1	1.36	1.19	1.4	6.65***	3.16	1.35	1.67	1.53	5.57***
S. familia	3.14	.93	2.53	1.02	3.05**	3.01	.93	2.44	1.02	3.09**
S. amigos	3.18	.85	2.75	.8	2.44*	2.93	1.09	2.44	1.07	2.41*

3.2. TABLA PRUEBA "t": AS Estado Civil

	CASADOS					VIUDOS				
	MG (N=90)		MR (N=14)		"t"	MG (N=64)		MR (N=40)		"t"
	X	D.T.	X	D.T.		X	D.T.	X	D.T.	
V. esposo	4.91	.57	4.36	1.34	2.69**	1.3	1.22	1.1	.63	.94
V. hijos	4.2	1.24	2.5	1.09	4.85***	4.45	1.04	2.52	1.36	8.17***
V. familia	3.81	1.12	1.86	.66	6.34***	3.34	1.25	2.65	1.1	2.88**
V. amigos	4.23	1.02	4.21	1.42	.06	3.64	1.53	3.55	1.58	.29
S. esposo	3.59	.73	2.86	1.17	3.18**	.48	1.3	.12	.65	1.63
S. hijos	3.37	1.1	1.86	1.29	4.68***	3.47	.94	1.77	1.56	6.91***
S. familia	3.06	.94	2.43	.94	2.32*	3.02	.97	2.47	1.09	2.64**
S. amigos	3.13	.9	2.21	1.12	3.43***	2.92	1.14	2.62	.92	1.38

3.3. TABLA PRUEBA "t": AS Hijos

	CON HIJOS					SIN HIJOS				
	MG (N=148)		MR (N=41)		"t"	MG (N=21)		MR (N=30)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. esposo	3.38	2.01	2.17	1.77	3.49***	2.05	1.83	1.13	.73	2.48*
V. hijos	4.45	.88	3.07	.96	8.58***	1	1	1	0	0
V. familia	3.56	1.19	2.26	.87	6.43***	4.38	1.12	3	1.2	4.15***
V. amigos	3.96	1.27	4.05	1.4	-.39	4.38	1.36	3.6	1.67	1.77
S. esposo	2.28	1.84	1.02	1.56	3.97***	1	1.67	.13	.57	2.63*
S. hijos	3.58	.7	2.51	1.05	7.66***	0	0	0	0	-
S. familia	3.03	.95	2.56	1.01	2.75**	3.38	.86	2.37	1.03	3.68***
S. amigos	3.02	1.02	2.68	.91	1.92*	3.24	.77	2.43	1.04	3.01**

3.4. TABLA PRUEBA "t": AS Pensión

	- 60.000PTAS/MES					+ 60.000PTAS/MES				
	MG (N=112)		MR (N=57)		"t"	MG (N=42)		MR(N=12)		"t"
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.		\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	
V. esposo	2.83	2	1.74	1.53	3.62***	3.95	1.86	1.83	1.59	3.58***
V. hijos	4.02	1.43	2.1	1.23	8.61***	4.19	1.29	2.83	1.34	3.18**
V. familia	3.73	1.11	2.51	1.04	6.9***	3.5	1.37	2.58	1.08	2.14*
V. amigos	4	1.27	3.86	1.52	.63	4.26	1.13	4	1.48	.66
S. esposo	1.78	1.89	.63	1.29	4.11***	2.79	1.67	.83	1.53	3.63***
S. hijos	3.12	1.4	1.37	1.45	7.64***	3.29	1.17	2.08	1.56	2.9**
S. familia	3.14	.97	2.39	1.05	4.69***	3.02	.81	2.83	.83	.71
S. amigos	3.05	1.02	2.58	.96	2.91**	3.26	.8	2.75	.75	1.98*

3.5. TABLA PRUEBA "t": AS Rango de Edad

	65-69 AÑOS				70-74 AÑOS				75-79 AÑOS						
	MG(N=37)		MR(N=11)		MG(N=37)		MR(N=12)		MG(N=49)		MR(N=23)				
	X	D.T.	X	D.T.	"t"	X	D.T.	X	D.T.	"t"	X	D.T.	"t"		
V.espos	3.81	1.83	1.82	1.6	3.18**	3.78	1.95	2.75	2.1	1.59	3.14	2.02	1.43	1.2	3.7***
V. hijos	4.24	1.32	2.36	1.43	4.1***	3.89	1.56	2.42	1.24	2.95***	3.88	1.48	2.04	1.26	5.1***
V.famil	3.92	1.16	2.36	1.03	3.9***	3.86	1.06	2.25	.87	4.8***	3.39	1.25	2.58	1.04	2.7**
V.amig	4.38	1.04	.4	1.55	.94	4.19	1.17	4.42	1.16	-.58	3.82	1.33	3.74	1.68	.21
S.espos	2.54	1.71	.82	1.4	3.04**	2.73	1.73	1.42	1.68	2.3*	2.06	1.92	.43	1.16	3.8***
S.hijos	3.4	1.12	1.36	1.43	4.9***	3.03	1.54	1.67	1.15	2.81**	3.14	1.39	1.35	1.44	5.1***
S.famil	3.22	.79	2.45	.82	2.8**	3.16	.87	2.17	.94	3.39**	3.08	.86	2.52	1.04	2.4*
S.amig	3.19	.81	2.64	1.03	1.87	3.22	.92	2.58	.67	2.2*	2.98	.95	2.61	.94	1.5

ANEXO C
TABLAS " χ^2 " MG

ANEXO C

1. TABLA DE CONTINGENCIAS : MUESTRA GENERAL

**CUESTIONARIO DEL NIVEL DE
ACTIVIDAD/SEXO
LEER UN PERIODICO O LIBRO**

GL :	2
TOTAL χ^2	48.455
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	.73%	77.66%	21.61%	100%
MUJERES	.67%	51.88%	47.45%	100%
TOTALES	.69%	61.6%	37.71%	100%

ESCRIBIR

GL :	2
TOTAL χ^2	6.355
Probabilidad	.0417

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	2.2%	27.11%	70.7%	100%
MUJERES	1.11%	20.18%	78.71%	100%
TOTALES	1.52%	22.79%	75.69%	100%

COSER, BORDAR O HACER PUNTO

GL :	2
TOTAL χ^2	341.669
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	4.03%	4.76%	91.21%	100%
MUJERES	.89%	75.61%	23.5%	100%
TOTALES	2.07%	48.9%	49.03%	100%

JUEGOS DE MESA

GL :	2
TOTAL χ^2	18.87
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	1.47%	56.04%	42.49%	100%
MUJERES	1.77%	39.47%	58.76%	100%
TOTALES	1.66%	45.72%	52.62%	100%

JUEGOS DE AZAR

GL :	2
TOTAL χ^2	9.218
Probabilidad	.01

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	2.56%	16.48%	80.95%	100%
MUJERES	1.11%	9.98%	88.91%	100%
TOTALES	1.66%	12.43%	85.91%	100%

HACER MANUALIDADES

GL :	2
TOTAL χ^2	19.37
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	1.47%	30.4%	68.13%	100%
MUJERES	1.11%	16.63%	82.26%	100%
TOTALES	1.24%	21.82%	76.93%	100%

JARDINERIA

GL :	2
TOTAL χ^2	22.682
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	1.1%	56.78%	42.12%	100%
MUJERES	.89%	73.84%	25.28%	100%
TOTALES	.97%	67.4%	31.63%	100%

SALIR A LA CALLE

GL :	2
TOTAL χ^2	6.129
Probabilidad	.0467

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	.73%	96.34%	2.93%	100%
MUJERES	.67%	92.02%	7.32%	100%
TOTALES	.69%	93.65%	5.66%	100%

DAR UN PASEO

GL :	2
TOTAL χ^2	18.763
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	.37%	95.97%	3.66%	100%
MUJERES	.44%	86.03%	13.53%	100%
TOTALES	.41%	89.78%	9.81%	100%

GUISAR

GL :	2
TOTAL χ^2	308.305
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	1.47%	32.6%	65.93%	100%
MUJERES	1.11%	93.35%	5.54%	100%
TOTALES	1.24%	70.44%	28.31%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD/EDAD

OIR MUSICA

GL :	8
TOTAL χ^2	16.452
Probabilidad	.0363

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.28%	65.19%	34.53%	100%
70-74	.49%	66.02%	33.5%	100%
75-79	2.04%	52.04%	45.92%	100%
TOTALES	.69%	62.57%	39.74%	100%

LEER UN PERIODICO O LIBRO

GL :	8
TOTAL χ^2	15.844
Probabilidad	.0447

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.28%	65.19%	34.53%	100%
70-74	.97%	63.11%	35.92%	100%
75-79	1.02%	57.14%	41.84%	100%
TOTALES	.69%	61.6%	37.71%	100%

SALIR A LA CALLE

GL :	8
TOTAL χ^2	43.193
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.28%	96.96%	2.76%	100%
70-74	.49%	94.17%	5.34%	100%
75-79	2.04%	90.82%	7.14%	100%
TOTALES	.69%	93.65	5.66%	100%

DAR UN PASEO

GL :	8
TOTAL χ^2	25.835
Probabilidad	.0011

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	0%	92.82%	7.18%	100%
70-74	.49%	91.75%	7.77%	100%
75-79	1.02%	81.63%	17.35%	100%
TOTALES	.41%	89.78%	9.81%	100%

*CUESTIONARIO DEL NIVEL DE
ACTIVIDAD/ESTADO CIVIL
COSER, BORDAR O HACER PUNTO*

GL :	2
TOTAL χ^2	44.597
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	2.94%	40.05%	57.01%	100%
VIUDOS	.88%	67.11%	32.02%	100%
TOTALES	2.24%	49.25%	48.51%	100%

JUEGOS MESA

GL :	2
TOTAL χ^2	6.65
Probabilidad	.036

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	2.26%	48.42%	49.32%	100%
VIUDOS	.44%	41.67%	57.89%	100%
TOTALES	1.64%	46.12%	52.24%	100%

HACER MANUALIDADES

GL :	2
TOTAL χ^2	15.384
Probabilidad	.0005

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	1.58%	25.34%	73.08%	100%
VIUDOS	.88%	12.72%	86.4%	100%
TOTALES	1.34%	21.04%	77.61%	100%

DAR UN PASEO

GL :	2
TOTAL χ^2	7.671
Probabilidad	.0216

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	.68%	91.4%	7.92%	100%
VIUDOS	0%	85.96%	14.04%	100%
TOTALES	.45%	89.55%	10%	100%

GUISAR

GL :	2
TOTAL χ^2	53.846
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	1.58%	60.86%	37.56%	100%
VIUDOS	.88%	88.16%	10.96%	100%
TOTALES	1.34%	70.15%	28.51%	100%

SALIR A LA CALLE

GL :	8
TOTAL χ^2	43.193
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.28%	96.96%	2.76%	100%
70-74	.49%	94.17%	5.34%	100%
75-79	2.04%	90.82%	7.14%	100%
TOTALES	.69%	93.65	5.66%	100%

DAR UN PASEO

GL :	8
TOTAL χ^2	25.835
Probabilidad	.0011

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	0%	92.82%	7.18%	100%
70-74	.49%	91.75%	7.77%	100%
75-79	1.02%	81.63%	17.35%	100%
TOTALES	.41%	89.78%	9.81%	100%

**CUESTIONARIO DEL NIVEL DE
ACTIVIDAD/ESTADO CIVIL
COSER, BORDAR O HACER PUNTO**

GL :	2
TOTAL χ^2	44.597
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	2.94%	40.05%	57.01%	100%
VIUDOS	.88%	67.11%	32.02%	100%
TOTALES	2.24%	49.25%	48.51%	100%

JUEGOS MESA

GL :	2
TOTAL χ^2	6.65
Probabilidad	.036

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	2.26%	48.42%	49.32%	100%
VIUDOS	.44%	41.67%	57.89%	100%
TOTALES	1.64%	46.12%	52.24%	100%

HACER MANUALIDADES

GL :	2
TOTAL χ^2	15.384
Probabilidad	.0005

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	1.58%	25.34%	73.08%	100%
VIUDOS	.88%	12.72%	86.4%	100%
TOTALES	1.34%	21.04%	77.61%	100%

DAR UN PASEO

GL :	2
TOTAL χ^2	7.671
Probabilidad	.0216

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	.68%	91.4%	7.92%	100%
VIUDOS	0%	85.96%	14.04%	100%
TOTALES	.45%	89.55%	10%	100%

GUISAR

GL :	2
TOTAL χ^2	53.846
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	1.58%	60.86%	37.56%	100%
VIUDOS	.88%	88.16%	10.96%	100%
TOTALES	1.34%	70.15%	28.51%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD/HIJOS

OIR MUSICA

GL :	2
TOTAL χ^2	7.503
Probabilidad	.0235

	NC	SI	NO	TOTALES
C/HIJOS	.77%	60.9%	38.33%	100%
S/HIJOS	0%	76.62%	23.38%	100%
TOTALES	.69%	62.57%	36.74%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD/PENSION

VER T.V.

GL :	4
TOTAL χ^2	10.229
Probabilidad	.0367

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	2.24%	90.3%	7.46%	100%
-60.000 Ptas	0%	93.53%	6.47%	100%
+60.000 Ptas	1.16%	89.02%	9.83%	100%
TOTALES	.69%	91.85%	7.46%	100%

OIR MUSICA

GL :	4
TOTAL χ^2	13.797
Probabilidad	.008

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	54.48%	44.03%	100%
-60000 Ptas.	0%	62.59%	37.41%	100%
+60000 Ptas.	1.73%	68.79%	29.48%	100%
TOTALES	.69%	62.57%	36.74%	100%

LEER UN PERIODICO O LIBRO

GL :	4
TOTAL χ^2	20.826
Probabilidad	.0003

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	52.24%	46.27%	100%
-60000 Ptas.	.48%	58.99%	40.53%	100%
+60000 Ptas.	.58%	75.14%	24.28%	100%
TOTALES	.69%	61.6%	37.71%	100%

ESCRIBIR

GL :	4
TOTAL χ^2	24.27
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	18.66%	79.85%	100%
-60000 Ptas	.96%	18.94%	80.1%	100%
+60000 Ptas	2.89%	35.26%	61.85%	100%
TOTALES	1.52%	22.79%	75.69%	100%

COSER, BORDAR O HACER PUNTO

GL :	4
TOTAL χ^2	100.713
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	78.36%	20.15%	100%
-60000 Ptas	1.2%	50.6%	48.2%	100%
+60000 Ptas	4.62%	21.97%	73.41%	100%
TOTALES	2.07%	48.9%	49.03%	100%

JUEGOS DE AZAR

GL :	4
TOTAL χ^2	17.476
Probabilidad	.0016

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	2.24%	5.97%	91.79%	100%
-60000 Ptas	.72%	11.99%	87.29%	100%
+60000 Ptas	3.47%	18.5%	78.03%	100%
TOTALES	1.66%	12.43%	85.91%	100%

HACER MANUALIDADES

GL :	4
TOTAL χ^2	43.964
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	2.24%	16.42%	81.34%	100%
-60000 Ptas	.48%	16.55%	82.97%	100%
+60000 Ptas	2.31%	38.73%	58.96%	100%
TOTALES	1.24%	21.82%	76.93%	100%

JARDINERIA

GL :	4
TOTAL χ^2	18.714
Probabilidad	.0009

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	2.24%	73.13%	24.63%	100%
-60000 Ptas	.48%	70.5%	29.02%	100%
+60000 Ptas	1.16%	55.49%	43.35%	100%
TOTALES	.97%	67.4%	31.63%	100%

DAR UN PASEO

GL :	4
TOTAL χ^2	9.768
Probabilidad	.0445

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	87.31%	11.19%	100%
-60000 Ptas	0%	88.97%	11.03%	100%
+60000 Ptas	.58%	93.64%	5.78%	100%
TOTALES	.41%	89.78%	9.81%	100%

GUISAR

GL :	4
TOTAL χ^2	77.825
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	2.24%	93.28%	4.48%	100%
-60000 Ptas	.48%	71.94%	27.58%	100%
+60000 Ptas	2.31%	49.13%	48.55%	100%
TOTALES	1.24%	70.44%	28.31%	100%

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/EDAD

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y BALNEARIOS

GL :	8
TOTAL χ²	17.188
Probabilidad	.0282

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	6.63%	90.61%	2.76%	100%
70-74	3.4%	93.2%	3.4%	100%
75-79	7.14%	86.73%	6.12%	100%
TOTALES	5.39%	90%	4.14%	100%

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/HIJOS

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS

GL :	2
TOTAL χ²	8.011
Probabilidad	.0182

	NC	SI	NO	TOTALES
C/HIJOS	8.66%	84.54%	6.8%	100%
S/HIJOS	10.39%	74.03%	15.58%	100%
TOTALES	8.84%	83.43%	7.73%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION

GL :	2
TOTAL χ²	6.831
Probabilidad	.0329

	NC	SI	NO	TOTALES
C/HIJOS	11.75%	82.84%	5.41%	100%
S/HIJOS	11.69%	75.32%	12.99%	100%
TOTALES	11.74%	82.04%	6.22%	100%

OTROS SERVICIOS

GL :	2
TOTAL χ²	8.963
Probabilidad	.0113

	NC	SI	NO	TOTALES
C/HIJOS	28.59%	64.61%	6.8%	100%
S/HIJOS	32.47%	51.95%	15.58%	100%
TOTALES	29.01%	63.26%	7.73%	100%

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/PENSION

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS

GL :	4
TOTAL χ²	12.504
Probabilidad	.014

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	12.69%	73.88%	13.43%	100%
-60000 Ptas	7.19%	86.33%	6.47%	100%
+60000 Ptas	9.83%	83.82%	6.36%	100%
TOTALES	8.84%	83.43%	7.73%	100%

INCREMENTO DE LAS PENSIONES

GL :	4
TOTAL χ²	10.728
Probabilidad	.0298

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	10.45%	82.09%	7.46%	100%
-60000 Ptas	7.19%	90.41%	2.4%	100%
+60000 Ptas	8.67%	89.02%	2.31%	100%
TOTALES	8.15%	88.54%	3.31%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)/SEXO**

DIFICULTAD PARA ANDAR

GL :	2
TOTAL χ^2	22.786
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	0%	23.44%	76.56%	100%
MUJERES	.44%	40.13%	59.42%	100%
TOTALES	.28%	33.84%	65.88%	100%

DIFICULTAD PARA HABLAR

GL :	2
TOTAL χ^2	8.007
Probabilidad	.0182

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	0%	7.69%	92.31%	100%
MUJERES	.44%	3.33%	96.23%	100%
TOTALES	.28%	4.97%	94.75%	100%

REUMA

GL :	2
TOTAL χ^2	8.506
Probabilidad	.0142

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	0%	48.72%	51.28%	100%
MUJERES	.44%	58.76%	40.8%	100%
TOTALES	.28%	54.97%	44.75%	100%

ARTROSIS

GL :	2
TOTAL χ^2	34.135
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	0%	56.78%	43.22%	100%
MUJERES	.44%	76.72%	22.84%	100%
TOTALES	.28%	69.2%	30.52%	100%

CIRCULACION

GL :	2
TOTAL χ^2	37.178
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	0%	35.9%	64.1%	100%
MUJERES	.67%	58.31%	41.02%	100%
TOTALES	.41%	49.86%	49.72%	100%

APARATO URINARIO

GL :	2
TOTAL χ^2	27.719
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
HOMBRES	0%	29.67%	70.33%	100%
MUJERES	.67%	13.97%	85.37%	100%
TOTALES	.41%	19.89%	79.7%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.F.P)/EDAD

DIFICULTAD PARA ANDAR

GL :	8
TOTAL χ^2	27.406
Probabilidad	.0006

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	0%	33.43%	66.57%	100%
70-74	.49%	26.7%	72.82%	100%
75-79	0%	37.76%	62.24%	100%
TOTALES	.28%	33.84%	39.47%	100%

DIFICULTAD PARA OIR

GL :	8
TOTAL χ^2	37.785
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.28%	24.31%	75.41%	100%
70-74	.49%	28.64%	70.87%	100%
75-79	0%	35.71%	64.29%	100%
TOTALES	.41%	29.7%	69.89%	100%

DIFICULTAD PARA VER

GL :	8
TOTAL χ^2	21.157
Probabilidad	.0067

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.0%	37.85%	62.15%	100%
70-74	.49%	37.86%	61.65%	100%
75-79	0%	41.84%	58.16%	100%
TOTALES	.28%	40.19%	59.53%	100%

ARTROSIS

GL :	8
TOTAL χ^2	15.598
Probabilidad	.0485

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.0%	72.93%	27.07%	100%
70-74	.49%	65.05%	34.47%	100%
75-79	0%	63.27%	36.73%	100%
TOTALES	.28%	69.2%	30.52%	100%

CORAZON

GL :	8
TOTAL χ^2	18.438
Probabilidad	.0182

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.0%	13.54%	86.46%	100%
70-74	.49%	21.36%	78.16%	100%
75-79	0%	20.41%	79.59%	100%
TOTALES	.28%	17.4%	82.32%	100%

APARATO DIGESTIVO

GL :	2
TOTAL χ^2	27.719
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
65-69	.0%	27.62%	72.38%	100%
70-74	.97%	21.36%	77.67%	100%
75-79	0%	20.41%	79.59%	100%
TOTALES	.41%	25.83%	73.76%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)/ESTADO CIVIL**

DIFICULTAD PARA ANDAR

GL :	2
TOTAL χ^2	6.136
Probabilidad	.0465

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	.45%	31.45%	68.1%	100%
VIUDOS	.0%	40.35%	59.65%	100%
TOTALES	.3%	34.48%	65.22%	100%

DIFICULTAD PARA OIR

GL :	2
TOTAL χ^2	8.797
Probabilidad	.0123

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	.68%	25.79%	73.53%	100%
VIUDOS	.0%	35.96%	64.04%	100%
TOTALES	.45%	29.25%	70.3%	100%

CIRCULACION

GL :	2
TOTAL χ^2	25.129
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	.45%	42.76%	56.79%	100%
VIUDOS	.44%	63.16%	36.4%	100%
TOTALES	.45%	49.7%	49.85%	100%

APARATO URINARIO

GL :	2
TOTAL χ^2	10.13
Probabilidad	.0063

	NC	SI	NO	TOTALES
CASADOS	.45%	23.53%	76.02%	100%
VIUDOS	.44%	13.16%	86.4%	100%
TOTALES	.45%	20%	79.55%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)/HIJOS**

DIABETES

GL :	2
TOTAL χ^2	7.242
Probabilidad	.0268

	NC	SI	NO	TOTALES
C/HIJOS	.31%	12.83%	86.86%	100%
S/HIJOS	0%	2.6%	97.4%	100%
TOTALES	.28%	11.47%	87.98%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)PENSION**

DIFICULTAD PARA ANDAR

GL :	4
TOTAL χ^2	26.712
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	45.52%	52.99%	100%
-60000 Ptas	0%	34.53%	65.47%	100%
+60000 Ptas	0%	23.12%	76.88%	100%
TOTALES	.28%	33.84%	65.88%	100%

DIFICULTAD PARA OIR

GL :	4
TOTAL χ^2	20.327
Probabilidad	.0004

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	2.24%	20.15%	77.61%	100%
-60000 Ptas	0%	32.85%	67.15%	100%
+60000 Ptas	0%	29.48%	70.52%	100%
TOTALES	.41%	29.7%	69.89%	100%

DIFICULTAD PARA VER

GL :	4
TOTAL χ^2	11.782
Probabilidad	.0191

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	37.31%	61.19%	100%
-60000 Ptas	0%	42.93%	57.07%	100%
+60000 Ptas	0%	35.84%	64.16%	100%
TOTALES	.28%	40.19%	59.53%	100%

DIFICULTAD PARA HABLAR

GL :	4
TOTAL χ^2	16.712
Probabilidad	.0022

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	.75%	97.76%	100%
-60000 Ptas	0%	6.71%	93.29%	100%
+60000 Ptas	0%	4.05%	95.95%	100%
TOTALES	.28%	4.97%	94.75%	100%

REUMA

GL :	4
TOTAL χ^2	18.068
Probabilidad	.0012

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	64.93%	33.58%	100%
-60000 Ptas	0%	54.44%	45.56%	100%
+60000 Ptas	0%	48.55%	51.45%	100%
TOTALES	.28%	54.97%	44.75%	100%

TENSION ALTA

GL :	4
TOTAL χ^2	10.107
Probabilidad	.0387

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	36.57%	61.94%	100%
-60000 Ptas	0%	31.89%	68.11%	100%
+60000 Ptas	0%	34.1%	65.9%	100%
TOTALES	.28%	33.29%	66.4%	100%

ARTROSIS

GL :	4
TOTAL χ^2	14.242
Probabilidad	.0066

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	73.88%	24.63%	100%
-60000 Ptas	0%	70.26%	29.74%	100%
+60000 Ptas	0%	63.01%	36.99%	100%
TOTALES	.28%	69.2%	30.52%	100%

APARATO URINARIO

GL :	4
TOTAL χ^2	15.531
Probabilidad	.0037

	NC	SI	NO	TOTALES
NC	1.49%	11.94%	86.57%	100%
-60000 Ptas	.24%	19.42%	80.34%	100%
+60000 Ptas	0%	27.17%	72.83%	100%
TOTALES	.41%	19.89%	79.7%	100%

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) : TIPO DE APOYO/SEXO

RELACION CON ESPOSO/A

GL :	3
TOTAL χ^2	125.094
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
HOMBRES	12.09%	83.15%	2.56%	2.2%	100%
MUJERES	50.33%	42.35%	1.33%	5.99%	100%
TOTALES	35.91%	57.73%	1.8%	4.56%	100%

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) : TIPO DE APOYO/EDAD

RELACION CON ESPOSO/A

GL :	12
TOTAL χ^2	48.324
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
65-69	27.35%	64.64%	2.49%	5.52%	100%
70-74	37.86%	56.31%	1.46%	4.37%	100%
75-79	44.9%	51.02%	1.02%	3.06%	100%
TOTALES	35.91%	57.73%	1.8%	4.56%	100%

RELACION CON HIJOS

GL :	12
TOTAL χ^2	41.337
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
65-69	12.15%	82.32%	2.76%	2.76%	100%
70-74	9.71%	83.01%	3.88%	3.4%	100%
75-79	17.35%	79.59%	1.02%	2.04%	100%
TOTALES	12.29%	81.22%	2.9%	3.59%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/ESTADO CIVIL**

RELACION CON ESPOSO/A

GL :	3
TOTAL χ^2	579.898
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
CASADOS	.9%	89.82%	2.04%	7.24%	100%
VIUDOS	92.54%	7.46%	0%	0%	100%
TOTALES	32.09%	61.79%	1.34%	4.78%	100%

RELACION CON FAMILIA

GL :	3
TOTAL χ^2	16.977
Probabilidad	.0099

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
CASADOS	1.81%	94.12%	3.17%	.9%	100%
VIUDOS	7.89%	89.47%	1.32%	1.32%	100%
TOTALES	3.88%	92.54%	2.54%	1.04%	100%

RELACION CON AMIGOS

GL :	3
TOTAL χ^2	16.01
Probabilidad	.0011

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
CASADOS	2.66%	93.67%	3.39%	.68%	100%
VIUDOS	8.33%	89.91%	1.75%	0%	100%
TOTALES	4.33%	92.39%	2.84%	.45%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/HIJOS**

RELACION CON ESPOSO

GL :	3
TOTAL χ^2	11.359
Probabilidad	.0099

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
C/HIJOS	33.85%	59.51%	1.85%	4.79%	100%
S/HIJOS	53.25%	42.86%	1.3%	2.6%	100%
TOTALES	35.91%	57.73%	1.8%	4.56%	100%

RELACION CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	561.372
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
C/HIJOS	2.32%	90.42%	3.25%	4.02%	100%
S/HIJOS	96.1%	3.9%	0%	0%	100%
TOTALES	12.29%	81.22%	2.9%	3.59%	100%

RELACION CON FAMILIA

GL :	3
TOTAL χ^2	10.427
Probabilidad	.0153

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
C/HIJOS	3.71%	92.89%	2.32%	1.08%	100%
S/HIJOS	6.49%	83.12%	7.79%	2.6%	100%
TOTALES	4.01%	91.85%	2.9%	1.24%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/PENSION**

RELACION CON ESPOSO/A

GL :	6
TOTAL χ^2	97.194
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
NC	9.71%	74.63%	1.49%	14.18%	100%
-60.000 Ptas	47.48%	48.44%	1.2%	2.88%	100%
+60.000 Ptas	28.32%	67.05%	3.47%	1.16%	100%
TOTALES	35.91%	91.85%	1.8%	4.56%	100%

ANEXO C
TABLAS " χ^2 " MG-MH

ANEXO C

2. TABLA DE CONTINGENCIAS : MUESTRAS EQUIPARADAS
GENERAL (MG) -HOGAR DEL PENSIONISTA (MH)

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (NA)/SEXO

LEER UN PERIODICO O
LIBRO/HOMBRES

GL :	2
TOTAL χ^2	10.898
Probabilidad	.0043

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	.85%	77.78%	21.37%	100%
MH	0%	50%	50%	100%
TOTALES	.66%	71.52%	27.81%	100%

JUEGOS AZAR/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	9.576
Probabilidad	.0083

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.67%	8%	89.33%	100%
MH	0%	38.46%	61.54%	100%
TOTALES	2.27%	12.5%	85.23%	100%

GUISAR/MUJERES

GL :	1
TOTAL χ^2	13.773
Probabilidad	.0002

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	97.33%	2.67%	100%
MH	0%	69.23%	30.77%	100%
TOTALES	0%	93.18%	6.82%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE
ACTIVIDAD (NA)/E. CIVIL

JUEGOS AZAR/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	16.833
Probabilidad	.0002

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.08%	2.08%	95.83%	100%
MH	0%	38.89%	61.11%	100%
TOTALES	1.52%	12.12%	86.36%	100%

GUISAR/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	7.134
Probabilidad	.0076

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	89.58%	10.42%	100%
MH	0%	61.11%	38.89%	100%
TOTALES	0%	81.82%	18.18%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE
ACTIVIDAD(NA)/EDAD

JUEGOS AZAR/ 65-69 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	5.944
Probabilidad	.0146

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	12.5%	87.5%	100%
MH	0%	45.45%	54.55%	100%
TOTALES	0%	19.61%	80.39%	100%

HACER MANUALIDADES/ 65-69 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	3.857
Probabilidad	.0495

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	27.5%	72.5%	100%
MH	0%	0%	100%	100%
TOTALES	0%	21.57%	78.43%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (NA)/HIJOS

JUEGOS AZAR/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	9.426
Probabilidad	.009

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.29%	13.14%	84.57%	100%
MH	0%	31.82%	68.18%	100%
TOTALES	1.83%	16.89%	81.28%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (NA)/PENSION

VER T.V./-60.000 PTAS. MES

GL :	1
TOTAL χ^2	4.338
Probabilidad	.0373

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	97.25%	2.75%	100%
MH	0%	87.5%	12.5%	100%
TOTALES	0%	95.49%	4.51%	100%

JUEGOS AZAR/-60.000 PTAS. MES

GL :	1
TOTAL χ^2	5.296
Probabilidad	.0214

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	11.01%	88.99%	100%
MH	0%	29.17%	70.83%	100%
TOTALES	0%	14.29%	85.71%	100%

OIR MUSICA/+60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	6.549
Probabilidad	.0378

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.64%	75.41%	22.95%	100%
MH	0%	47.62%	52.38%	100%
TOTALES	1.22%	68.29%	30.49%	100%

HACER MANUALIDADES/+60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	7.413
Probabilidad	.0246

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.92%	42.62%	52.46%	100%
MH	0%	14.29%	85.71%	100%
TOTALES	3.66%	35.37%	60.98%	100%

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/SEXO

INCREMENTO DE LAS PENSIONES/HOMBRES

GL :	2
TOTAL χ^2	7.239
Probabilidad	.0268

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	9.4%	88.89%	1.71%	100%
MH	0%	91.18%	8.82%	100%
TOTALES	7.28%	89.4%	3.31%	100%

OTROS SERVICIOS/HOMBRES

GL :	2
TOTAL χ^2	92.891
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	19.66%	73.5%	6.84%	100%
MH	0%	11.76%	88.24%	100%
TOTALES	15.23%	59.6%	25.17%	100%

OTROS SERVICIOS /MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	41.955
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	32%	60%	8%	100%
MH	0%	15.38%	84.62%	100%
TOTALES	27.27%	53.41%	19.32%	100%

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/EDAD

OTROS SERVICIOS/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	26.721
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	27.5%	65%	7.5%	100%
MH	0%	18.18%	81.82%	100%
TOTALES	21.57%	54.9%	23.53%	100%

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS/70-74 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.995
Probabilidad	.0303

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	7.69%	89.42%	2.88%	100%
MH	0%	84.21%	15.79%	100%
TOTALES	6.5%	88.62%	4.88%	100%

OTROS SERVICIOS/70-74 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	71.77
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	25%	70.19%	4.81%	100%
MH	0%	15.79%	84.21%	100%
TOTALES	21.14%	61.79%	17.07%	100%

INCREMENTO DE LAS
PENSIONES/75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	8.091
Probabilidad	.0175

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	13.89%	86.11%	0%	100%
MH	0%	81.82%	18.18%	100%
TOTALES	10.64%	85.11%	4.26%	100%

OTROS SERVICIOS/75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	20.757
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	25%	58.33%	16.67%	100%
MH	0%	9.09%	90.91%	100%
TOTALES	19.15%	46.81%	34.04%	100%

*CUESTIONARIO DE EVALUACION DE
SERVICIOS GENERALES PARA LA
TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/E.CIVIL*VACACIONES EN RESIDENCIAS Y
BALNEARIOS/CASADOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.068
Probabilidad	.0481

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	5.51%	90.55%	3.94%	100%
MH	0%	85.19%	14.81%	100%
TOTALES	4.55%	89.61%	5.84%	100%

OTROS SERVICIOS/CASADOS

GL :	2
TOTAL χ^2	73.79
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	25.2%	66.93%	7.87%	100%
MH	0%	18.52%	81.48%	100%
TOTALES	20.78%	58.44%	20.78%	100%

APOYO ECONOMICO A LA
FAMILIA/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	12.035
Probabilidad	.0024

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	12.5%	85.42%	2.08%	100%
MH	0%	72.22%	27.78%	100%
TOTALES	9.09%	81.82%	9.09%	100%

HOSPITALES DE DIA EN REGIMEN
EXTERNO/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.495
Probabilidad	.0389

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	10.42%	87.5%	2.08%	100%
MH	0%	83.33%	16.67%	100%
TOTALES	7.58%	86.36%	6.06%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO
DOMICILIO/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.495
Probabilidad	.0389

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	10.42%	87.5%	2.08%	100%
MH	0%	83.33%	16.67%	100%
TOTALES	7.58%	86.36%	6.06%	100%

INCREMENTO DE LAS
PENSIONES/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.209
Probabilidad	.0272

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	10.42%	89.58%	0%	100%
MH	0%	88.89%	11.11%	100%
TOTALES	7.58%	89.39%	3.03%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.34
Probabilidad	.042

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	8.33%	87.5%	4.17%	100%
MH	0%	77.78%	22.22%	100%
TOTALES	6.06%	84.85%	9.09%	100%

OTROS SERVICIOS/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	48.255
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	27.08%	66.67%	6.25%	100%
MH	0%	5.56%	94.44%	100%
TOTALES	619.7%	50%	30.3%	100%

*CUESTIONARIO DE EVALUACION DE
SERVICIOS GENERALES PARA LA
TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/ HIJOS*

RESIDENCIA PARA PERSONAS
INVALIDAS/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.096
Probabilidad	.0288

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	8.57%	85.71%	5.71%	100%
MH	0%	100%	0%	100%
TOTALES	6.85%	88.58%	4.57%	100%

HOSPITALES DE DIA EN REGIMEN
EXTERNO/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.237
Probabilidad	.0442

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	12%	84%	4%	100%
MH	0%	93.18%	6.82%	100%
TOTALES	9.59%	85.84%	4.57%	100%

INCREMENTO DE LAS PENSIONES/CON
HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.916
Probabilidad	.0191

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	10.29%	86.86%	2.86%	100%
MH	0%	90.91%	9.09%	100%
TOTALES	8.22%	87.67%	4.11%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION/CON
HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.27
Probabilidad	.0264

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	11.43%	83.43%	5.14%	100%
MH	0%	88.64%	11.36%	100%
TOTALES	9.13%	84.47%	6.39%	100%

OTROS SERVICIOS/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	131.945
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	24.57%	68.57%	6.86%	100%
MH	0%	11.36%	88.64%	100%
TOTALES	19.63%	57.08%	23.29%	100%

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	7.389
Probabilidad	.0066

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	94.12%	5.88%	100%
MH	0%	33.33%	66.67%	100%
TOTALES	0%	85%	15%	100%

INCREMENTO DE LAS PENSIONES/SIN HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.159
Probabilidad	.046

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	11.76%	88.24%	0%	100%
MH	0%	66.67%	33.33%	100%
TOTALES	10%	85%	5%	100%

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/ PENSION

ASISTENCIA EN EL PROPIO DOMICILIO/-60.000 PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	8.158
Probabilidad	.0169

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	9.17%	88.99%	1.83%	100%
MH	0%	87.5%	12.5%	100%
TOTALES	7.52%	88.72%	3.76%	100%

INCREMENTO DE LAS PENSIONES/-60.000 PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	8.158
Probabilidad	.0169

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	9.17%	88.99%	1.83%	100%
MH	0%	87.5%	12.5%	100%
TOTALES	7.52%	88.72%	3.76%	100%

OTROS SERVICIOS/-60.000 PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	72.179
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	20.18%	73.39%	6.42%	100%
MH	0%	16.67%	83.33%	100%
TOTALES	16.54%	63.16%	20.3%	100%

OTROS SERVICIOS /+60.000PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	48.055
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	22.95%	67.21%	9.84%	100%
MH	0%	9.52%	90.48%	100%
TOTALES	17.07%	52.44%	30.49%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.P.F)/SEXO

DIFICULTAD PARA ANDAR/HOMBRES

GL :	1
TOTAL χ^2	5.396
Probabilidad	.0202

	SI	NO	TOTALES
MG	21.37%	78.63%	100%
MH	41.18%	58.82%	100%
TOTALES	25.83%	74.17%	100%

DIFICULTAD PARA OIR/HOMBRES

GL :	1
TOTAL χ^2	8.294
Probabilidad	.004

	SI	NO	TOTALES
MG	31.62%	68.38%	100%
MH	58.82%	41.18%	100%
TOTALES	37.75%	62.25%	100%

DIFICULTAD PARA VER/HOMBRES

GL :	1
TOTAL χ^2	22.692
Probabilidad	.0001

	SI	NO	TOTALES
MG	41.88%	58.12%	100%
MH	88.24%	11.76%	100%
TOTALES	52.32%	47.68%	100%

COLESTEROL/HOMBRES

GL :	1
TOTAL χ^2	5.77
Probabilidad	.0163

	SI	NO	TOTALES
MG	24.79%	75.21%	100%
MH	5.88%	94.12%	100%
TOTALES	20.53%	79.47%	100%

DIFICULTAD PAR ANDAR/MUJERES

GL :	1
TOTAL χ^2	4.218
Probabilidad	.04

	SI	NO	TOTALES
MG	38.67%	61.33%	100%
MH	69.23%	30.77%	100%
TOTALES	43.18%	56.82%	100%

DIFICULTAD PARA VER/MUJERES

GL :	1
TOTAL χ^2	8.788
Probabilidad	.003

	SI	NO	TOTALES
MG	33.33%	66.67%	100%
MH	76.92%	23.08%	100%
TOTALES	39.77%	60.23%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.P.F)/EDAD

DIFICULTAD DE VER/65-69 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.324
Probabilidad	.0376

	SI	NO	TOTALES
MG	37.5%	62.5%	100%
MH	72.73%	27.27%	100%
TOTALES	45.1%	54.9%	100%

DIFICULTAD PARA OIR/70-74 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	6.1
Probabilidad	.0135

	SI	NO	TOTALES
MG	28.85%	71.15%	100%
MH	57.89%	42.11%	100%
TOTALES	33.33%	66.67%	100%

DIFICULTAD PARA VER/70-74 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	22.744
Probabilidad	.0001

	SI	NO	TOTALES
MG	35.58%	64.42%	100%
MH	94.74%	5.26%	100%
TOTALES	44.72%	55.28%	100%

DIFICULTAD PARA ANDAR/75-79 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.693
Probabilidad	.0303

	SI	NO	TOTALES
MG	27.78%	72.22%	100%
MH	63.64%	36.36%	100%
TOTALES	36.17%	63.83%	100%

TENSION ALTA/75-79 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	3.895
Probabilidad	.0484

	SI	NO	TOTALES
MG	16.67%	83.33%	100%
MH	45.45%	54.55%	100%
TOTALES	23.4%	76.6%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.P.F)/E. CIVIL**

DIFICULTAD PARA VER/CASADOS

GL :	1
TOTAL χ^2	12.659
Probabilidad	.0004

	SI	NO	TOTALES
MG	40.16%	59.84%	100%
MH	77.78%	22.22%	100%
TOTALES	46.75%	53.25%	100%

REUMA/CASADOS

GL :	1
TOTAL χ^2	3.927
Probabilidad	.0475

	SI	NO	TOTALES
MG	54.33%	45.67%	100%
MH	33.33%	66.67%	100%
TOTALES	50.65%	49.35%	100%

ARTROSIS/CASADOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.224
Probabilidad	.0399

	SI	NO	TOTALES
MG	62.2%	37.8%	100%
MH	40.74%	59.26%	100%
TOTALES	58.44%	41.56%	100%

COLESTEROL/CASADOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.375
Probabilidad	.0365

	SI	NO	TOTALES
MG	25.98%	74.02%	100%
MH	7.41%	92.59%	100%
TOTALES	22.73%	77.27%	100%

DIFICULTAD PARA ANDAR/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	5.955
Probabilidad	.0147

	SI	NO	TOTALES
MG	33.33%	66.67%	100%
MH	66.67%	33.33%	100%
TOTALES	42.42%	57.58%	100%

DIFICULTAD PAR OIR/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.889
Probabilidad	.027

	SI	NO	TOTALES
MG	31.25%	68.75%	100%
MH	61.11%	38.89%	100%
TOTALES	39.39%	60.61%	100%

DIFICULTAD PARA VER/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	15.891
Probabilidad	.0001

	SI	NO	TOTALES
MG	39.58%	60.42%	100%
MH	94.44%	5.56%	100%
TOTALES	54.55%	45.45%	100%

ARTROSIS/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.95
Probabilidad	.0261

	SI	NO	TOTALES
MG	89.58%	10.42%	100%
MH	66.67%	33.33%	100%
TOTALES	83.33%	16.67%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.P.F)/HIJOS

DIFICULTAD PARA ANDAR/CON HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	5.889
Probabilidad	.0152

	SI	NO	TOTALES
MG	28.57%	71.43%	100%
MH	47.73%	52.27%	100%
TOTALES	32.42%	67.58%	100%

DIFICULTAD PARA OIR/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.908
Probabilidad	.0043

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	.57%	30.29%	69.14%	100%
MH	0%	56.82%	43.18%	100%
TOTALES	.46%	35.62%	63.93%	100%

DIFICULTAD PARA VER/CON HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	31.773
Probabilidad	.0001

	SI	NO	TOTALES
MG	38.86%	61.14%	100%
MH	86.36%	13.64%	100%
TOTALES	48.4%	51.6%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.P.F)/PENSION**

DIFICULTAD PARA ANDAR/-60.000
PTAS. MES

GL :	1
TOTAL χ^2	18.434
Probabilidad	.0037

	SI	NO	TOTALES
MG	27.52%	72.48%	100%
MH	58.33%	41.67%	100%
TOTALES	33.08%	66.92%	100%

DIFICULTAD PARA OIR/-60.000 PTAS.
MES

GL :	1
TOTAL χ^2	5.813
Probabilidad	.0159

	SI	NO	TOTALES
MG	32.11%	67.89%	100%
MH	58.33%	41.67%	100%
TOTALES	36.84%	63.16%	100%

DIFICULTAD PARA VER/-60.000 PTAS.
MES

GL :	1
TOTAL χ^2	10.756
Probabilidad	.001

	SI	NO	TOTALES
MG	42.2%	57.8%	100%
MH	79.17%	20.83%	100%
TOTALES	48.87%	51.13%	100%

DIFICULTAD PARA OIR/+60.000 PTAS.
MES

GL :	1
TOTAL χ^2	4.174
Probabilidad	.041

	SI	NO	TOTALES
MG	27.87%	72.13%	100%
MH	52.38%	47.62%	100%
TOTALES	34.15%	65.85%	100%

DIFICULTAD PARA VER/+60.000 PTAS.
MES

GL :	1
TOTAL χ^2	16.376
Probabilidad	.0001

	SI	NO	TOTALES
MG	39.34%	60.66%	100%
MH	90.48%	9.52%	100%
TOTALES	52.44%	47.56%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/SEXO**

RELACION CON ESPOSO-A/HOMBRES

GL :	3
TOTAL χ^2	11.692
Probabilidad	.0085

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	12.82%	82.91%	2.56%	1.71%	100%
MH	35.29%	55.88%	2.94%	5.88%	100%
TOTALES	17.88%	76.82%	2.65%	2.65%	100%

RELACION CON FAMILIA/HOMBRES

GL :	3
TOTAL χ^2	17.368
Probabilidad	.0006

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	.85%	92.31%	5.13%	1.71%	100%
MH	17.65%	79.41%	2.94%	0%	100%
TOTALES	4.64%	89.4%	4.64%	1.32%	100%

RELACION CON AMIGOS/HOMBRES

GL :	3
TOTAL χ^2	17.06
Probabilidad	.0007

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	.85%	92.31%	5.98%	.85%	100%
MH	17.65%	76.47%	5.88%	0%	100%
TOTALES	4.64%	88.74%	5.96%	.66%	100%

RELACION CON FAMILIA/MUJERES

GL :	1
TOTAL χ^2	7.01
Probabilidad	.0081

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	6.67%	93.33%	0%	0%	100%
MH	30.77%	69.23%	0%	0%	100%
TOTALES	10.23%	89.77%	0%	0%	100%

RELACION CON AMIGOS/MUJERES

GL :	1
TOTAL χ^2	7.01
Probabilidad	.0081

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	6.67%	93.33%	0%	0%	100%
MH	30.77%	69.23%	0%	0%	100%
TOTALES	10.23%	89.77%	0%	0%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/EDAD**

RELACION CON FAMILIA/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	11.474
Probabilidad	.0032

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	2.5%	92.5%	5%	0%	100%
MH	36.36%	63.64%	0%	0%	100%
TOTALES	9.8%	86.27%	3.92%	0%	100%

RELACION CON FAMILIA/70-74 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ^2	18.153
Probabilidad	.0004

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	1.92%	95.19%	1.92%	.96%	100%
MH	26.32%	73.68%	0%	0%	100%
TOTALES	5.69%	91.87%	1.63%	.81%	100%

RELACION CON FAMILIA/75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.9
Probabilidad	.0043

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	0%	94.44%	5.56%	0%	100%
MH	27.27%	63.64%	9.09%	0%	100%
TOTALES	6.38%	87.23%	6.38%	0%	100%

*CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) : TIPO DE APOYO/E. CIVIL*

RELACION CON ESPOSO-A/CASADOS

GL :	3
TOTAL χ^2	20.16
Probabilidad	.0002

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	0%	92.91%	2.36%	4.723%	100%
MH	14.81%	74.07%	3.7%	7.41%	100%
TOTALES	2.6%	89.61%	2.6%	5.19%	100%

RELACION CON FAMILIA/CASADOS

GL :	3
TOTAL χ^2	29.507
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	0%	94.49%	4.72%	.79%	100%
MH	22.22%	74.07%	3.7%	0%	100%
TOTALES	3.9%	90.91%	4.55%	.65%	100%

RELACION CON AMIGOS/CASADOS

GL :	3
TOTAL χ^2	24.128
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	.79%	92.91%	5.51%	.79%	100%
MH	22.22%	70.37%	7.41%	0%	100%
TOTALES	4.55%	88.96%	5.84%	.65%	100%

*CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) : TIPO DE APOYO/HIJOS*

RELACION CON ESPOSO-A/CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	11.173
Probabilidad	.0108

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	26.86%	67.43%	1.71%	4%	100%
MH	52.27%	40.91%	2.27%	4.55%	100%
TOTALES	31.96%	62.1%	1.83%	4.11%	100%

RELACION CON HIJOS/CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	10.093
Probabilidad	.0178

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	.57%	95.43%	2.86%	1.14%	100%
MH	6.82%	86.36%	2.27%	4.55%	100%
TOTALES	1.83%	93.61%	2.74%	1.83%	100%

RELACION CON FAMILIA/CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	18.415
Probabilidad	.0004

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	2.86%	93.14%	3.43%	.57%	100%
MH	20.45%	77.27%	2.27%	0%	100%
TOTALES	6.39%	89.95%	3.2%	.46%	100%

RELACION CON AMIGOS/CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	17.475
Probabilidad	.0006

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	2.29%	93.14%	4%	.57%	100%
MH	18.18%	77.27%	4.55%	0%	100%
TOTALES	5.48%	89.95%	4.11%	.46%	100%

RELACION CON AMIGOS/SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.804
Probabilidad	.0284

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	11.76%	88.24%	0%	0%	100%
MH	66.67%	33.33%	0%	0%	100%
TOTALES	20%	80%	0%	0%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) : TIPO DE APOYO/PENSION**

RELACION CON FAMILIA/-60.000 PTAS.
MES

GL :	3
TOTAL χ^2	15.468
Probabilidad	.0015

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	4.59%	88.99%	4.59%	1.83%	100%
MH	29.17%	70.83%	0%	0%	100%
TOTALES	9.02%	85.71%	3.76%	1.5%	100%

RELACION CON AMIGOS/-60.000 PTAS.

GL :	3
TOTAL χ^2	13.017
Probabilidad	.0046

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	3.67%	89.91%	5.5%	.92%	100%
MH	25%	70.83%	4.17%	0%	100%
TOTALES	7.52%	86.47%	5.26%	.75%	100%

RELACION CON AMIGOS/+60.000 PTAS.

GL :	2
TOTAL χ^2	6.697
Probabilidad	.0351

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	0%	98.36%	1.64%	0%	100%
MH	9.52%	85.71%	4.76%	0%	100%
TOTALES	2.44%	95.12%	2.44%	0%	100%

ANEXO C
TABLAS " χ^2 " MG-MR

ANEXO C

3. TABLA DE CONTINGENCIAS : MUESTRAS EQUIPARADAS
GENERAL (MG) -RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD (MR)

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD(NA)/SEXO

HACER MANUALIDADES/HOMBRES

GL :	2
TOTAL χ^2	14.19
Probabilidad	.0008

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.6%	31.17%	66.23%	100%
MR	0%	0%	100%	100%
TOTALES	1.83%	22.02%	76.15%	100%

JARDINERIA/HOMBRES

GL :	1
TOTAL χ^2	7.947
Probabilidad	.0048

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	54.55%	45.45%	100%
MR	0%	25%	75%	100%
TOTALES	0%	45.87%	54.13%	100%

GUISAR/ HOMBRES

GL :	2
TOTAL χ^2	11.491
Probabilidad	.0032

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.3%	41.56%	57.14%	100%
MR	0%	9.38%	90.62%	100%
TOTALES	.92%	32.11%	66.97%	100%

COSER, BORDAR O HACER
PUNTO/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	15.119
Probabilidad	.0005

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.17%	67.39%	30.43%	100%
MR	0%	33.33%	66.67%	100%
TOTALES	1.53%	57.25%	41.22%	100%

JUEGOS AZAR/ MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	8.21
Probabilidad	.0165

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.09%	14.13%	84.78%	100%
MR	0%	35.9%	64.1%	100%
TOTALES	.76%	20.61%	78.63%	100%

JARDINERIA/ MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	6.86
Probabilidad	.0324

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.17%	69.57%	28.26%	100%
MR	0%	48.72%	51.28%	100%
TOTALES	1.53%	63.36%	35.11%	100%

GUISAR/ MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	77.501
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	3.26	88.04%	8.7%	100%
MR	0%	12.82%	87.18%	100%
TOTALES	2.29%	65.65%	32.06%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD(NA)/EDAD

ESCRIBIR/ 65-69 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	5.877
Probabilidad	.0153

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	22.73%	77.27%	100%
MR	0%	57.14%	42.86%	100%
TOTALES	0%	31.03%	68.97%	100%

JUEGOS MESA/65-69 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	3.962
Probabilidad	.0465

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	59.09%	40.91%	100%
MR	0%	28.57%	71.43%	100%
TOTALES	0%	51.72%	48.28%	100%

JARDINERIA/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	9.442
Probabilidad	.0089

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.27%	59.09%	38.64%	100%
MR	0%	14.29%	85.71%	100%
TOTALES	1.72%	48.28%	50%	100%

GUISAR/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	11.399
Probabilidad	.0033

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.27%	63.64%	34.09%	100%
MR	0%	14.29%	85.71%	100%
TOTALES	1.72%	51.72%	46.55%	100%

GUISAR/70-74 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	12.949
Probabilidad	.0003

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	59.46%	40.54%	100%
MR	0%	0%	100%	100%
TOTALES	0%	44.9%	55.1%	100%

VER T.V/75-79 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	3.865
Probabilidad	.0493

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	93.88%	6.12%	100%
MR	0%	78.26%	21.74%	100%
TOTALES	0%	88.89%	11.11%	100%

COSER, BORDAR O HACER PUNTO / 75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	8.012
Probabilidad	.0182

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.04%	55.1%	42.86%	100%
MR	0%	21.74%	78.26%	100%
TOTALES	1.39%	44.44%	54.17%	100%

GUIJAR/75-79AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	26.378
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.08%	69.39%	26.53%	100%
MR	0%	8.7%	91.3%	100%
TOTALES	2.78%	50%	47.22%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD(NA)/E.CIVIL

GUIJAR/CASADOS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.866
Probabilidad	.0044

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.22%	52.22%	45.56%	100%
MR	0%	7.14%	92.86%	100%
TOTALES	1.92%	46.15%	51.92%	100%

COSER, BORDAR O HACER PUNTO/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	12.266
Probabilidad	.0022

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.56%	60.94%	37.5%	100%
MR	0%	27.5%	72.5%	100%
TOTALES	.96%	48.08%	50.96%	100%

JUEGOS MESA/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.331
Probabilidad	.0374

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	39.06%	60.94%	100%
MR	0%	60%	40%	100%
TOTALES	0%	47.12%	52.88%	100%

JUEGOS AZAR/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	6.664
Probabilidad	.0098

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	17.19%	82.81%	100%
MR	0%	40%	60%	100%
TOTALES	0%	25.96%	74.04%	100%

JARDINERIA/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	15.223
Probabilidad	.0005

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.56%	71.88%	26.56%	100%
MR	0%	35%	65%	100%
TOTALES	.96%	57.69%	41.35%	100%

GUIJAR/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	66.498
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	3.12%	87.5%	9.38%	100%
MR	0%	10%	90%	100%
TOTALES	1.92%	57.69%	40.38%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD(NA)/HIJOS

VER T.V/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	9.801
Probabilidad	.0074

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.35%	92.57%	6.08%	100%
MR	0%	78.05%	21.95%	100%
TOTALES	1.06%	89.42%	9.52%	100%

COSER, BORDAR O HACER PUNTO/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.281
Probabilidad	.0433

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	3.38%	39.19%	57.43%	100%
MR	0%	21.95%	78.05%	100%
TOTALES	2.65%	35.45%	61.9%	100%

JARDINERIA/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.032
Probabilidad	.0297

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.35%	64.86%	33.78%	100%
MR	0%	43.9%	56.1%	100%
TOTALES	1.06%	60.32%	38.62%	100%

GUISAR/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	43.246
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.7%	66.89%	30.41%	100%
MR	0%	12.2%	87.8%	100%
TOTALES	2.12%	55.03%	42.86%	100%

JUEGOS AZAR/SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	5.829
Probabilidad	.0158

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	14.29%	85.71%	100%
MR	0%	46.67%	53.33%	100%
TOTALES	0%	33.3%	66.67%	100%

GUISAR/SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	17.85
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	66.67%	33.33%	100%
MR	0%	10%	90%	100%
TOTALES	0%	33.33%	66.67%	100%

HACER MANUALIDADES/SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.554
Probabilidad	.0329

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	14.29%	85.71%	100%
MR	0%	0%	100%	100%
TOTALES	0%	5.88%	94.12%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD(NA)/PENSION

COSER, BORDAR O HACER PUNTO/
-60.000 PATS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	7.934
Probabilidad	.0189

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.79%	46.43%	51.79%	100%
MR	0%	26.32%	73.68%	100%
TOTALES	1.18%	39.64%	59.17%	100%

JUEGOS DE AZAR/-60.000 PATS. MES

GL :	1
TOTAL χ^2	10.827
Probabilidad	.001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	13.39%	86.61%	100%
MR	0%	35.09%	64.91%	100%
TOTALES	0%	20.71%	79.29%	100%

JARDINERIA/-60.000 PATS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	9.886
Probabilidad	.0071

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	.89%	66.07%	33.04%	100%
MR	0%	42.11%	57.89%	100%
TOTALES	.59%	57.99%	41.42%	100%

GUISAR/-60.000 PATS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	54.461
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.79%	68.75%	29.46%	100%
MR	0%	10.53%	89.47%	100%
TOTALES	1.18%	49.11%	49.7%	100%

JARDINERIA/+60.000 PATS. MES

GL :	1
TOTAL χ^2	3.857
Probabilidad	.0495

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	57.14%	42.86%	100%
MR	0%	25%	75%	100%
TOTALES	0%	50%	50%	100%

GUISAR/+60.000 PATS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	6.16
Probabilidad	.0459

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.38%	54.76%	42.86%	100%
MR	0%	16.67%	83.33%	100%
TOTALES	1.85%	46.3%	51.85%	100%

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DE
SERVICIOS GENERALES PARA LA
TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/SEXO**

**APOYO ECONOMICO A LA
FAMILIA/HOMBRES**

GL :	2
TOTAL χ^2	17.608
Probabilidad	.0002

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	3.9%	83.12%	12.99%	100%
MR	0%	50%	50%	100%
TOTALES	2.75%	73.39%	23.85%	100%

**HOGARES Y CLUBS DE
PENSIONISTAS/HOMBRES**

GL :	2
TOTAL χ^2	6.134
Probabilidad	.0466

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	6.49%	90.91%	2.6%	100%
MR	0%	87.5%	12.5%	100%
TOTALES	4.59%	89.91%	5.5%	100%

**VACACIONES EN RESIDENCIAS Y
BALNEARIOS/HOMBRES**

GL :	2
TOTAL χ^2	8.16
Probabilidad	.0169

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	6.49%	90.91%	2.6%	100%
MR	0%	84.38%	15.62%	100%
TOTALES	4.59%	88.99%	6.42%	100%

OTROS SERVICIOS/HOMBRES

GL :	2
TOTAL χ^2	62.561
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	18.18%	75.32%	6.49%	100%
MR	0%	18.75%	81.25%	100%
TOTALES	12.84%	58.72%	28.44%	100%

**APOYO ECONOMICO A LA
FAMILIA/MUJERES**

GL :	2
TOTAL χ^2	44.604
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	8.7%	85.87%	5.43%	100%
MR	0%	43.59%	56.41%	100%
TOTALES	6.11%	73.28%	20.61%	100%

**HOGARES Y CLUBS DE
PENSIONISTAS/MUJERES**

GL :	2
TOTAL χ^2	15.015
Probabilidad	.0005

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	5.43%	88.04%	6.52%	100%
MR	0%	69.23%	30.77%	100%
TOTALES	3.82%	82.44%	13.74%	100%

**RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON
TRASTORNOS MENTALES/MUJERS**

GL :	2
TOTAL χ^2	8.333
Probabilidad	.0155

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.35%	90.22%	5.43%	100%
MR	0%	79.49%	20.51%	100%
TOTALES	3.05%	87.02%	9.92%	100%

HOSPITALES DE DIA EN REGIMEN EXTERNO/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	6.27
Probabilidad	.0435

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	5.43%	91.3%	3.26%	100%
MR	0%	87.18%	12.82%	100%
TOTALES	3.82%	90.08%	6.11%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y BALNEARIOS/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	16.113
Probabilidad	.0003

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.17%	92.39%	5.43%	100%
MR	0%	69.23%	30.77%	100%
TOTALES	1.53%	85.5%	12.98%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO DOMICILIO/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	17.104
Probabilidad	.0002

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	3.26%	95.65%	1.09%	100%
MR	0%	79.49%	20.51%	100%
TOTALES	2.29%	90.84%	6.87%	100%

SERVICIOS INFORMACION/MUJERS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.295
Probabilidad	.0058

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	5.43%	90.22%	4.35%	100%
MR	0%	79.49%	20.51%	100%
TOTALES	3.82%	87.02%	9.16%	100%

OTROS SERVICIOS/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	81.106
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	25%	67.39%	7.61%	100%
MR	0%	12.82%	87.18%	100%
TOTALES	17.56%	51.15%	31.3%	100%

CUESTIONARIO DEEVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/EDAD

APOYO ECONOMICO/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	21.068
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	11.36%	84.09%	4.55%	100%
MR	0%	42.86%	57.14%	100%
TOTALES	8.62%	74.14%	17.24%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y BALNEARIOS/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.03
Probabilidad	.0297

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.55%	95.45%	0%	100%
MR	0%	85.71%	14.29%	100%
TOTALES	3.45%	93.1%	3.45%	100%

SERVICIOS INFORMACION/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.318
Probabilidad	.0258

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	11.36%	86.36%	2.27%	100%
MR	0%	78.57%	21.43%	100%
TOTALES	8.62%	84.48%	6.9%	100%

OTROS SERVICIOS/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	42.679
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	25%	72.73%	2.27%	100%
MR	0%	14.29%	85.17%	100%
TOTALES	18.97%	58.62%	22.41%	100%

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/
70-74 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	17.974
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	5.41%	86.49%	8.11%	100%
MR	0%	33.33%	66.67%	100%
TOTALES	4.08%	73.47%	22.45%	100%

OTROS SERVICIOS/70-74 AÑOS

GL :	32
TOTAL χ^2	26.426
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	16.22%	75.68%	8.11%	100%
MR	0%	16.67%	83.33%	100%
TOTALES	12.24%	61.22%	26.53%	100%

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/
75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	9.62
Probabilidad	.0081

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	6.12%	81.63%	12.24%	100%
MR	0%	56.52%	43.48%	100%
TOTALES	4.17%	73.61%	22.22%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y
BALNEARIOS/75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	8.657
Probabilidad	.0132

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.08%	93.88%	2.04%	100%
MR	0%	78.26%	21.74%	100%
TOTALES	2.78%	88.89%	8.33%	100%

OTROS SERVICIOS/75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	28.926
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	20.41%	65.31%	14.29%	100%
MR	0%	21.74%	78.26%	100%
TOTALES	13.89%	51.39%	34.72%	100%

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/E.CIVIL

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/ CASADOS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.004
Probabilidad	.0067

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	8.89%	80%	11.11%	100%
MR	0%	57.14%	42.86%	100%
TOTALES	7.69%	76.92%	15.38%	100%

OTROS SERVICIOS/CASADOS

GL :	2
TOTAL χ^2	60.314
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	25.56%	67.78%	6.67%	100%
MR	0%	7.14%	92.86%	100%
TOTALES	22.12%	59.62%	18.27%	100%

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/ VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	31.459
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.69%	87.5%	7.81%	100%
MR	0%	42.5%	57.5%	100%
TOTALES	2.88%	70.19%	26.92%	100%

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.225
Probabilidad	.006

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	3.12%	92.19%	4.69%	100%
MR	0%	75%	25%	100%
TOTALES	1.92%	85.58%	12.5%	100%

RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	8.885
Probabilidad	.0118

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.69%	89.06%	6.25%	100%
MR	0%	75%	25%	100%
TOTALES	2.88%	83.65%	13.46%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y BALNEARIOS/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	13.201
Probabilidad	.0014

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.56%	93.75%	4.69%	100%
MR	0%	70%	30%	100%
TOTALES	.96%	84.62%	14.42%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO DOMICILIO/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.608
Probabilidad	.0367

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	1.56%	93.75%	4.69%	100%
MR	0%	80%	20%	100%
TOTALES	.96%	88.46%	10.58%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.71
Probabilidad	.0047

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.69%	90.62%	4.69%	100%
MR	0%	75%	25%	100%
TOTALES	2.88%	84.62%	12.5%	100%

OTROS SERVICIOS/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	63.049
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	17.19%	76.56%	6.25%	100%
MR	0%	17.5%	82.5%	100%
TOTALES	10.58%	53.85%	35.58%	100%

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DE
SERVICIOS GENERALES PARA LA
TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/HIJOS**

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/
CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	29.932
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	7.43%	82.43%	10.14%	100%
MR	0%	53.66%	46.34%	100%
TOTALES	5.82%	76.19%	17.99%	100%

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS/
CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	11.378
Probabilidad	.0034

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	5.41%	89.86%	4.73%	100%
MR	0%	80.49%	19.51%	100%
TOTALES	4.23%	87.83%	7.94%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y
BALNEARIOS/ CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	20.561
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.05%	92.57%	3.38%	100%
MR	0%	75.61%	24.39%	100%
TOTALES	3.17%	88.89%	7.94%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO
DOMICILIO/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	8.484
Probabilidad	.0144

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	6.76%	89.19%	4.05%	100%
MR	0%	85.37%	14.63%	100%
TOTALES	5.29%	88.36%	6.35%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION/CON
HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	8.8879
Probabilidad	.0118

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	8.11%	86.49%	5.41%	100%
MR	0%	82.93%	17.07%	100%
TOTALES	6.35%	85.71%	7.94%	100%

OTROS SERVICIOS/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	109.785
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	21.62%	71.62%	6.76%	100%
MR	0%	14.63%	85.37%	100%
TOTALES	16.93%	59.26%	23.81%	100%

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/
SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	21.197
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	100%	0%	100%
MR	0%	36.67%	63.37%	100%
TOTALES	0%	62.75%	37.25%	100%

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS/
SIN HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	6.457
Probabilidad	.0396

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	9.52%	85.71%	4.76%	100%
MR	0%	73.33%	26.67%	100%
TOTALES	3.92%	78.43%	17.65%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO
DOMICILIO/SIN HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.218
Probabilidad	.0271

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	9.52%	90.48%	0%	100%
MR	0%	80%	20%	100%
TOTALES	3.92%	84.31%	11.76%	100%

OTROS SERVICIOS/SIN HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	28.144
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	23.81%	66.67%	9.52%	100%
MR	0%	16.67%	83.33%	100%
TOTALES	9.8%	37.25%	52.94%	100%

*CUESTIONARIO DE EVALUACION DE
SERVICIOS GENERALES PARA LA
TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)/PENSION*APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA/
-60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	48.461
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.46%	87.5%	8.04%	100%
MR	0%	43.86%	56.14%	100%
TOTALES	2.96%	72.78%	24.26%	100%

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS/
-60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	14.518
Probabilidad	.0007

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.68%	92.86%	4.46%	100%
MR	0%	77.19%	22.81%	100%
TOTALES	1.78%	87.57%	10.65%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y
BALNEARIOS /-60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	14.493
Probabilidad	.0007

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	2.68%	91.96%	5.36%	100%
MR	0%	75.44%	24.56%	100%
TOTALES	1.78%	86.39%	11.83%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO
DOMICILIO/-60.000 PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	12.831
Probabilidad	.0016

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	5.36%	92.86%	1.79%	100%
MR	0%	85.96%	14.04%	100%
TOTALES	3.55%	90.53%	5.92%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION/
-60.000 PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	7.516
Probabilidad	.0233

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	7.14%	87.5%	5.36%	100%
MR	0%	85.96%	14.04%	100%
TOTALES	4.73%	86.98%	8.28%	100%

OTROS SERVICIOS/-60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	109.024
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	21.43%	72.32%	6.25%	100%
MR	0%	14.04%	85.96%	100%
TOTALES	14.2%	52.66%	33.14%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y
BALNEARIOS /+60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	7.353
Probabilidad	.0253

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	4.76%	92.86%	2.38%	100%
MR	0%	75%	25%	100%
TOTALES	3.7%	88.89%	7.41%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION/
+60.000 PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	9.402
Probabilidad	.0091

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	9.52%	77.78%	7.14%	100%
MR	0%	58.33%	41.67%	100%
TOTALES	7.41%	77.7%	14.81%	100%

OTROS SERVICIOS/+60.000 PTAS. MES

GL :	2
TOTAL χ^2	22.109
Probabilidad	.0001

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	14.29%	76.19%	9.52%	100%
MR	0%	25%	75%	100%
TOTALES	11.11%	64.81%	24.07%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.F.P)/SEXO

ARTROSIS/HOMBRES

GL :	1
TOTAL χ^2	7.62
Probabilidad	.0058

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	57.14%	42.86%	100%
MR	0%	28.12%	71.88%	100%
TOTALES	0%	48.62%	51.38%	100%

COLESTEROL/HOMBRES

GL :	1
TOTAL χ^2	4.426
Probabilidad	.0354

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	23.38%	76.62%	100%
MR	0%	6.25%	93.75%	100%
TOTALES	0%	18.35%	81.65%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.F.P)/EDAD

COLESTEROL/65-69 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.319
Probabilidad	.0377

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	25%	75%	100%
MR	0%	0%	100%	100%
TOTALES	0%	18.97%	81.03%	100%

REUMA/70-74 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	5.516
Probabilidad	.0188

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	45.95%	54.05%	100%
MR	0%	8.33%	91.67%	100%
TOTALES	0%	36.73%	63.27%	100%

ARTROSIS/70-74 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	8.452
Probabilidad	.0036

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	64.86%	35.14%	100%
MR	0%	16.67%	83.33%	100%
TOTALES	0%	53.06%	46.94%	100%

DIFICULTAD PARA VER/75-79 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.47
Probabilidad	.0345

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	42.86%	57.14%	100%
MR	0%	69.57%	30.43%	100%
TOTALES	0%	51.39%	48.61%	100%

DIABETES/75-79 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	3.865
Probabilidad	.0493

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	6.12%	93.88%	100%
MR	0%	21.74%	78.26%	100%
TOTALES	0%	11.11%	88.89%	100%

APARATO DIGESTIVO/75-79 AÑOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.513
Probabilidad	.0336

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	16.33%	83.67%	100%
MR	0%	39.13%	60.87%	100%
TOTALES	0%	23.61%	76.39%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)/E. CIVIL**

ARTROSIS/VIUDOS

GL :	1
TOTAL χ^2	5.08
Probabilidad	.0242

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	71.88%	28.12%	100%
MR	0%	50%	50%	100%
TOTALES	0%	63.46%	36.54%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)/HIJOS**

ARTROSIS/CON HIJOS

GL :	2
TOTAL χ^2	7.336
Probabilidad	.0255

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	.68%	66.22%	33.11%	100%
MR	0%	43.9%	56.1%	100%
TOTALES	.53%	61.38%	38.1%	100%

DIABETES/SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	3.88
Probabilidad	.0489

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	0%	100%	100%
MR	0%	16.67%	83.33%	100%
TOTALES	0%	9.8%	90.2%	100%

**CUESTIONARIO DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)/PENSION**

DIFICULTAD PARA HABLAR/
-60.000 PTAS MES

GL :	1
TOTAL χ^2	4.271
Probabilidad	.0388

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	10.71%	89.29%	100%
MR	0%	1.75%	98.25%	100%
TOTALES	0%	7.69%	92.31%	100%

ARTROSIS/-60.000 PTAS. MES

GL :	1
TOTAL χ^2	9.972
Probabilidad	.0016

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	70.54%	29.46%	100%
MR	0%	45.61%	54.39%	100%
TOTALES	0%	62.13%	37.87%	100%

DIFICULTAD PARA ANDAR/
+60.000 PTAS MES

GL :	1
TOTAL χ^2	6.097
Probabilidad	.0135

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	21.43%	78.57%	100%
MR	0%	58.33%	41.67%	100%
TOTALES	0%	29.63%	70.37%	100%

DIFICULTAD PARA VER/
+60.000 PTAS MES

GL :	1
TOTAL χ^2	6.125
Probabilidad	.0133

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	42.86%	57.14%	100%
MR	0%	83.33%	16.67%	100%
TOTALES	0%	51.85%	48.15%	100%

COLESTEROL/+60.000 PTAS MES

GL :	1
TOTAL χ^2	4.408
Probabilidad	.0358

	NC	SI	NO	TOTALES
MG	0%	28.57%	71.43%	100%
MR	0%	0%	100%	100%
TOTALES	0%	22.22%	77.78%	100%

*CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/SEXO*

RELACION CON ESPOSO-A/HOMBRES

GL :	3
TOTAL χ^2	45.313
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	14.29%	81.82%	2.6%	1.3%	100%
MR	81.25%	18.75%	0%	0%	100%
TOTALES	33.94%	63.3%	1.83%	.92%	100%

RELACION CON HIJOS/HOMBRES

GL :	3
TOTAL χ^2	34.673
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	12.99%	83.12%	3.9%	0%	100%
MR	65.62%	28.12%	3.12%	3.12%	100%
TOTALES	28.44%	66.97%	3.67%	.92%	100%

RELACION CON FAMILIA/HOMBRES

GL :	3
TOTAL χ^2	25.475
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	1.3%	92.21%	3.9%	2.6%	100%
MR	34.38%	59.38%	3.12%	3.12%	100%
TOTALES	11.01%	82.57%	3.67%	2.75%	100%

RELACION CON AMIGOS/HOMBRES

GL :	4
TOTAL χ^2	12.875
Probabilidad	.0119

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	1.3%	93.51%	3.9%	1.3%	100%
MR	15.62%	81.25%	0%	3.12%	100%
TOTALES	5.5%	89.91%	2.75%	1.84%	100%

RELACION CON HIJOS/MUJERES

GL :	3
TOTAL χ^2	24.614
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	16.3%	73.91%	2.17%	7.61%	100%
MR	58.97%	38.46%	0%	2.56%	100%
TOTALES	29.01%	63.36%	1.53%	6.11%	100%

RELACION CON FAMILIA/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	26.2
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	6.52%	92.39%	1.09%	0%	100%
MR	43.59%	56.41%	0%	0%	100%
TOTALES	17.56%	81.68%	.76%	0%	100%

RELACION CON AMIGOS/MUJERES

GL :	2
TOTAL χ^2	19.813
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	8.7%	88.04%	3.26%	0%	100%
MR	41.03%	58.97%	0%	0%	100%
TOTALES	18.32%	79.39%	2.29%	0%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/EDAD**

RELACION CON ESPOSO-A/65-69 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ^2	11.811
Probabilidad	.0081

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	27.27%	65.91%	2.27%	4.55%	100%
MR	78.57%	21.43%	0%	0%	100%
TOTALES	39.66%	55.17%	1.72%	3.45%	100%

RELACION CON HIJOS/65-69 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ^2	12.899
Probabilidad	.0016

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	11.36%	86.36%	2.27%	0%	100%
MR	57.14%	42.86%	0%	0%	100%
TOTALES	22.41%	75.86%	1.72%	0%	100%

RELACION CON FAMILIA/65-69 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ^2	21.593
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	4.55%	90.91%	4.5%	0%	100%
MR	50%	35.71%	7.14%	7.14%	100%
TOTALES	15.52%	77.59%	5.17%	1.72%	100%

RELACION CON HIJOS/70-74 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ^2	9.817
Probabilidad	.0202

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	16.22%	78.38%	2.7%	2.7%	100%
MR	58.33%	33.33%	0%	8.33%	100%
TOTALES	26.53%	67.35%	2.04%	4.08%	100%

RELACION CON AMIGOS/70-74 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ²	10.286
Probabilidad	.0163

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	0%	94.59%	2.7%	2.7%	100%
MR	25%	75%	0%	0%	100%
TOTALES	6.12%	89.8%	2.04%	2.04%	100%

RELACION CON ESPOSO-A/75-79 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ²	13.043
Probabilidad	.0045

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	46.94%	34.72%	2.04%	4.08%	100%
MR	91.3%	8.7%	0%	0%	100%
TOTALES	61.11%	34.72%	1.39%	2.78%	100%

RELACION CON HIJOS/75-79 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ²	17.602
Probabilidad	.0005

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	16.33%	77.55%	2.04%	4.08%	100%
MR	65.22%	34.78%	0%	0%	100%
TOTALES	31.94%	63.89%	1.39%	2.78%	100%

RELACION CON FAMILIA/75-79 AÑOS

GL :	3
TOTAL χ²	12.797
Probabilidad	.0051

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	6.12%	89.8%	2.04%	2.04%	100%
MR	39.13%	60.87%	0%	0%	100%
TOTALES	16.67%	80.56%	1.39%	1.39%	100%

RELACION CON AMIGOS/75-79 AÑOS

GL :	2
TOTAL χ²	12.61
Probabilidad	.0018

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	4.08%	93.88%	2.04%	0%	100%
MR	34.78%	65.22%	0%	0%	100%
TOTALES	13.89%	84.72%	1.39%	0%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/E. CIVIL**

RELACION CON ESPOSO-A/CASADOS

GL :	3
TOTAL χ²	14.551
Probabilidad	.0022

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	1.11%	88.89%	2.22%	7.78%	100%
MR	21.43%	78.57%	0%	0%	100%
TOTALES	3.85%	87.5%	1.92%	6.73%	100%

RELACION CON HIJOS/ CASADOS

GL :	3
TOTAL χ²	13.908
Probabilidad	.003

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	7.78%	87.78%	3.33%	1.11%	100%
MR	42.86%	57.14%	0%	0%	100%
TOTALES	12.5%	83.65%	2.88%	.96%	100%

RELACION CON FAMILIA/CASADOS

GL :	3
TOTAL χ^2	24.196
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	3.33%	92.22%	3.33%	1.11%	100%
MR	42.86%	57.14%	0%	0%	100%
TOTALES	8.65%	87.5%	2.88%	.96%	100%

RELACION CON AMIGOS/CASADOS

GL :	4
TOTAL χ^2	19.585
Probabilidad	.0006

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	3.33%	92.22%	3.33%	1.11%	100%
MR	28.57%	64.29%	0%	7.14%	100%
TOTALES	6.73%	88.46%	2.88%	1.92%	100%

RELACION CON HIJOS/VIUDOS

GL :	3
TOTAL χ^2	28.661
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	7.81%	79.69%	3.12%	9.38%	100%
MR	55%	37.5%	2.5%	5%	100%
TOTALES	25.96%	63.46%	2.88%	7.69%	100%

RELACION CON FAMILIA/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	20.4
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	6.25%	92.19%	1.56%	0%	100%
MR	42.5%	57.5%	0%	0%	100%
TOTALES	20.19%	78.85%	.96%	0%	100%

RELACION CON AMIGOS/VIUDOS

GL :	2
TOTAL χ^2	10.142
Probabilidad	.0063

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	9.38%	85.94%	4.69%	0%	100%
MR	32.5%	67.5%	0%	0%	100%
TOTALES	18.27%	78.85%	2.88%	0%	100%

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/HIJOS

RELACION CON ESPOSO-A/CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	16.117
Probabilidad	.0011

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	38.51%	56.08%	1.35%	4.05%	100%
MR	73.17%	26.83%	0%	0%	100%
TOTALES	46.03%	49.74%	1.06%	3.17%	100%

RELACION CON HIJOS/CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	37.076
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	2.7%	89.19%	3.38%	4.73%	100%
MR	34.15%	58.54%	2.44%	4.88%	100%
TOTALES	9.52%	82.54%	3.17%	4.76%	100%

RELACION CON FAMILIA/CON HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	38.854
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	4.05%	92.57%	2.7%	.68%	100%
MR	39.02%	60.98%	0%	0%	100%
TOTALES	11.64%	85.71%	2.12%	.53%	100%

RELACION CON AMIGOS/CON HIJOS

GL :	4
TOTAL χ^2	24.58
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	5.41%	89.86%	4.05%	.68%	100%
MR	29.27%	68.29%	0%	2.44%	100%
TOTALES	10.58%	85.19%	3.14%	1.06%	100%

RELACION CON FAMILIA/SIN HIJOS

GL :	3
TOTAL χ^2	9.265
Probabilidad	.026

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	4.76%	90.48%	0%	4.76%	100%
MR	40%	53.33%	3.33%	3.33%	100%
TOTALES	25.79%	68.63%	1.96%	3.92%	100%

RELACION CON AMIGOS/SIN HIJOS

GL :	1
TOTAL χ^2	4.992
Probabilidad	.0255

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	4.76%	95.24%	0%	0%	100%
MR	30%	70%	0%	0%	100%
TOTALES	19.61%	80.39%	0%	0%	100%

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
(A.S) :TIPO DE APOYO/PENSION**

RELACION CON ESPOSO-A/-60.000 PTAS.
MES

GL :	3
TOTAL χ^2	14.681
Probabilidad	.0021

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	52.68%	44.64%	.89%	1.79%	100%
MR	82.46%	17.54%	0%	0%	100%
TOTALES	62.72%	35.5%	.59%	1.18%	100%

RELACION CON HIJOS/-60.000 PTAS.
MES

GL :	3
TOTAL χ^2	36.732
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	16.96%	75%	3.57%	4.46%	100%
MR	63.16%	33.33%	1.75%	1.75%	100%
TOTALES	32.54%	60.95%	2.96%	3.55%	100%

RELACION CON FAMILIA/-60.000 PTAS.
MES

GL :	3
TOTAL χ^2	35.707
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	3.57%	91.96%	2.68%	1.79%	100%
MR	38.6%	57.89%	1.75%	1.75%	100%
TOTALES	15.38%	80.47%	2.37%	1.78%	100%

RELACION CON AMIGOS/-60.000 PTAS.
MES

GL :	4
TOTAL χ^2	17.938
Probabilidad	.0013

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	6.25%	88.39%	4.46%	.89%	100%
MR	26.32%	71.93%	0%	1.75%	100%
TOTALES	13.02%	82.84%	2.96%	1.18%	100%

RELACION CON ESPOSO-A/
+60.000PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	14.201
Probabilidad	.0008

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	23.81%	73.81%	2.38%	0%	100%
MR	83.33%	16.67%	0%	0%	100%
TOTALES	37.04%	61.11%	1.85%	0%	100%

RELACION CON HIJOS/+60.000PTAS.MES

GL :	3
TOTAL χ^2	16.864
Probabilidad	.0008

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	7.14%	90.48%	2.38%	0%	100%
MR	50%	41.67%	0%	8.33%	100%
TOTALES	16.67%	79.63%	1.85%	1.85%	100%

RELACION CON FAMILIA/
+60.000PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	18.854
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	2.38%	95.24%	2.38%	0%	100%
MR	50%	50%	0%	0%	100%
TOTALES	12.96%	85.19%	1.85%	0%	100%

RELACION CON AMIGOS/
+60.000PTAS.MES

GL :	2
TOTAL χ^2	19.406
Probabilidad	.0001

	NC	Afectivo	Material	Ambos	TOTALES
MG	0%	97.62%	2.38%	0%	100%
MR	41.67%	58.33%	0%	0%	100%
TOTALES	9.26%	88.89%	1.85%	0%	100%

ANEXO C

TABLAS " χ^2 " TIPO DE APOYO

ANEXO C : 4. TABLA DE CONTINGENCIAS : TIPO DE APOYO

4.1. TABLA DE CONTINGENCIAS : TIPO DE APOYO QUE LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SU ESPOSO/A

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)

INCREMENTO EN LAS PENSIONES

GL :	6
TOTAL χ^2	12.887
Probabilidad	.0449

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40.68%	0%	55.93%	3.39%	100%
SI	36.19%	1.87%	57.72%	4.21%	100%
NO	16.67%	4.17%	62.5%	16.67%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION

GL :	6
TOTAL χ^2	13.691
Probabilidad	.0333

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	36.47%	0%	61.18%	2.35%	100%
SI	36.36%	1.68%	57.58%	4.38%	100%
NO	28.89%	6.67%	53.33%	11.11%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.F.P)

DIAS CAMA ULTIMO AÑO

GL :	12
TOTAL χ^2	28.686
Probabilidad	.0044

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	37.61%	1.68%	57.56%	3.15%	100%
1 DIA	32.5%	2.5%	55%	10%	100%
2 DIAS	35%	0%	51.25%	13.75%	100%
5 DIAS	26.83%	4.88%	68.29%	0%	100%
+7 DIAS	33.33%	2.3%	60.92%	3.45%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

CIRCULACION

GL :	6
TOTAL χ^2	27.01
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	43.77%	1.66%	49.86%	4.71%	100%
NO	27.5%	1.94%	66.11%	4.44%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

APARATO URINARIO

GL :	6
TOTAL χ^2	17.527
Probabilidad	.0075

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	23.61%	1.39%	68.75%	6.25%	100%
NO	38.65%	1.91%	55.29%	4.16%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

IRA O ENFADO

GL :	12
TOTAL χ^2	28.691
Probabilidad	.0044

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	32.74%	1.53%	61.89%	3.84%	100%
ALGO	42.92%	1.25%	50.42%	5.42%	100%
BASTANTE	32.05%	3.85%	61.54%	2.56%	100%
MUCHO	16.67%	8.33%	50%	25%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

PROBLEMAS CON EL NERVIOSISMO

GL :	12
TOTAL χ^2	31.162
Probabilidad	.0019

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	25.42%	1.67%	67.92%	5%	100%
ALGO	35.51%	1.45%	58.7%	4.35%	100%
BASTANTE	49.26%	1.47%	45.59%	3.68%	100%
MUCHO	46.38%	4.35%	43.48%	5.8%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

PROBLEMAS CON LA MEMORIA

GL :	12
TOTAL χ^2	23.887
Probabilidad	.0211

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	28.57%	.42%	63.87%	7.14%	100%
ALGO	38.05%	2.69%	55.22%	4.04%	100%
BASTANTE	38.13%	1.44%	57.55%	2.88%	100%
MUCHO	51.06%	4.26%	44.68%	0%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

PROBLEMAS CON LA DEPRESION

GL :	12
TOTAL χ^2	41.981
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	29.52%	1.32%	64.76%	4.41%	100%
ALGO	48.02%	1.69%	46.89%	3.39%	100%
BASTANTE	41.67%	1.67%	46.67%	10%	100%
MUCHO	46.67%	10%	40%	3.33%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

PROBLEMAS DISMINUCION DE INTERES

GL :	12
TOTAL χ^2	24.895
Probabilidad	.0153

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	29.77%	2.05%	62.95%	5.23%	100%
ALGO	44.2%	1.66%	51.93%	2.21%	100%
BASTANTE	50%	0%	42.65%	7.35%	100%
MUCHO	40.62%	3.12%	53.12%	3.12%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

PROBLEMAS CON LA TRISTEZA

GL :	12
TOTAL χ^2	55.663
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	25.14%	1.91%	69.13%	3.83%	100%
ALGO	44.58%	.83%	47.92%	6.67%	100%
BASTANTE	54.17%	1.39%	40.28%	4.17%	100%
MUCHO	46.51%	6.98%	46.51%	0%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D)

DICE EXACTAMENTE QUE ES LO QUE NECESITA

GL :	12
TOTAL χ^2	35.827
Probabilidad	.0003

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	28.57%	0%	71.43%	0%	100%
NUNCA	52%	0%	44%	4%	100%
ALG. VECES	55.46%	1.68%	39.5%	3.36%	100%
FRECUENT.	39.56%	0%	54.95%	5.49%	100%
SIEMPRE	29.7%	2.35%	63.03%	4.91%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

CUESTIONARIO DE INFORMACION PERSONAL (C.I.P : H.F. y N.A.)

CUESTIONARIO DE HABILIDADES FUNCIONALES (H.F)

CUIDADO PERSONAL

GL :	9
TOTAL χ^2	26.424
Probabilidad	.0017

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	60%	0%	40%	0%	100%
No ayuda	33.48%	1.95%	60.06%	4.5%	100%
Algo ayuda	61.29%	0%	29.03%	9.68%	100%
Toda ayuda	75%	0%	25%	0%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

OTROS

GL :	9
TOTAL χ^2	20.385
Probabilidad	.0157

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	46.5%	1.91%	43.95%	7.64%	100%
No ayuda	32.4%	1.87%	62.17%	3.56%	100%
Algo ayuda	41.67%	0%	54.17%	4.17%	100%
Toda ayuda	44.44%	0%	44.44%	11.11%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (N.A)

COSER, BORDAR O HACER PUNTO

GL :	6
TOTAL χ^2	60.672
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	26.67%	0%	73.33%	0%	100%
SI	48.02%	1.13%	44.07%	6.78%	100%
NO	24.23%	2.54%	70.7%	2.54%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

HACER MANUALIDADES

GL :	6
TOTAL χ^2	13.271
Probabilidad	.0389

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
SI	24.68%	2.53%	65.82%	6.96%	100%
NO	39.14%	1.62%	55.3%	3.95%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

GUISAR

GL :	6
TOTAL χ^2	67.228
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
SI	44.51%	1.76%	48.24%	5.49%	100%
NO	14.63%	1.95%	80.98%	2.44%	100%
TOTALES	35.91%	1.8%	57.73%	4.56%	100%

4.2. TABLA DE CONTINGENCIAS : TIPO DE APOYO QUE LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SUS HIJOS

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS

GL :	6
TOTAL χ^2	15.003
Probabilidad	.0202

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	20.31%	1.56%	76.56%	1.56%	100%
SI	10.6%	2.65%	82.95%	3.81%	100%
NO	21.43%	7.14%	67.86%	3.57%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON TRANSTORNOS MENTALES

GL :	6
TOTAL χ^2	13.628
Probabilidad	.0341

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	17.07%	1.22%	79.27%	2.44%	100%
SI	11.22%	2.55%	82.65%	3.57%	100%
NO	16.67%	9.26%	68.52%	5.56%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

SANATORIOS GERIATRICOS DE REAHABILITACION

GL :	6
TOTAL χ^2	24.723
Probabilidad	.0004

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	17.28%	1.23%	80.25%	1.23%	100%
SI	11.15%	2.5%	82.86%	3.49%	100%
NO	19.05%	11.9%	59.52%	9.52%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

HOSPITALES DE DIA EN REGIMEN EXTERNO

GL :	6
TOTAL χ^2	19.26
Probabilidad	.0037

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	17.86%	1.19%	80.95%	0%	100%
SI	10.9%	2.56%	82.62%	3.92%	100%
NO	18.87%	9.43%	66.04%	5.66%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

ASISTENCIA EN LE PROPIO DOMICILIO

GL :	6
TOTAL χ^2	20.229
Probabilidad	.0025

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	16.9%	0%	83.1%	0%	100%
SI	11.78%	2.62%	81.83%	3.76%	100%
NO	11.9%	11.9%	69.05%	7.14%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

SERVICIOS DE INFORMACION

GL :	6
TOTAL χ^2	22.585
Probabilidad	.0009

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	16.47%	1.18%	81.18%	1.18%	100%
SI	10.94%	2.53%	82.83%	3.7%	100%
NO	22.22%	11.11%	60%	6.67%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

OTROS SERVICIOS

GL :	6
TOTAL χ^2	18.181
Probabilidad	.0058

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	15.71%	1.9%	78.57%	3.81%	100%
SI	9.39%	2.84%	84.5%	3.28%	100%
NO	13.21%	7.14%	64.29%	5.36%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y PSICOLOGICA (E.S.F.P)

VECES HA IDO AL MEDICO

GL :	9
TOTAL χ^2	22.598
Probabilidad	.0072

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	50%	0%	50%	0%	100%
- 6 veces	11.76%	1.68%	84.03%	2.52%	100%
7-12 veces	13.78%	4.08%	78.06%	4.08%	100%
+ 12 veces	9.32%	4.35%	80.75%	5.59%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

DIFICULTAD PARA ANDAR

GL :	6
TOTAL χ^2	37.954
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	12.24%	3.67%	75.92%	8.16%	100%
NO	11.95%	2.52%	84.285	1.26%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

DIFICULTAD PARA VER

GL :	
TOTAL χ^2	
Probabilidad	

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	13.75%	2.06%	78.69%	5.5%	100%
NO	10.9%	3.48%	83.29%	2.32%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

DIFICULTAD PARA HABLAR

GL :	6
TOTAL χ^2	19.278
Probabilidad	.0037

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	16.67%	8.33%	72.2% ²	2.78%	100%
NO	11.81%	2.62%	81.92%	3.64%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

REUMA

GL :	6
TOTAL χ^2	15.67
Probabilidad	.0156

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	13.07%	2.51%	80.6%	3.77%	100%
NO	10.8%	3.4%	82.41%	3.4%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

TENSION ALTA

GL :	
TOTAL χ^2	
Probabilidad	

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	11.62%	2.49%	81.7%	4.15%	100%
NO	12.27%	3.12%	81.29%	3.33%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

ARTROSIS

GL :	
TOTAL χ^2	
Probabilidad	

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	12.77%	2.99%	79.64%	4.59%	100%
NO	10.41%	2.71%	85.52%	1.36%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

DIABETES

GL :	6
TOTAL χ^2	17.986
Probabilidad	.0063

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	7.06%	4.71%	85.8%	2.35%	100%
NO	12.72%	2.67%	80.85%	3.77%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

CORAZON

GL :	6
TOTAL χ^2	14.587
Probabilidad	.0237

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	12.7%	2.38%	81.7%	3.17%	100%
NO	11.91%	3.02%	81.38%	3.69%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

IRA O ENFADO

GL :	12
TOTAL χ^2	28.746
Probabilidad	.0043

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	12.53%	3.07%	82.1%	2.3%	100%
Algo	12.5%	2.92%	81.67%	2.92%	100%
Bastante	7.69%	1.28%	79.49%	11.54%	100%
Mucho	16.67%	8.33%	66.67%	8.33%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

DEPRESION

GL :	12
TOTAL χ^2	22.991
Probabilidad	.0278

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	12.33%	1.76%	82.6%	3.3%	100%
Algo	8.47%	4.52%	83.62%	3.59%	100%
Bastante	15%	6.67%	73.33%	5%	100%
Mucho	23.33%	3.33%	66.67%	6.67%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

DISMINUCION DEL INTERES

GL :	12
TOTAL χ^2	27.397
Probabilidad	.0068

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	12.95%	2.73%	82.05%	2.27%	100%
Algo	11.6%	2.21%	80.66%	5.52%	100%
Bastante	11.76%	1.47%	80.88%	5.88%	100%
Mucho	3.12%	12.5%	78.12%	6.25%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

TRISTEZA

GL :	12
TOTAL χ^2	21.023
Probabilidad	.05

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	12.02%	2.46%	82.51%	3.01%	100%
Algo	11.67%	2.08%	82.08%	4.17%	100%
Bastante	16.67%	5.56%	70.83%	6.94%	100%
Mucho	6.98%	6.98%	86.05%	0%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

ESTADO SALUD

GL :	15
TOTAL χ^2	30.975
Probabilidad	.0089

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Excelente	4.55%	4.55%	86.36%	4.55%	100%
Bueno	9.91%	0%	88.29%	1.8%	100%
Normal	14.1%	6.17%	76.65%	3.08%	100%
Regular	11.14%	1.51%	83.13%	4.22%	100%
Malo	20.69%	3.45%	68.97%	6.9%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	84.22%	3.59%	100%

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D)

SE BAÑA O DUCHA

GL :	12
TOTAL χ^2	25.149
Probabilidad	.0141

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
NUNCA	16.67%	6.67%	53.33%	13.33%	100%
ALG. VECES	14.47%	3.95%	72.37%	9.21%	100%
FRECUENT.	10.38%	2.83%	83.02%	3.77%	100%
SIEMPRE	12.58%	2.58%	83.23%	1.61%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

SE LIMPIA Y CUIDA LE PELO

GL :	12
TOTAL χ^2	37.201
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	30.77%	0%	61.54%	7.69%	100%
NUNCA	50%	0%	50%	0%	100%
ALG. VECES	15.25%	1.69%	69.49%	13.56%	100%
FRECUENT.	10.86%	3.62%	82.89%	2.63%	100%
SIEMPRE	11.47%	2.65%	83.24%	2.65%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

SE VISTE CON ROPA LIMPIA-CUIDADA

GL :	12
TOTAL χ^2	28.496
Probabilidad	.0047

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	42.86%	0%	57.14%	0%	100%
NUNCA	30%	10%	60%	0%	100%
ALG. VECES	0%	0%	100%	0%	100%
FRECUENT.	17.57%	2.7%	68.92%	10.81%	100%
SIEMPRE	11.16%	2.87%	83.09%	2.87%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

COME SIN AYUDA

GL :	12
TOTAL χ^2	12.388
Probabilidad	.415

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	28.57%	0%	71.43%	0%	100%
NUNCA	21.43%	0%	71.43%	7.14%	100%
ALG. VECES	12.5%	0%	75%	12.5%	100%
FRECUENT.	12.5%	4.17%	70.83%	12.5%	100%
SIEMPRE	11.92%	2.98%	81.97%	3.13%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

VA DE UN SITIO A OTRO SIN PROBLEMAS

GL :	12
TOTAL χ^2	25.158
Probabilidad	.0141

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	20%	0%	80%	0%	100%
NUNCA	19.05%	0%	66.67%	14.29%	100%
ALG. VECES	16.67%	5%	68.33%	10%	100%
FRECUENT.	10%	2.5%	81.25%	6.25%	100%
SIEMPRE	11.75%	2.89%	83.18%	2.17%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

DICE EXACTAMENTE LO QUE NECESITA

GL :	12
TOTAL χ^2	26.867
Probabilidad	.0081

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	14.29%	0%	85.71%	0%	100%
NUNCA	28%	8%	64%	0%	100%
ALG. VECES	21.01%	3.36%	72.27%	3.36%	100%
FRECUENT.	5.49%	3.3%	84.62%	6.59%	100%
SIEMPRE	10.47%	2.56%	83.55%	3.42%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

CUESTIONARIO DE INFORMACION PERSONAL (C.I.P : H.F. y N.A.)

CUESTIONARIO DE HABILIDADES FUNCIONALES (H.F)

CUIDADO PERSONAL

GL :	9
TOTAL χ^2	31.644
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	26.67%	0%	73.33%	0%	100%
No ayuda	11.56%	3.15%	82.43%	2.85%	100%
Algo ayuda	19.35%	0%	61.29%	19.35%	100%
Toda ayuda	16.67%	0%	75%	8.33%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

COMER

GL :	9
TOTAL χ^2	46.644
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	17.65%	0%	82.35%	0%	100%
No ayuda	11.99%	3.03%	81.94%	3.03%	100%
Algo ayuda	15.38%	0%	53.85%	30.77%	100%
Toda ayuda	50%	0%	0%	50%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

VESTIRSE O DESVESTIRSE

GL :	9
TOTAL χ^2	43.723
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
No ayuda	11.98%	2.81%	82.4%	2.81%	100%
Algo ayuda	14.29%	5.71%	65.71%	14.29%	100%
Toda ayuda	0%	0%	50%	50%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

ANDAR

GL :	9
TOTAL χ^2	38.571
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
No ayuda	12.38%	3.02%	82.06%	2.54%	100%
Algo ayuda	7.79%	2.6%	79.22%	10.39%	100%
Toda ayuda	20%	0%	40%	40%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

LEVANTARSE O ACOSTARSE

GL :	9
TOTAL χ^2	53.427
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	30%	0%	70%	0%	100%
No ayuda	12.08%	3.09%	82.03%	2.8%	100%
Algo ayuda	12.5%	0%	71.88%	15.62%	100%
Toda ayuda	0%	0%	33.33%	66.67%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

LAVARSE

GL :	9
TOTAL χ^2	50.723
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
No ayuda	11.75%	2.94%	82.67%	2.64%	100%
Algo ayuda	23.08%	3.85%	50%	23.08%	100%
Toda ayuda	0%	0%	75%	25%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

ADMINISTRAR EL DINERO

GL :	9
TOTAL χ^2	26.138
Probabilidad	.0019

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	25%	0%	75%	0%	100%
No ayuda	11.49%	3.11%	82.61%	2.8%	100%
Algo ayuda	13.64%	0%	77.27%	9.09%	100%
Toda ayuda	25%	4.17%	54.17%	16.67%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

USAR EL TELEFONO

GL :	9
TOTAL χ^2	24.987
Probabilidad	.003

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	27.27%	0%	72.73%	0%	100%
No ayuda	10.96%	3.11%	82.67%	3.26%	100%
Algo ayuda	30%	0%	60%	10%	100%
Toda ayuda	37.5%	0%	50%	12.5%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

COMPRAR

GL :	9
TOTAL χ^2	27.207
Probabilidad	.0013

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	27.27%	0%	72.73%	0%	100%
No ayuda	11.65%	2.95%	82.76%	2.64%	100%
Algo ayuda	16.98%	1.89%	69.81%	11.32%	100%
Toda ayuda	12.5%	6.25%	62.5%	18.75%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

OTROS

GL :	9
TOTAL χ^2	18.249
Probabilidad	.0324

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	10.19%	2.55%	79.62%	7.64%	100%
No ayuda	12.73%	2.81%	82.4%	2.06%	100%
Algo ayuda	12.5%	4.17%	75%	8.33%	100%
Toda ayuda	22.22%	11.11%	55.56%	11.11%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (N.A)

LEER UN PERIODICO O LIBRO

GL :	6
TOTAL χ^2	23.324
Probabilidad	.0007

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	60%	0%	40%	0%	100%
SI	11.88%	2.02%	84.08%	2.02%	100%
NO	12.09%	4.4%	77.29%	6.23%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

JUEGOS DE AZAR

GL :	6
TOTAL χ^2	19.22
Probabilidad	.0038

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
SI	10%	6.67%	74.44%	8.89%	100%
NO	12.22%	2.41%	82.48%	2.89%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

SALIR A LA CALLE

GL :	6
TOTAL χ^2	27.225
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	12.46%	2.29%	81.69%	2.92%	100%
NO	8.45%	2.82%	78.87%	9.86%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

DAR UN PASEO

GL :	6
TOTAL χ^2	17.769
Probabilidad	.0068

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
SI	11.95%	2.95%	82.3%	2.8%	100%
NO	14.63%	2.44%	65.85%	17.07%	100%
TOTALES	12.29%	2.9%	81.22%	3.59%	100%

4.3. TABLA DE CONTINGENCIAS : TIPO DE APOYO QUE LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SU FAMILIA

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA

GL :	6
TOTAL χ^2	24.935
Probabilidad	.0004

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	10%	4%	86%	0%	100%
SI	2.98%	2.64%	93.55%	.83%	100%
NO	8.7%	4.35%	81.16%	5.8%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

HOGARES Y CLUBS DE PENSIONISTAS

GL :	6
TOTAL χ^2	22.225
Probabilidad	.0011

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	7.81%	1.56%	90.62%	0%	100%
SI	3.81%	2.81%	92.55%	.83%	100%
NO	1.79%	5.36%	85.71%	7.14%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

RESIDENCIAS PARA PERSONAS INVALIDAS

GL :	6
TOTAL χ^2	27.003
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	7.46%	1.49%	91.04%	0%	100%
SI	3.44%	2.95%	92.8%	.82%	100%
NO	6.52%	4.35%	80.43%	8.7%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

GL :	6
TOTAL χ^2	29.589
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	9.76%	1.22%	89.02%	0%	100%
SI	3.06%	2.89%	93.2%	.85%	100%
NO	5.56%	5.56%	81.48%	7.41%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SANATORIOS GERIATRICOS DE REHABILITACION

GL :	6
TOTAL χ^2	31.222
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	7.41%	1.23%	91.36%	0%	100%
SI	3.33%	3%	92.85%	.83%	100%
NO	7.14%	4.76%	78.57%	9.52%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

HOSPITALES DE DIA EN REGIMEN EXTERNO

GL :	6
TOTAL χ^2	24.682
Probabilidad	.0004

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8.33%	2.38%	89.29%	0%	100%
SI	3.24%	2.9%	93.02%	.85%	100%
NO	5.66%	3.77%	83.02%	7.55%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

VACACIONES EN RESIDENCIAS Y BALNEARIOS

GL :	6
TOTAL χ^2	36.457
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	15.38%	0%	84.62%	0%	100%
SI	3.21%	3.21%	92.67%	.92%	100%
NO	6.67%	0%	83.33%	10%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO DOMICILIO

GL :	6
TOTAL χ^2	17.93
Probabilidad	.0064

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8.45%	1.41%	90.14%	0%	100%
SI	3.44%	3.11%	92.47%	.98%	100%
NO	4.76%	2.38%	85.71%	7.14%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

INCREMENTO DE LAS PENSIONES

GL :	6
TOTAL χ^2	17.427
Probabilidad	.0078

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	10.17%	1.69%	88.14%	0%	100%
SI	3.43%	2.96%	92.51%	1.09%	100%
NO	4.17%	4.17%	83.33%	8.33%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION

GL :	6
TOTAL χ^2	30.631
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8.24%	2.35%	89.41%	0%	100%
SI	3.37%	2.69%	93.1%	.84%	100%
NO	4.44%	6.67%	80%	8.89%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

OTROS SERVICIOS

GL :	6
TOTAL χ^2	26.658
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8.1%	1.43%	89.52%	.95%	100%
SI	2.18%	3.06%	93.89%	.87%	100%
NO	3.57%	7.14%	83.93%	5.36%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

**CUESTIONARIOS DEL ESTADO DE
SALUD FISICA Y PSICOLOGICA
(E.S.F.P)**

VECES HA IDO MEDICO

GL :	9
TOTAL χ^2	22.03
Probabilidad	.0088

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	20%	20%	60%	0%	100%
- 6 Veces	3.36%	1.96%	93.28%	1.4%	100%
7-12 veces	5.61%	3.06%	90.31%	1.02%	100%
+12 veces	2.48%	3.73%	92.55%	1.24%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DIAS HOSPITALIZADO

GL :	12
TOTAL χ^2	33.591
Probabilidad	.0008

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	3.85%	2.51%	92.46%	1.17%	100%
1 DIA	3.33%	3.33%	93.33%	0%	100%
2 DIAS	3.45%	3.45%	93.1%	0%	100%
5 DIAS	16.67%	8.33%	58.33%	16.67%	100%
+ 7 DIAS	3.57%	5.36%	91.07%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DIFICULTAD PARA ANDAR

GL :	6
TOTAL χ^2	49.972
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.67%	2.86%	91.4%	2.04%	100%
NO	3.77%	2.94%	92.45%	.84%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DIFICULTAD PARA OIR

GL :	6
TOTAL χ^2	31.547
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	4.19%	2.33%	92.56%	.93%	100%
NO	3.56%	3.16%	91.9%	1.38%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DIFICULTAD PARA VER

GL :	6
TOTAL χ^2	49.355
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.78%	3.09%	92.4%	.69%	100%
NO	3.71%	2.78%	91.88%	1.62%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DIFICULTAD PARA HABLAR

GL :	6
TOTAL χ^2	53.988
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	0%	8.33%	88.89%	2.78%	100%
NO	3.94%	2.62%	92.27%	1.17%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

REUMA

GL :	6
TOTAL χ^2	50.318
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	4.27%	3.52%	91.2% ¹	1.01%	100%
NO	3.09%	2.16%	93.21%	1.54%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

TENSION ALTA

GL :	6
TOTAL χ^2	48.23
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.32%	2.9%	92.53%	1.24%	100%
NO	3.95%	2.91%	91.89%	1.25%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

ARTROSIS

GL :	6
TOTAL χ^2	51.238
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	4.59%	2.99%	91.22%	1.2%	100%
NO	1.81%	2.71%	94.12%	1.36%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DIABETES

GL :	6
TOTAL χ^2	50.532
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	4.71%	1.18%	94.1% ²	0%	100%
NO	3.61%	3.14%	91.84%	1.41%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

CORAZON

GL :	6
TOTAL χ^2	48.938
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.97%	3.97%	91.27%	.79%	100%
NO	3.69%	2.68%	92.28%	1.34%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

CIRCULACION

GL :	6
TOTAL χ^2	31.635
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	3.32%	3.32%	92.24%	1.11%	100%
NO	4.17%	2.5%	91.94%	1.39%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

COLESTEROL

GL :	6
TOTAL χ^2	31.089
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	4.22%	2.41%	92.17%	1.2%	100%
NO	3.6%	3.06%	92.07%	1.26%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

APARATO DIGESTIVO

GL :	6
TOTAL χ^2	31.829
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	3.21%	3.74%	91.44%	1.6%	100%
NO	3.93%	2.62%	92.32%	1.12%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

APARATO URINARIO

GL :	6
TOTAL χ^2	34.803
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67	0	33.33	0	100%
SI	2.78	3.47	90.97	2.78	100%
NO	3.99	2.77	92.37	.87	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

IRA O ENFADO

GL :	12
TOTAL χ^2	48.412
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	5.12%	3.84%	90.03%	1.02%	100%
Algo	1.67%	1.25%	95.83%	1.25%	100%
Bastante	1.28%	2.56%	93.59%	2.56%	100%
Mucho	16.67%	8.33%	75%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

NERVIOS

GL :	12
TOTAL χ^2	37.4
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	3.33%	4.17%	91.67%	.83%	100%
Algo	3.26%	2.17%	93.12%	1.45%	100%
Bastante	5.15%	1.47%	91.18%	2.21%	100%
Mucho	4.35%	4.35%	91.3%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

MEMORIA

GL :	12
TOTAL χ^2	37.061
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	4.62%	2.52%	92.02%	.84%	100%
Algo	3.03%	3.37%	91.92%	1.68%	100%
Bastante	2.16%	2.88%	93.53%	1.44%	100%
Mucho	8.51%	2.13%	89.36%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DEPRESION

GL :	12
TOTAL χ^2	37.311
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	3.08%	2.42%	93.17%	1.32%	100%
Algo	3.95%	3.39%	91.53%	1.13%	100%
Bastante	5%	3.33%	90%	1.67%	100%
Mucho	10%	6.67%	83.33%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SATISFACCION CORPORATIVA

GL :	12
TOTAL χ^2	35.627
Probabilidad	.0004

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	3.76%	3.29%	90.61%	2.35%	100%
Algo	4.41%	3.68%	90.44%	1.47%	100%
Bastante	3.51%	2.63%	93.42%	.44%	100%
Mucho	3.47%	2.08%	93.75%	.69%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

PROBLEMAS DE CONCENTRACION

GL :	12
TOTAL χ^2	37.798
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	3.95%	2.37%	92.89%	.79%	100%
Algo	3.35%	4.6%	90.38%	1.67%	100%
Bastante	4%	1.33%	92%	2.67%	100%
Mucho	3.7%	0%	96.3%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

DISMINUCION DEL INTERES

GL :	12
TOTAL χ^2	37.92
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	4.77%	2.73%	91.36%	1.14%	100%
Algo	2.21%	3.31%	93.37%	1.1%	100%
Bastante	1.47%	1.47%	94.12%	2.94%	100%
Mucho	3.12%	6.25%	90.62%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

MIEDO

GL :	12
TOTAL χ^2	34.857
Probabilidad	.0005

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	3.795	2.65%	92.61%	.95%	100%
Algo	3.91%	3.12%	91.41%	1.56%	100%
Bastante	2.86%	2.86%	91.43%	2.86%	100%
Mucho	3.33%	6.67%	86.67%	3.33%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

TRISTEZA

GL :	12
TOTAL χ^2	49.77
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Nada	2.19%	3.55%	92.9%	1.37%	100%
Algo	6.25%	1.25%	92.08%	.42%	100%
Bastante	4.17%	1.39%	91.67%	2.78%	100%
Mucho	2.33%	9.3%	86.05%	2.33%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

ESTADO SALUD

GL :	15
TOTAL χ^2	43.339
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Excelente	0%	4.55%	90.91%	4.55%	100%
Bueno	.9%	.9%	97.3%	.9%	100%
Normal	5.73%	3.08%	90.31%	.88%	100%
Regular	3.61%	3.01%	92.17%	1.2%	100%
Malo	3.45%	6.9%	86.21%	3.45%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D)

SE LAVA POR PARTES

GL :	12
TOTAL χ^2	37.9
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	10.98%	1.22%	87.8%	0%	100%
NUNCA	4.9%	0%	95.1%	0%	100%
ALG. VECES	3.79%	7.58%	88.64%	0%	100%
FRECUECENT.	1.66%	2.76%	92.27%	3.31%	100%
SIEMPRE	3.08%	2.2%	93.39%	1.32%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SE BAÑA O DUCHA

GL :	12
TOTAL χ^2	25.505
Probabilidad	.0126

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
NUNCA	6.67%	6.67%	86.67%	0%	100%
ALG. VECES	2.63%	2.63%	90.79%	3.95%	100%
FRECUECENT.	3.14%	3.46%	92.14%	1.26%	100%
SIEMPRE	4.52%	2.26%	92.58%	.65%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SE LIMPIA Y CUIDA EL PELO

GL :	12
TOTAL χ^2	36.329
Probabilidad	.0003

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	30.77%	0%	61.54%	7.69%	100%
NUNCA	12.5%	0%	87.5%	0%	100%
ALG. VECES	3.39%	5.08%	88.14%	3.39%	100%
FRECUECENT.	3.95%	2.63%	92.76%	.66%	100%
SIEMPRE	2.94%	2.94%	92.94%	1.18%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SE VISTE SOLO

GL :	12
TOTAL χ^2	29.852
Probabilidad	.0029

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	30%	0%	70%	0%	100%
NUNCA	6.25%	0%	93.75%	0%	100%
ALG. VECES	0%	7.14%	85.71%	7.14%	100%
FRECUECENT.	0%	2.04%	93.88%	4.08%	100%
SIEMPRE	3.94%	2.99%	92.13%	.94%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SE VISTE CON ROPA LIMPIA Y CUIDADA

GL :	12
TOTAL χ^2	29.302
Probabilidad	.0036

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	28.5%	0%	71.43%	0%	100%
NUNCA	10%	0%	90%	0%	100%
ALG. VECES	0%	16.6%	83.33%	0%	100%
FRECUEENT.	0%	6.76%	89.19%	4.05%	100%
SIEMPRE	4.15%	2.39%	92.5%	.96%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

COME SIN AYUDA

GL :	12
TOTAL χ^2	26.355
Probabilidad	.0096

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	28.57%	0%	71.43%	0%	100%
NUNCA	7.14%	0%	92.86%	0%	100%
ALG. VECES	0%	12.5%	75%	12.5%	100%
FRECUEENT.	0%	4.17%	91.67%	4.17%	100%
SIEMPRE	3.87%	2.83%	92.25%	1.04%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

CUESTIONARIO DE INFORMACION PERSONAL (C.I.P : H.F y N.A)

CUESTIONARIO DE HABILIDADES FUNCIONALES (H.F.)

CUIDADO PERSONAL

GL :	9
TOTAL χ^2	19.677
Probabilidad	.02

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	20%	0%	80%	0%	100%
No ayuda	3.9%	3.15%	91.89%	1.05%	100%
Algo ayuda	0%	0%	96.77%	3.23%	100%
Toda ayuda	0%	0%	91.67%	8.33%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

COMER

GL :	9
TOTAL χ^2	23.106
Probabilidad	.006

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	23.53%	0%	76.47%	0%	100%
No ayuda	3.61%	3.03%	92.2%	1.16%	100%
Algo ayuda	0%	0%	92.31%	7.69%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

VESTIRSE O DESVESTIRSE

GL :	9
TOTAL χ^2	27.999
Probabilidad	.001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
No ayuda	3.85%	2.96%	92.16%	1.04%	100%
Algo ayuda	0%	2.86%	91.43%	5.71%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

ANDAR

GL :	9
TOTAL χ^2	30.31
Probabilidad	.0004

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.3%	0%	66.67%	0%	100%
No ayuda	3.81%	3.02%	92.06%	1.11%	100%
Algo ayuda	1.3%	2.6%	93.51%	2.6%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

LEVANTARSE O ACOSTARSE

GL :	9
TOTAL χ^2	27.134
Probabilidad	.0013

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	30%	0%	70%	0%	100%
No ayuda	3.83%	3.09%	92.05%	1.03%	100%
Algo ayuda	0%	0%	93.75%	6.25%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

LAVARSE

GL :	9
TOTAL χ^2	31.751
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
No ayuda	3.67%	3.08%	92.22%	1.03%	100%
Algo ayuda	3.85%	0%	92.31%	3.85%	100%
Toda ayuda	0%	0%	87.5%	12.5%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

ADMINISTRAR EL DINERO

GL :	9
TOTAL χ^2	21.125
Probabilidad	.0121

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	25%	0%	75%	0%	100%
No ayuda	3.73%	3.26%	91.93%	1.09%	100%
Algo ayuda	2.27%	0%	93.18%	4.55%	100%
Toda ayuda	4.17%	0%	95.83%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

USAR EL TELEFONO

GL :	9
TOTAL χ^2	26.024
Probabilidad	.002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	27.27%	0%	72.73%	0%	100%
No ayuda	3.85%	3.11%	92%	1.04%	100%
Algo ayuda	0%	0%	93.33%	6.67%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

COMPRAR

GL :	9
TOTAL χ^2	22.528
Probabilidad	.0073

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	27.27%	0%	72.73%	0%	100%
No ayuda	3.88%	3.11%	91.93%	1.09%	100%
Algo ayuda	0%	1.89%	96.23%	1.89%	100%
Toda ayuda	6.25%	0%	87.5%	6.25%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

OTROS

GL :	9
TOTAL χ^2	24.771
Probabilidad	.0032

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	6.37%	.64%	88.54%	4.46%	100%
No ayuda	3.56%	3.56%	92.51%	.37%	100%
Algo ayuda	0%	4.17%	95.83%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (N.A)

VER T.V.

GL :	6
TOTAL χ^2	20.115
Probabilidad	.0026

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
SI	3.76%	3.01%	92.18%	1.05%	100%
NO	3.7%	1.85%	90.74%	3.7%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

OIR MUSICA

GL :	6
TOTAL χ^2	22.811
Probabilidad	.0009

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
SI	4.42%	3.75%	90.95%	.88%	100%
NO	2.63%	1.5%	93.98%	1.88%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

LEER UN PERIODICO O LIBRO

GL :	6
TOTAL χ^2	41.953
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	60%	0%	40%	0%	100%
SI	4.04%	3.14%	91.48%	1.35%	100%
NO	2.93%	2.56%	93.41%	1.1%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

COSER, BORDAR O HACER PUNTO

GL :	6
TOTAL χ^2	15.399
Probabilidad	.0174

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	20%	0%	80%	0%	100%
SI	4.8%	1.98%	92.09%	1.13%	100%
NO	2.54%	3.94%	92.11%	1.41%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

JUEGOS DE AZAR

GL :	6
TOTAL χ^2	16.97
Probabilidad	.0094

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	25%	0%	75%	0%	100%
SI	2.22%	4.44%	93.33%	0%	100%
NO	3.86%	2.73%	91.96%	1.45%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

HACER MANUALIDADES

GL :	6
TOTAL χ^2	23.753
Probabilidad	.0006

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
SI	1.9%	1.9%	95.57%	.63%	100%
NO	4.13%	3.23%	91.2%	1.44%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

JARDINERIA

GL :	6
TOTAL χ^2	12.713
Probabilidad	.0476

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	28.57%	0%	71.43%	0%	100%
SI	4.1%	2.66%	92.21%	1.02%	100%
NO	3.06%	3.49%	91.7%	1.75%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

SALIR A LA CALLE

GL :	6
TOTAL χ^2	23.217
Probabilidad	.0007

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
0	40%	0%	60%	0%	100%
1	3.98%	2.95%	92.04%	1.03%	100%
2	0%	2.44%	92.68%	4.88%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

DAR UN PASEO

GL :	6
TOTAL χ^2	30.972
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	3.85%	2.92%	92%	1.23%	100%
NO	2.82%	2.82%	92.96%	1.41%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

GUISAR

GL :	6
TOTAL χ^2	15.319
Probabilidad	.0179

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	22.22%	0%	77.78%	0%	100%
SI	4.9%	3.14%	90.98%	.98%	100%
NO	.98%	2.44%	94.63%	1.95%	100%
TOTALES	4.01%	2.9%	91.85%	1.24%	100%

4.4. TABLA DE CONTINGENCIAS : TIPO DE APOYO QUE LE PROPORCIONA LA RELACIÓN CON SUS AMIGOS

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS GENERALES PARA LA TERCERA EDAD (E.S.G.T.E)

APOYO ECONOMICO A LA FAMILIA

GL :	6
TOTAL χ^2	15.998
Probabilidad	.0138

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8%	4%	88%	0%	100%
SI	3.64%	2.98%	93.22%	.17%	100%
NO	7.25%	1.45%	88.41%	2.9%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

RESIDENCIAS PARA PERSONAS INVALIDAS

GL :	6
TOTAL χ^2	25.986
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	10.45%	1.49%	88.06%	0%	100%
SI	3.76%	3.11%	92.96%	.16%	100%
NO	2.17%	2.17%	91.3%	4.35%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

GL :	6
TOTAL χ^2	25.964
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	10.98%	2.44%	86.59%	0%	100%
SI	3.57%	3.06%	93.2%	.17%	100%
NO	1.85%	1.85%	92.59%	3.7%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

SANATORIOS GERIATRICOS DE REHABILITACIÓN

GL :	6
TOTAL χ^2	24.886
Probabilidad	.0004

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8.64%	2.47%	88.89%	0%	100%
SI	3.83%	3%	93.01%	.17%	100%
NO	2.38%	2.38%	90.48%	4.76%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

HOSPITALES DE DIA EN REGIMEN EXTERNO

GL :	6
TOTAL χ^2	24.16
Probabilidad	.0005

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	9.52%	3.57%	86.9%	0%	100%
SI	3.75%	3.07%	93.02%	.17%	100%
NO	1.89%	0%	94.34%	3.7%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

ASISTENCIA EN EL PROPIO DOMICILIO

GL :	6
TOTAL χ^2	25.788
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8.45%	1.41%	90.14%	0%	100%
SI	3.76%	3.27%	92.8%	.16%	100%
NO	4.76%	0%	90.48%	4.76%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

INCREMENTO DE LAS PENSIONES

GL :	6
TOTAL χ^2	15.834
Probabilidad	.0147

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	10.17%	1.69%	88.14%	0%	100%
SI	3.9%	3.12%	92.67%	.31%	100%
NO	0%	0%	95.83%	4.17%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

SERVICIOS DE INFORMACION

GL :	6
TOTAL χ^2	25.956
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
0	9.41%	3.53%	87.06%	0%	100%
1	3.7%	2.69%	93.43%	.17%	100%
2	2.22%	4.44%	88.89%	4.44%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

OTROS SERVICIOS

GL :	6
TOTAL χ^2	29.169
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	8.57%	2.86%	88.57%	0%	100%
SI	2.84%	3.06%	93.89%	.22%	100%
NO	0%	1.79%	94.64%	3.57%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y MENTAL (E.S.F.P)

VECES HA IDO AL MEDICO

GL :	9
TOTAL χ^2	20.179
Probabilidad	.0168

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	20%	20%	60%	0%	100%
-6 Veces	3.36%	2.24%	94.12%	.28%	100%
7-12 veces	5.61%	3.57%	90.31%	.51%	100%
+7 veces	3.73%	2.48%	93.17%	.62%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

DIFICULTAD PARA ANDAR

GL :	6
TOTAL χ^2	48.553
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	4.49%	1.63%	93.0%	.82%	100%
NO	3.77%	3.56%	92.45%	.21%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

DIFICULTAD PARA OIR

GL :	6
TOTAL χ^2	32.586
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	1.86%	2.33%	95.35%	.47%	100%
NO	4.94%	3.16%	91.5%	.4%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

DIFICULTAD PARA VER

GL :	6
TOTAL χ^2	47.424
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.78%	2.41%	93.8%	0%	100%
NO	4.18%	3.25%	91.88%	.7%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

DIFICULTAD PARA HABLAR

GL :	6
TOTAL χ^2	50.267
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	0%	8.33%	91.6%	0%	100%
NO	4.23%	2.62%	92.71%	.44%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

REUMA

GL :	6
TOTAL χ^2	45.582
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.77%	3.03%	92.9%	.25%	100%
NO	4.32%	2.78%	92.28%	.62%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

TENSION ALTA

GL :	6
TOTAL χ^2	47.259
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.73%	3.73%	92.5%	0%	100%
NO	4.16%	2.49%	92.72%	.62%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

ARTROSIS

GL :	6
TOTAL χ^2	45.456
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	4.39%	2.99%	92.2%	.4%	100%
NO	3.17%	2.71%	93.67%	.45%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

DIABETES

GL :	6
TOTAL χ^2	45.417
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.53%	3.53%	92.9%	0%	100%
NO	4.08%	2.83%	92.62%	.47%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

CORAZON

GL :	6
TOTAL χ^2	46.067
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	100%	0%	0%	0%	100%
SI	3.97%	3.97%	92.0%	0%	100%
NO	4.03%	2.68%	92.79%	.5%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

CIRCULACION

GL :	6
TOTAL χ^2	30.682
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	3.05%	2.77%	93.63%	.55%	100%
NO	5%	3.06%	91.67%	.28%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

COLESTEROL

GL :	6
TOTAL χ^2	32.973
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	5.42%	3.03%	90.36%	1.2%	100%
NO	3.6%	2.88%	93.33%	.18%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

APARATO DIGESTIVO

GL :	6
TOTAL χ^2	33.412
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	2.14%	4.28%	93.58%	0%	100%
NO	4.68%	2.43%	92.32%	.56%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

APARATO URINARIO

GL :	6
TOTAL χ^2	30.077
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	3.47%	4.17%	91.67%	.69%	100%
NO	4.16%	2.6%	92.89%	.35%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

IRA O ENFADO

GL :	12
TOTAL χ^2	37.067
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	5.12%	3.58%	91.05%	.26%	100%
ALGO	2.5%	2.08%	94.58%	.83%	100%
BASTANTE	2.56%	1.28%	96.15%	0%	100%
MUCHO	8.33%	8.33%	83.33%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

NERVIOSISMO

GL :	12
TOTAL χ^2	43.417
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	3.75%	4.58%	91.25%	.42%	100%
ALGO	3.99%	1.45%	93.84%	.72%	100%
BASTANTE	5.88%	.74%	93.38%	0%	100%
MUCHO	1.45%	7.25%	91.3%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

MEMORIA

GL :	12
TOTAL χ^2	31.558
Probabilidad	.0016

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	5.46%	3.36%	90.76%	.42%	100%
ALGO	3.37%	2.69%	93.6%	.34%	100%
BASTANTE	3.65%	2.88%	92.81%	.72%	100%
MUCHO	2.13%	2.13%	95.74%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

DEPRESION

GL :	12
TOTAL χ^2	31.514
Probabilidad	.0016

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	3.74%	3.08%	92.51%	.66%	100%
ALGO	3.95%	2.26%	93.79%	0%	100%
BASTANTE	5%	3.33%	91.67%	0%	100%
MUCHO	6.67%	3.33%	90%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

SATISFACCION CORPORAL

GL :	12
TOTAL χ^2	37.094
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	5.16%	2.82%	91.08%	.94%	100%
ALGO	.74%	2.21%	96.32%	.74%	100%
BASTANTE	4.39%	3.51%	92.11%	0%	100%
MUCHO	4.86%	2.78%	92.36%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

PROBLEMAS DE CONCENTRACION

GL :	12
TOTAL χ^2	32.578
Probabilidad	.0011

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	4.47%	3.16%	92.11%	.26%	100%
ALGO	3.77%	2.93%	92.47%	.84%	100%
BASTANTE	4%	2.67%	93.33%	0%	100%
MUCHO	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

DISMINUCION DEL INTERES

GL :	12
TOTAL χ^2	43.109
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	4.77%	2.5%	92.27%	.45%	100%
ALGO	3.87%	2.76%	92.82%	.55%	100%
BASTANTE	1.47%	1.47%	97.06%	0%	100%
MUCHO	0%	12.5%	87.5%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

MIEDO

GL :	12
TOTAL χ^2	36.854
Probabilidad	.0002

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	3.6%	3.14%	92.61%	.38%	100%
ALGO	6.25%	0%	92.97%	.78%	100%
BASTANTE	2.86%	2.86%	94.29%	0%	100%
MUCHO	3.33%	6.67%	90%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

TRISTEZA

GL :	12
TOTAL χ^2	41.056
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
NADA	3.01%	3.55%	92.62%	.82%	100%
ALGO	6.25%	1.25%	92.5%	0%	100%
BASTANTE	2.78%	2.78%	94.44%	0%	100%
MUCHO	2.33%	6.98%	90.7%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

ESTADO SALUD

GL :	15
TOTAL χ^2	37.111
Probabilidad	.0012

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
Excelente	0%	4.55%	95.45%	0%	100%
Bueno	3.6%	.9%	94.59%	.9%	100%
Normal	5.29%	3.96%	90.31%	.44%	100%
Regular	3.92%	2.41%	93.37%	.3%	100%
Malo	0%	6.9%	93.1%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D)

SE BAÑA O SE DUCHA

GL :	12
TOTAL χ^2	21.302
Probabilidad	.0461

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
NUNCA	0%	6.67%	93.33%	0%	100%
ALG. VECES	2.63%	2.63%	93.42%	1.32%	100%
FRECUEENT.	3.77%	3.14%	92.45%	.63%	100%
SIEMPRE	4.84%	2.58%	92.58%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

SE LIMPIA Y CUIDA EL PELO

GL :	12
TOTAL χ^2	31.232
Probabilidad	.0018

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	23.08%	0%	69.23%	7.69%	100%
NUNCA	0%	0%	100%	0%	100%
ALG. VECES	3.39%	3.39%	93.22%	0%	100%
FRECUEENT.	4.61%	3.62%	91.45%	.33%	100%
SIEMPRE	3.53%	2.35%	93.82%	.29%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

CUESTIONARIO DE INFORMACION PERSONAL (C.I.P : H.F. y N.A.)

CUESTIONARIO DE HABILIDADES FUNCIONALES (H.F)

CUIDADO PERSONAL

GL :	9
TOTAL χ^2	22.547
Probabilidad	.0073

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	26.67%	0%	73.33%	0%	100%
No ayuda	4.05%	2.85%	92.64%	.45%	100%
Algo ayuda	0%	6.45%	93.55%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

COMER

GL :	9
TOTAL χ^2	28.961
Probabilidad	.0007

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	29.41%	0%	70.59%	0%	100%
No ayuda	3.61%	2.89%	93.06%	.43%	100%
Algo ayuda	7.69%	7.69%	84.62%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

VESTIRSE O DESVESTIRSE

GL :	9
TOTAL χ^2	37.475
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	44.44%	0%	55.56%	0%	100%
No ayuda	3.85%	2.81%	92.9%	.44%	100%
Algo ayuda	2.86%	5.71%	91.43%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

ANDAR

GL :	9
TOTAL χ^2	43.257
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	41.67%	0%	58.33%	0%	100%
No ayuda	3.49%	2.86%	93.17%	.48%	100%
Algo ayuda	5.19%	3.9%	90.91%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

LEVANTARSE O ACOSTARSE

GL :	9
TOTAL χ^2	33.257
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
No ayuda	3.98%	2.95%	92.64%	.44%	100%
Algo ayuda	0%	3.12%	96.88%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

LAVARSE

GL :	9
TOTAL χ^2	39.895
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	44.44%	0%	55.56%	0%	100%
No ayuda	3.67%	2.79%	93.1%	.44%	100%
Algo ayuda	7.69%	7.69%	84.62%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

ADMINISTRAR EL DINERO

GL :	9
TOTAL χ^2	26.14
Probabilidad	.0019

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	0%	66.67%	0%	100%
No ayuda	3.88%	2.95%	92.7%	.47%	100%
Algo ayuda	2.27%	2.27%	95.45%	0%	100%
Toda ayuda	4.17%	4.17%	91.67%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

USAR EL TELEFONO

GL :	9
TOTAL χ^2	28.982
Probabilidad	.0007

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	36.36%	0%	63.64%	0%	100%
No ayuda	3.85%	2.96%	92.74%	.44%	100%
Algo ayuda	3.33%	3.33%	93.33%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

COMPRAR

GL :	9
TOTAL χ^2	30.417
Probabilidad	.0004

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	36.36%	0%	63.64%	0%	100%
No ayuda	4.04%	2.8%	92.7%	.47%	100%
Algo ayuda	1.89%	3.77%	94.34%	0%	100%
Toda ayuda	0%	6.25%	93.75%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

OTROS

GL :	9
TOTAL χ^2	17.427
Probabilidad	.0424

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	5.73%	1.27%	91.08%	1.91%	100%
No ayuda	4.12%	3.18%	92.7%	0%	100%
Algo ayuda	0%	8.33%	91.67%	0%	100%
Toda ayuda	0%	0%	100%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (N.A)

VER T.V.

GL :	6
TOTAL χ^2	17.791
Probabilidad	.0068

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
SI	3.76%	3.01%	92.78%	.45%	100%
NO	7.41%	1.85%	90.74%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

OIR MUSICA

GL :	6
TOTAL χ^2	20.358
Probabilidad	.0024

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
SI	4.42%	3.75%	91.61%	.22%	100%
NO	3.38%	1.5%	94.36%	.75%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

LEER UN PERIODICO O LIBRO

GL :	6
TOTAL χ^2	39.027
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	60%	0%	40%	0%	100%
SI	3.81%	3.36%	92.38%	.45%	100%
NO	4.03%	2.2%	93.41%	.37%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

COSER, BORDAR O HACER PUNTO

GL :	6
TOTAL χ^2	16.624
Probabilidad	.0116

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	20%	0%	80%	0%	100%
SI	4.52%	1.41%	93.79%	.28%	100%
NO	3.38%	4.51%	91.55%	.56%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

JUEGOS DE MESA

GL :	6
TOTAL χ^2	23.237
Probabilidad	.0007

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	16.67%	0%	83.33%	0%	100%
SI	1.51%	4.53%	93.05%	.91%	100%
NO	6.3%	1.57%	92.13%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

JUEGOS DE AZAR

GL :	6
TOTAL χ^2	14.363
Probabilidad	.0258

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	25%	0%	75%	0%	100%
SI	4.44%	4.44%	91.11%	0%	100%
NO	3.86%	2.73%	92.93%	.48%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

HACER MANUALIDADES

GL :	6
TOTAL χ^2	25.056
Probabilidad	.0003

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	33.33%	11.11%	55.56%	0%	100%
SI	1.9%	1.9%	96.2%	0%	100%
NO	4.49%	3.05%	91.92%	.54%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

SALIR A LA CALLE

GL :	6
TOTAL χ^2	16.245
Probabilidad	.0125

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	40%	0%	60%	0%	100%
SI	4.13%	2.95%	92.48%	.44%	100%
NO	2.44%	2.44%	95.12%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

NOTA: Ninguno, Material, Afectivo y Ambos son las alternativas de respuesta de Tipo de Apoyo.

DAR UN PASEO

GL :	6
TOTAL χ^2	29.913
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	66.67%	0%	33.33%	0%	100%
SI	4.15%	3.08%	92.31%	.46%	100%
NO	2.82%	1.41%	95.77%	0%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

GUISAR

GL :	6
TOTAL χ^2	38.605
Probabilidad	.0001

	Ninguno	Material	Afectivo	Ambos	TOTALES
NC	44.44%	0%	55.56%	0%	100%
SI	4.12%	2.94%	92.75%	.2%	100%
NO	2.93%	2.93%	93.17%	.98%	100%
TOTALES	4.28%	2.9%	92.4%	.41%	100%

ANEXO D
INDICE DE TABLAS

ANEXO D: INDICE DE TABLAS

I. MARCO TEORICO	Pág.
Tabla 1.1. El concepto de apoyo social: dimensiones y perspectivas de estudio	12
Tabla 1.2. Instrumentos de medida del apoyo social más utilizados	37
Tabla 1.3. Instrumentos más utilizados para evaluar la Calidad de Vida.	91
Tabla 1.4. Dimensiones más frecuentes de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).	104
Tabla 1.5. Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria	107
Tabla 1.6. Ambivalencia de Significados del Tiempo Libre	119
II. METODOLOGIA	
Tabla 2.1. Variables del instrumento de Información Biográfica	141
Tabla 2.2. Características Demográficas	158
Tabla 2.3. Distribución de frecuencias y porcentajes por edad en totales: general, hogar del pensionista y residencia.	159
Tabla 2.4. Características del Nivel de Vida	165
Tabla 2.5. Media y desviación típica en la variable número de hijos y nietos	166
Tabla 2.6. Distribución de frecuencia y porcentaje en la variable nivel de estudios	167
Tabla 2.7. Categorías profesionales con mayor porcentaje.	169
Tabla 2.8. Distribución porcentual y por frecuencias de las muestras en la variable con quien vive	171

Tabla 2.9. Frecuencias y porcentajes de la cuantía de la pensión	172
Tabla 2.10. Porcentaje y moda de las variables descriptivas más relevantes en la muestra equiparada general-hogar.	175
Tabla 2.11. Porcentaje y moda de las variables descriptivas más relevantes en la muestra equiparada general-residencia.	177
Tabla 2.12. Porcentajes y moda de las variables descriptivas más relevantes de la muestra del retest	179

III. ANALISIS Y RESULTADOS

Tabla 3.1. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "siempre" del Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD).	190
Tabla 3.2. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "no necesito ayuda" del Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF).	193
Tabla 3.3. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "si" del Cuestionario de Nivel de Actividad (NA).	196
Tabla 3.4. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "si" del Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE)	199
Tabla 3.5. Porcentajes de las muestras en los "servicios más elegidos" del Cuestionario de Evaluación de Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE)	203
Tabla 3.6. Servicios más importantes elegidos en el ESGTE	206
Tabla 3.7. Servicios menos importantes elegidos en el ESGTE	207
Tabla 3.8. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)	218

Tabla 3.9. Variables estudiadas del Cuestionario de Información Biográfica (IB)	223
Tabla 3.10. Valores significativos de "F" en el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD).	225
Tabla 3.11. Valores de "F" en el Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF)	226
Tabla 3.12. Valores de "F" en el Cuestionario de Evaluación del Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP)	228
Tabla 3.13. Valores de "F" en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)	230
Tabla 3.14. Valores de "t" en el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD)	233
Tabla 3.15. Valores de "t" en el Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF)	234
Tabla 3.16. Valores de "t" en el Cuestionario de Evaluación de la Salud Física y Psicológica (ESFP)	236
Tabla 3.17. Valores de "t" en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)	238
Tabla 3.18. Valores de "t" en el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD)	241
Tabla 3.19. Valores de "t" en el Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF)	244
Tabla 3.20. Valores de "t" en el Cuestionario de Evaluación de la Salud Física y Psicológica (ESFP)	246
Tabla 3.21. Valores de "t" en el Cuestionario de Apoyo Social (AS)	249
Tabla 3.22. Matriz de Correlación del Apoyo Social	252

Tabla 3.23. Variables que correlacionan en "alto" AS ("veces que ve y habla con...")	258
Tabla 3.24. Variables que correlacionan en "alto" AS ("grado de satisfacción de la relación con...")	259
Tabla 3.25. Variables que correlacionan en "bajo" AS ("veces que ve y habla con...")	260
Tabla 3.26. Variables que correlacionan en "bajo" AS ("grado de satisfacción de la relación con...")	263
Tabla 3.27. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Nivel de Actividad (NA), Muestra General.	268
Tabla 3.28. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales para la Tercera Edad (ESGTE), Muestra General.	270
Tabla 3.29. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica (ESFP), Muestra General.	272
Tabla 3.30. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS), Muestra General.	273
Tabla 3.31. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Nivel de Actividad (NA), Muestra General y Hogar.	275
Tabla 3.32. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE), Muestra General y Hogar.	278
Tabla 3.33. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica (ESFP), Muestra General y Hogar.	280
Tabla 3.34. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS), Muestra General y Hogar.	282
Tabla 3.35. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Nivel de Actividad (NA), Muestra General y Residencia.	285

Tabla 3.36. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Evaluación de los Servicios Generales de la Tercera Edad (ESGTE), Muestra General y Residencia.	287
Tabla 3.37. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario del Estado de la Salud Física y Psicológica (ESFP), Muestra General y Residencia.	290
Tabla 3.38. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS), Muestra General y Residencia.	292
Tabla 3.39. Valores de " χ^2 " en el Cuestionario de Apoyo Social (AS) con el resto de instrumentos.	295
Tabla 3.40. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra General	299
Tabla 3.41. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con su esposo/a") Muestra del Hogar	300
Tabla 3.42. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con sus hijos") Muestra del Hogar	301
Tabla 3.43. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los familiares") Muestra del Hogar	301
Tabla 3.44. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra del Hogar	302
Tabla 3.45. Variables que inciden en "alto" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra de la Residencia	303
Tabla 3.46. Variables que inciden en "alto" AS ("grado de satisfacción de la relación con amigos") Muestra General	303
Tabla 3.47. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con su esposo/a") Muestra General	304
Tabla 3.48. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con sus familiares") Muestra General	305

Tabla 3.49. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra General	306
Tabla 3.50. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con su esposo/a") Muestra del Hogar	307
Tabla 3.51. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los familiares") Muestra del Hogar	307
Tabla 3.52. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con su esposo/a") Muestra de la Residencia	308
Tabla 3.53. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que y habla con los hijos") Muestra de la Residencia	308
Tabla 3.54. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los familiares") Muestra de la Residencia	309
Tabla 3.55. Variables que inciden en "bajo" AS ("veces que ve y habla con los amigos") Muestra de la Residencia	310
Tabla 3.56. Variables que inciden en "bajo" AS ("grado de satisfacción de la relación con amigos") Muestra General	311
Tabla 3.57. Variables que inciden en "bajo" AS ("grado de satisfacción de la relación con hijos") Muestra Residencia	311
Tabla 3.58. Indices test-retest de los Cuestionarios de Competencia Conductual (AVD y CIP: HF y NA)	316
Tabla 3.59. Indices test-retest de los Cuestionarios de Calidad de Vida (ESGTE y ESFP)	318
Tabla 3.60. Indices test-retest del Cuestionario de Apoyo Social (AS)	319

ANEXO E
INDICE DE FIGURAS

ANEXO E: INDICE DE FIGURAS

I. MARCO TEORICO	Pág.
Figura I.1. Organización teórica para evaluar la calidad de las medidas de apoyo social	16
Figura I.2. Variables relevantes en el análisis de redes sociales	22
Figura I.3. Dimensiones del bienestar psicológico	53
Figura I.4. Amplitud del campo de la calidad de vida y términos afines	72
Figura I.5. Los cuatro sectores de la calidad de vida	83
Figura I.6. Jerarquía de la competencia conductual	84
Figura I.7. Modelo de relación entre estereotipos y expectativas negativas sobre la vejez y discapacidad para las Actividades de la Vida Diaria	102
Figura I.8. Relojes Vitales Diarios	117
II. METODOLOGIA	
Figura II.1. Procedimiento seguido con los sujetos de la muestra del Balneario y Hogares del Pensionista.	150
Figura II.2. Procedimiento seguido con los sujetos de la muestra de la Residencia.	152
Figura II.3. Distribución de la muestra general y específicas.	156
Figura II.4. Distribución de las muestras por edades.	161
Figura. III.1. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "siempre" del Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (AVD).	191

Figura III.2.- Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "no necesito ayuda" del Cuestionario de Habilidades Funcionales (HF).	194
Figura III.3. Porcentajes por sexo y muestras en la alternativa de respuesta "si" del Cuestionario de Nivel de Actividad (NA)	197
Figura III.4. Porcentajes de servicios elegidos en cada muestra	200
Figura III.5. Perfiles de las muestras en función de las preferencias de los servicios del ESGTE.	204
Figura III.6. Porcentajes "veces médico" en el ESFP	208
Figura III.7. Porcentajes "número de medicamentos" en el ESFP	209
Figura III.8. Porcentajes "días cama" en el ESFP	210
Figura III.9.-Porcentajes "días hospital" en el ESFP	211
Figura III.10. Porcentajes "dificultades para..." en el ESFP	212
Figura III.11. Porcentajes "tipo de enfermedad que sufren" en el ESFP	213
Figura III.12.- Porcentajes "problemas relacionados con..." del ESFP	214
Figura III.13. Porcentajes "Estado de Salud Actual" en el ESFP	215
Figura III.14. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en "Cuántas veces ve y habla con..." del Cuestionario de Apoyo Social (AS)	219
Figura III.15. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en "Tipo de apoyo que recibe..." del Cuestionario de Apoyo Social (AS)	220
Figura III.16. Porcentajes por sexo y muestras en "alto" apoyo social en "Grado de satisfacción..." del Cuestionario de Apoyo Social (AS)	221

