

UCLV
Universidad Central
"Marta Abreu" de Las Villas



FCS
Facultad de
Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

TRABAJO DE DIPLOMA

Título: Apoyo social desde las instituciones de salud a adultos mayores del municipio Placetas.

Autora: Helen Santos Castillo

Tutora: Dr.C. Maydell Pérez Inerárity

Asesora: Elizabeth Jiménez Puig

Este documento es Propiedad Patrimonial de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, y se encuentra depositado en los fondos de la Biblioteca Universitaria “Chiqui Gómez Lubian” subordinada a la Dirección de Información Científico Técnica de la mencionada casa de altos estudios.

Se autoriza su utilización bajo la licencia siguiente:

Atribución- No Comercial- Compartir Igual



Para cualquier información contacte con:

Dirección de Información Científico Técnica. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Carretera a Camajuaní. Km 5½. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. CP. 54 830

Teléfonos.: +53 01 42281503-1419

Exergo

“Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre y la mirada más amplia y serena”.

Igmar Bergman

Dedicatoria

A mi madre por ser mi mundo, por todo su amor y paciencia, porque todos mis logros son tuyos.

A mi padre, mi héroe, por motivarme constantemente a alcanzar mis metas y por ser mi refugio.

A Ariel por haberme forjado como la persona que soy, por nunca rendirse conmigo.

A mis hermanas por ser mis regalos más divinos y por inspirarme a ser cada día mi mejor versión.

A Beltrán, mi amor, por todo el amor y apoyo incondicional, gracias por hacerme sentir invencible.

A mi tía, mi segunda madre, por ser mi faro en la distancia.

A mi abuela por ser mi inspiración y por el reto de una vejez eterna.

A mi tío, mi ángel en el cielo, porque su recuerdo llena mi vida.

A mis amigos porque los adoro y completan mi familia, en especial a cada uno de esas personitas mágicas que la UCLV me regaló, porque ustedes son lo mejor de esta experiencia.

A todas esas personas que de una u otra forma han dejado su huella en mi, porque fue increíble que así haya sido.

Agradecimientos

A Maydell por haberme enseñado este mundo increíble, por todo el tiempo invertido, y por permitirme investigar bajo su tutela.

A Elizabeth por llegar en el momento indicado, por la ayuda infinita, por su paciencia, y dedicación sin esperar nada a cambio.

A Idania por su guía siempre oportuna y palabras de aliento.

A los adultos mayores y familias que me abrieron las puertas de sus hogares.

A los proveedores de salud, por toda su cooperación y compromiso.

A mis profesores por ser referentes de profesionalismo, y por brindarme las herramientas necesarias.

A mis compañeros de aula por todas las experiencias y haber transitado este camino juntos.

A cada una de las personas que han hecho esta investigación posible.

¡Gracias!

Resumen

Introducción: El acelerado envejecimiento poblacional en Cuba constituye un serio problema de salud. En este contexto, el apoyo social surge como respuesta a la variedad de nuevas demandas haciendo de los adultos mayores individuos más sanos y activos. **Objetivo:** Caracterizar el apoyo social de las instituciones del Ministerio de Salud Pública a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas.

Métodos: Se empleó un diseño mixto exploratorio descriptivo transversal en la modalidad derivativa. La muestra fue de 38 participantes. Se aplicaron análisis documental, entrevistas, observaciones y Test de apoyo social. Los resultados fueron procesados mediante análisis de contenido y el paquete estadístico SPSS 25.0. Se realizó e análisis integrador mediante la triangulación de fuentes. **Resultados:** Para los adultos mayores los tipos de apoyo más recurrentes fueron el socioemocional y el instrumental. El apoyo social desde las instituciones de salud se realizó desde la dimensión instrumental, con cortes asistencialistas o no potenciadores de un envejecimiento activo. Las principales limitaciones de las instituciones de salud se asociaron a la falta de especialización en la atención al adulto mayor, así como la escasez de recursos humanos y médicos, agravada por la situación compleja de la COVID-19. **Conclusiones:** El apoyo social desde las instituciones de salud fue escaso en la mayoría de los casos, denotando insatisfacción respecto a este y varias limitaciones en la provisión de una atención integral a los adultos mayores placeteños.

Palabras claves: adultos mayores, apoyo social, instituciones de salud.

Abstract

Introduction: The accelerated population aging in Cuba constitutes a serious health problem. In this context, social support arises in response to the variety of new demands, making older adults healthier and more active individuals. **Objective:** To characterize the social support of the institutions of the Ministry of Public Health to the elderly residents of the Pujol-Los Chinos Popular Council of the Placetas municipality. **Methods:** A cross-sectional descriptive exploratory mixed design was used in the derivative modality. The sample was 38 participants. Documentary analysis, interviews, observations and a social support test were applied. The results were processed using content analysis and the SPSS 25.0 statistical package. An integrative analysis was carried out by means of the triangulation of sources. **Results:** For older adults, the most recurrent types of support were socio-emotional and instrumental. The social support from the health institutions was carried out from the instrumental dimension, with welfare cuts or non-enhancers of active aging. The main limitations of the health institutions were associated with the lack of specialization in the care of the elderly, as well as the shortage of human and medical resources, aggravated by the complex situation of COVID-19. **Conclusions:** Social support from health institutions was scarce in most of the cases, denoting dissatisfaction regarding this and several limitations in the provision of comprehensive care to the older adults of Plaça.

Keywords: older adults, social support, health institutions.

ÍNDICE

Introducción:	8
Capítulo 1: Marco referencial teórico	15
1.1. Una mirada hacia la adultez mayor	15
1.2. Marco jurídico-legal de protección al adulto mayor	24
1.3. Apoyo social y adultez mayor	33
1.4. Apoyo social al adulto mayor desde el contexto sanitario en tiempos de COVID-19 en Cuba.....	38
Capítulo 2: Material y métodos	42
2.1. Paradigma de investigación.....	42
2.2. Tipo de estudio y alcance de la investigación	42
2.3. Diseño de la investigación.	43
2.4. Definición conceptual y operacionalización de la variable.....	44
2.5. Caracterización del contexto investigativo	45
2.6. Población y muestra.....	46
2.7. Instrumentos de recogida de información.....	50
2.8. Análisis de datos.....	54
2.9. Procedimientos y ética en la investigación	54
Capítulo 3: Resultados	57
3.1. Fase I.....	57
3.2. Fase II.....	69
3.3. Fase III. Integración de Resultados	72
Conclusiones	76
Referencias bibliográficas	79
Apéndices	

Introducción:

Los avances de la ciencia y los progresos sociales, originan en el presente siglo, un aumento de la esperanza de vida de la población que, junto al efecto combinado de la reducción de las tasas de fecundidad y de mortalidad, modifica la estructura por edades de la población, y conlleva a un incremento demográfico de la persona de la llamada tercera edad. Como resultado, en 2050 se prevé que la población mayor alcance los 2.000 millones, esto significa que una de cada seis personas tendrá más de 65 años, lo que representa el 16.0 % de la población mundial Nations (2019).

Esta transición demográfica se da particularmente de manera acelerada en América Latina y el Caribe. Donde destaca Cuba como uno de los países que más tempranamente inicia este proceso, convirtiéndose en la primera economía envejecida de la región desde 2010. Según la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI, 2021) el país ha transitado desde un 4.6 % de personas mayores de 60 años en 1899 hasta un 21.3 % en el año 2020 y se espera que para el año 2050 representen el 34.9 %, esta relación alcance el valor de 2 360 personas mayores por cada mil niños y jóvenes. Es así que la Isla se convierte en el país más envejecido de la región latinoamericana.

Dentro del país la provincia de Villa Clara sigue siendo la más envejecida, estando su población integrada por 185 mil 500 adultos mayores, lo que representa en un 25.0 %. En este contexto destaca el municipio Placetas por las altas tasas de envejecimiento poblacional con un 26.0 % de adultos mayores, y con una pirámide poblacional constrictiva caracterizada por una elevada esperanza de vida, bajas tasas de natalidad y fecundidad y un saldo migratorio negativo importante (ONEI, 2021).

Partiendo de estos datos, no es de extrañar que, aunque el envejecimiento de la población cubana ante todo es un logro de las políticas humanitarias implementadas por la Revolución socialista desde el año 1959, no deja de ser motivo de preocupación, delimitándose como uno de los mayores problemas de salud de la Isla. El rápido crecimiento del número de adultos mayores, impone numerosos desafíos, así como una diversidad de demandas, necesidades, implicaciones económicas y sociales (Díaz, Fleitas, y Santos, 2021). Debido a esto, la revolución cubana trabaja en aras de garantizar la salud, participación y seguridad de todas las personas de edad con el objetivo de cubrir las crecientes demandas de cuidados, atención y protección social.

En palabras de Savigne, Pérez, y González (2020) hoy se puede afirmar que los adultos mayores cubanos están protegidos por diferentes legislaciones, instituciones y organismos del Estado. Ejemplos de ello son el Modelo de Atención Primaria de Salud de Medicina Familiar, la existencia de un Programa Nacional para la Atención al Adulto Mayor, la creación de las Casas de Abuelos en cada municipio del país, y la materialización de proyectos sociales en Hogares de Ancianos, así como el trabajo desempeñado por la Universidad del Adulto Mayor perteneciente al Ministerio de Educación Superior. Sin embargo, García y Alfonso (2020) señalan el hecho de que las instituciones de salud han estado por debajo de las posibilidades reales de satisfacer dichas demandas.

Se hace necesario poner de manifiesto cómo las redes de apoyo familiares y los sistemas de cuidado cobran cada vez mayor importancia, en un contexto de políticas públicas y sociales consolidadas, económicamente frágiles y de recursos financieros limitados. Es así que, en la actualidad, el apoyo social a los adultos mayores en Cuba constituye un tema de

gran interés, formando parte de la agenda de debate en las reuniones de científicos, especialistas y políticos, adquiriendo prioridad entre los principales objetivos de programas y planes nacionales.

Desde el campo de la Psicología, el modelo de apoyo social brinda una mirada multidimensional de los fenómenos, lo que viabiliza un abanico de posibilidades interventivas y terapéuticas para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores (Salazar, Duany, y Valdéz, 2018). Esto se evidencia en hallazgos de estudios y en la materialización de distintos proyectos investigativos. Se trata de llegar a esta etapa en condiciones de vida saludables, con un ambiente armónico en lo familiar y social, con plena autonomía económica, y amplio disfrute y felicidad para los años que quedan por vivir.

La relación entre las variables bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores es abordada y corroborada en diversos estudios, hallando correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre estas. El contar con un soporte social aminora las posibles situaciones estresantes relacionadas con el deterioro de capacidades, amortigua el impacto de diversos eventos estresantes como el duelo, problemas de salud y crisis de las redes sociales (Borbón y otros, 2020; Cuadra, Medina, y Salazar, 2016; Valdez y Álvarez, 2018).

Esto cobra especial importancia en la realidad de una pandemia mundial que ha tenido fuertes impactos sobre todas las personas de la tercera edad, donde la salud psicológica y emocional de muchos adultos mayores está siendo seriamente afectada ante tal situación y los efectos es posible que sean duraderos (Pinazo, 2020; Torío, 2021). Es aquí donde autores como Alonso y otros (2021) enfatizan en el acompañamiento emocional como una alternativa

eficaz capaz de promover mayor adaptación ante la pandemia causada por Covid-19 y minimizar sus efectos psicológicos negativos.

Este soporte se busca mayormente desde la familia, la que en su rol de cuidadora de ancianos son señaladas por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, al ser uno de los entornos en los cuales se establece por primera vez el comportamiento saludable y donde se moldean inicialmente la cultura, los valores y las normas sociales (Borbón y otros, 2020; García, 2019; Lambiase y otros, 2020; Valdez y Álvarez, 2018). Sin embargo, en otros casos donde existen dificultades para la transmisión plena de las diferentes formas de apoyo en el seno familiar, la institución es la red con mayor frecuencia de contactos, proporcionando apoyo instrumental, informativo, espiritual y socioemocional.

Es desde las instituciones de salud donde se encuentra un valioso punto de apoyo en el medio social, para que se tomen en consideración todos aquellos aspectos psicológicos que favorecen un envejecimiento normal y satisfactorio, y se eduque a la familia en para enfrenar los retos del envejecimiento y la vulnerabilidad del adulto mayor ante el Covid-19, lo que constituye un compromiso en todas las sociedades que persiguen el mejoramiento de la calidad de vida de la especie humana (Azcuy, Camellón, y Roque, 2020; Fusté, Paz, y Pérez, 2019). Como se aprecia, en este contexto, el impacto benéfico del apoyo social sobre el bienestar integral de las personas de edad surge fuertemente como posibilidad de dar respuesta a la variedad de nuevas demandas que plantea el envejecimiento poblacional, haciendo de los adultos mayores individuos más sanos, activos y funcionales.

Justificación

Es necesario que la sociedad y cada individuo asuma una nueva postura ante la vida con respecto al adulto mayor quien merece un tratamiento digno y necesita de las redes sociales de apoyo como importantes condicionantes para su estado de salud individual. Se hace necesario llevar a cabo iniciativas desde las instituciones de salud para fortalecer los lazos del longevo con su comunidad y las redes sociales y promover entornos amigables, a fin de hacer más efectivas las políticas públicas y los programas sociales del presente y el futuro lo que constituye un reto inmediato de las políticas sociales cubanas en aras que la vejez transcurra con un óptimo de satisfacción, funcionalidad y bienestar. Si bien existen evidentes logros en este campo, no es menos cierto que las necesidades y demandas actuales de este grupo poblacional asumen categorías superiores; lo que hace que las respuestas tradicionales resulten ya insuficientes.

Concretamente en el municipio Placetas de la Provincia de Villa Clara, Cuba, las entrevistas a proveedores de salud vinculados al trabajo con adultos mayores placeteños, la consulta bibliográfica respecto al tema, así como la experiencia de la autora alcanzada como parte de la práctica pre-profesional con este grupo etario y su vinculación al grupo científico estudiantil de la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, permite identificar la siguiente situación problemática:

- Incremento acelerado del envejecimiento poblacional en Placetas, ocupando el cuarto lugar en los índices más elevados de envejecimiento demográfico en el país, y el segundo de la provincia, que sobrepasan el 26.0 %.

- Insuficiencia de estudios respecto al apoyo social a adultos mayores placeteños por parte de las instituciones del MINSAP en el contexto de la pandemia COVID-19.

En base a la realidad problemática descrita, se busca profundizar en el estudio de las características del apoyo social ofrecido por las instituciones del MINSAP a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas, desde la perspectiva de los proveedores de salud, los propios adultos mayores y sus familias.

Para ello se elabora la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué caracteriza el apoyo social ofrecido por las instituciones del MINSAP a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas?

Objetivo General

Caracterizar el apoyo social ofrecido por las instituciones del MINSAP a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas.

Objetivos específicos

Describir el apoyo social ofrecido por las instituciones del MINSAP a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas.

Identificar las acciones de apoyo social ofrecido por las instituciones del MINSAP a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas.

Aportes de la Investigación

Este estudio responde a una demanda social e institucional resultante de la necesidad de contribuir al desarrollo de un envejecimiento activo y dignificante para el geronte, plegado de un apoyo social funcional que contribuya a enfrentar las problemáticas de la cotidianidad, acrecentadas con la pandemia COVID 19. Se aporta información sobre una arista del quehacer profesional de los proveedores de salud que laboran en el Sistema de Atención Primaria, lo cual posibilitará la toma de decisiones para la implementación de proyectos que

mejoren la vida personal y social de la población más envejecida, promoviendo su participación social y la construcción de nuevos vínculos. Además, contribuye a la elaboración de una concepción teórico-metodológica y práctica de apoyo social al adulto mayor al ofrecer una actualización sobre la situación del envejecimiento poblacional en Cuba, las políticas y las bases legales para su atención, así como métodos y procedimientos para la caracterización del apoyo social al adulto mayor en el contexto placeteño.

Capítulo 1: Marco referencial teórico

1.1. Una mirada hacia la adultez mayor

1.1.1. Envejecimiento poblacional en Cuba: centro de atención social y sanitaria

El envejecimiento demográfico y la vejez en el escenario del desarrollo cultural mundial se han convertido, desde las últimas décadas, en un motivo de interés universal siendo uno de los fenómenos característicos del presente siglo. Cuba no está exenta de ello; según Salazary otros (2018) las características sociodemográficas de la Isla como la elevada esperanza de vida de más de 75 años, la baja tasa de natalidad y fecundidad que desde hace 28 años está por debajo del nivel de reemplazo, el flujo migratorio negativo y el escaso desarrollo económico le confieren singularidad y hace que se ubique en la llamada etapa postransicional.

El envejecimiento poblacional a nivel nacional ha impuesto un nuevo reto genera desde el punto de vista económico, biomédico y social, al ser las personas de la tercera edad los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. Esta situación se complejiza en el contexto de una pandemia mundial, donde los adultos mayores han sido el grupo etario de mayor vulnerabilidad, siendo afectados en 66.0% estimándose una tasa de letalidad entre 1.0% y 3.0%. (OMS/OPS, 2000).

Hoy lo más importante no es solamente continuar aumentando la esperanza de vida de la población, sino, además, mejorar cualitativamente la salud de esta para hacer de los adultos mayores sujetos más activo y contribuyentes a la sociedad. Muchos autores refieren esta necesidad impostergable en sus trabajos investigativos.

En esta línea, Grossy Peña (2018) hacen notar que el aumento de la relación de dependencia o coeficiente de carga que posee la población económicamente activa aumentará considerablemente, por lo que hacia el 2030 se espera una cifra de 838.0 % habitantes de 15-59 años. Es por esto que en el país se ha llevado a cabo la reforma a la Ley de Seguridad Social con la cual se extienden las edades de jubilación, si bien esto contribuye a aliviar la carga, a largo plazo la situación seguiría siendo tensa debido al sostenido aumento de la población de más de 75 años, sector poblacional que tradicionalmente requiere de más de cuidados.

De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad. La unidad doméstica continúa siendo un espacio de soporte de las estrategias familiares y de la vida cotidiana de los cubanos; en ella se proporcionan los principales servicios de apoyo, de cuidado y amparo a todos sus miembros y, de manera particular, a los adultos mayores.

En la actualidad cubana, existen muchos más hogares y unidades familiares donde conviven varias generaciones por períodos relativamente largos. De acuerdo al último censo poblacional (ONEI, 2012), el 40.0 % de los hogares cubanos incluye al menos un adulto mayor de 60 años y más, y el 32.0 % tiene dos o tres adultos mayores en un mismo hogar, por lo que es muy probable que una persona adulta mayor se esté ocupando del cuidado de otra constituyendo una sobrecarga adicional a sus propias condiciones de envejecimiento y ocasionando en muchos casos el retiro de la vida laboral en plena edad económicamente productiva.

Sin embargo, estos elementos, que acentúan los aspectos negativos, no son los únicos que se deben considerar, en tanto no permiten ver el significado positivo del cambio en la estructura de edades de la población. La declaración por parte de las Naciones Unidas de que el envejecimiento no es un problema sino un logro, y que no es un mero asunto de seguridad y bienestar social, sino de desarrollo y política económica en su conjunto abrió un enfoque más positivo, acogido por los expertos y las autoridades cubanas (Baró y otros, 2017).

El envejecimiento de la población, por tanto, debe verse como un logro social, pues vivir más ha sido una meta de nuestra especie y en su consecución ha influido mucho el avance científico-técnico alcanzado. En los países envejecidos como Cuba es menester considerar y aprovechar las capacidades de las personas mayores como fuente de desarrollo sostenible, al ser una oportunidad para el desarrollo socioeconómico, si se aprovecha la experiencia acumulada en la preparación de las nuevas generaciones de trabajadores mediante el mantenimiento de un vínculo laboral en las condiciones adecuadas. Asimismo, este segmento de la población crea nuevas demandas de bienes y servicios, cuya satisfacción pudiera constituir una fuente de empleo e ingresos (Bayarre y otros, 2018).

En acuerdo con lo propuesto en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), es preciso crear sistemas de salud que garanticen el acceso asequible a servicios integrados y centrados en las necesidades y preferencias de las personas mayores, vinculados estrechamente a las familias y las comunidades. Se necesita la integración entre los niveles y los servicios, así como entre la asistencia sanitaria y la atención a largo plazo. Este es el camino más sabio para recorrer.

1.1.2. Concepción de adultez mayor. Sus implicaciones más allá de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) declara que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos y los que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta, persona de la tercera edad. Para esta organización el envejecimiento desde el punto de vista biológico se conceptualiza como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte.

Sin embargo, en la conceptualización del envejecimiento es importante tener en cuenta que es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto no solo genético, sino también social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales. Esto lleva en ocasiones, se asuma como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que promueve interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer.

A nivel biológico, el envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte. Las funciones sensoriales, la musculoesquelética, las visuales se ven gravemente afectadas lo que lleva consigo una disminución en el movimiento, aumenta el riesgo de caídas y accidentes, se produce pérdida de autonomía, dificultades en la

comunicación y en el acceso a información, afectaciones en las interacciones interpersonales, aislamiento social, y aparición de estados de ansiedad y depresión (OMS, 2015).

Sin embargo, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, las asociadas con el lenguaje se mantienen estables durante toda la vida. Es muy importante tener en cuenta que los cambios sutiles y heterogéneos en el funcionamiento cognitivo que se observan en las personas mayores sanas como fallos en la memoria y disminución de la velocidad de procesamiento de la información, son muy distintos de los cambios provocados por la demencia.

La función inmunitaria en la vejez disminuye la capacidad del organismo para combatir las infecciones nuevas y la eficacia de las vacunas, una tendencia conocida como inmunosenescencia. Al envejecer, es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas al mismo tiempo, lo que impacta en el funcionamiento y en la calidad de vida y ocasiona que el riesgo de mortalidad sea considerablemente mayor que la suma de los efectos individuales de esas afecciones.

Esto ocupa una preocupación central en el contexto de la pandemia mundial por Covid-19, donde los adultos mayores constituyen un grupo altamente vulnerable. Sin embargo, sería un error pensar que la presencia de una enfermedad en la vejez significa que la persona ya no es saludable. Muchos adultos mayores mantienen una buena capacidad funcional y presentan altos niveles de bienestar a pesar de tener una o más enfermedades e incluso muchos son los que han vencido al coronavirus (Pérez, González, Cano, y Córdova, 2021).

Además de estas alteraciones fisiológicas y biológicas, en la vejez se producen muchos otros cambios vitales de índole social que tiene marcado efecto sobre la dimensión psicológica

del adulto mayor. De manera general, las pérdidas afectivas son difíciles de superar y suponen una afectación psicológica importante.

Por otra parte, la jubilación puede conllevar una disminución de los ingresos económicos y, al mismo tiempo, un aumento considerable del tiempo libre, que es necesario aprender a gestionar de forma adecuada. La persona mayor ve cómo su papel en la vida cambia de forma considerable cuando se jubila, y pasa de ser un sujeto activo a uno más pasivo, por lo que las pérdidas asociadas a la jubilación se pueden vivenciar como una agresión a la autoestima, más aún cuando la identidad de una persona está fundamentada básicamente en su actividad profesional (Agirre, 2018).

Desde el punto de vista psicológico se producen importantes cambios como el reforzamiento o acentuación de sus rasgos de personalidad. Debido a la limitación en sus actividades laborales y sociales, es frecuente en ellos el retraimiento y la tendencia a mirar hacia el pasado y pesan mucho los recuerdos, se tienen pocas motivaciones, el pasado es más importante que el presente y el futuro, la dependencia de otras personas lo llevan a la inseguridad (Hechavarría, Ramírez, García, y García, 2018).

Además, aparece esta formación se conoce como autotranscendencia o necesidad de quedarnos en los que nos rodean, que rige la actividad en estas personas y que es importante desarrollar, encausar y potenciar mediante actividades e intercambios sociales e intergeneracionales. Para el adulto mayor es una necesidad quedarse en los demás, de dejar su legado no material, sino espiritual, hacer análisis reflexivos y hacer explícita en cada tarea que realizan sus competencias cognoscitivas dentro del contexto social y emocional.

Este proceso a su vez ha demostrado que puede contrarrestar efectos declinantes y favorecer una mejor calidad de vida en el envejecer (Izaguirre, López, López, y Santana,

2021). Unido a la necesidad de autotrascender de los adultos mayores, se suma la llamada inteligencia cristalizada, como habilidad para aplicar o transmitir aprendizajes anteriores, conocimientos acumulados, es la experiencia adquirida a lo largo de la vida (Martínez, González, Castellón, y González, 2018).

La Psicología del Desarrollo aún requiere de esfuerzos teóricos para abordar la vejez desde una concepción histórico cultural del desarrollo psíquico, al constituir esta la construcción más acabada e integradora de la explicación acerca de la estructura, contenido, y génesis de la psiquis humana. Desde esta perspectiva, la vejez se considera una etapa desarrolladora y auténtica del ser humano y se identifican necesidades y formaciones psicológicas que lo pueden potenciar como individuo en esta última etapa de la vida humana (Huerta, 2018).

La aplicación de la psicología del desarrollo teniendo como base la Escuela Histórico Cultural de L.S. Vigotski significa enfocar al adulto mayor en su situación social de desarrollo y percibirlo como un ser activo en el proceso de creación de su medio ambiente, y no determinado por este. Concibiéndole como un ser social y cultural producto del sistema de interrelaciones en las que se ve inmerso que asume un importante rol en su familia y dentro de la comunidad. En tal sentido las características de personalidad adquieren un importante papel en el desarrollo del adulto mayor.

Los resultados de numerosas investigaciones como las desarrolladas por Allport, Maslow, González, y Mitjans (1989) permiten plantear que cualidades de personalidad como conocimiento de sí mismo expresado en autoestima, autoconfianza, seguridad, la capacidad de plantearse proyectos a diferentes plazos, la flexibilidad y el desarrollo de capacidades expresivas y cognitivas hacen más susceptibles a las personas de aprovechar las influencias

educativas, de ser menos vulnerables al estrés, más creativos, más íntegros desde el punto de vista moral. Por tanto, un ser humano con mejores posibilidades de auto-trascender, de desarrollar relaciones interpersonales de calidad, de aportar a la familia, a su comunidad, a su país, al mundo.

Por otra parte, los gobiernos, las instituciones socio comunitarias y las de salud tienen el compromiso, el deber, la obligación de garantizar el bienestar de los mayores a partir del cumplimiento de sus funciones y de crear las condiciones necesarias para el logro de ese bienestar. Desde el punto de vista económico una inversión que reporta grandes ganancias y beneficios a corto, mediano y largo plazos, es el desarrollo de un tipo superior de personalidad que garantice, con su participación social activa y responsable, la optimización de procesos como salud, educación, cultura, ciencia y tecnología, entre otros.

1.1.3. *Categorización de la adultez mayor*

En la literatura se establecen tres tipos de envejecimiento para la comprensión de este proceso: normal, patológico y el activo. Con base en Cerqueray Quintero (2015) el envejecimiento normal o primario, no tiene unos parámetros o descriptores bien definidos, este implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo pero que no se constituyen en patologías inhabilitantes. Por el contrario, el envejecimiento patológico o secundario, se caracteriza por problemas de salud y manifestaciones de carácter psicosocial, ligados de manera exclusiva, o al menos predominante a la vejez, que va transformando el proceso fisiológico natural en patológico, lo que en algunos casos puede prevenirse o es reversible.

Como otra alternativa a la concepción del proceso de envejecimiento, surge el término envejecimiento saludable empleado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990, y posteriormente con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas en 2002, es sustituido por el de envejecimiento activo, concepto este multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales. Se define como el proceso continuo de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mantener y mejorar la salud física y mental. La independencia y la calidad de vida a lo largo de todo su curso vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades (OMS, 2021).

El surgimiento del envejecimiento activo ofrece una visión alternativa a los antiguos paradigmas que asocian la vida de las personas mayores con la dependencia, vulnerabilidad, falta de capacidad; en suma, una pobre calidad de vida. Es así que los pilares del envejecimiento activo son la salud, la participación y la seguridad y también la formación continua de las personas adultas mayores a lo largo de su ciclo vital. El objetivo es extender la calidad y la esperanza de vida a edades avanzadas, promoviendo la participación social de acuerdo a las necesidades, deseos y capacidades de cada individuo; aprovechando las oportunidades de tener buena salud física, sentirse bien emocionalmente y vivir en un entorno social favorable, donde son reconocidos plenamente los derechos humanos (Cambero y Baigorri, 2019).

1.2. Marco jurídico-legal de protección al adulto mayor

1.2.1. Marco jurídico-legal internacional de protección al adulto mayor

Existen dos fuentes en las que se establecen —directamente o por extensión— derechos de las personas mayores. La primera son los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados. La segunda proviene de los instrumentos de derechos humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA) y sus organismos especializados. Estos instrumentos no solo proporcionan protección y cuidados a los adultos mayores, sino también aseguran su intervención y participación en la sociedad, algunos de ellos empleando las palabras de Huenchuan (2004) son:

A nivel del Sistema de las Naciones Unidas se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos que, aunque no es instrumento vinculante sí es capaz de generar obligaciones legales de conformidad con el derecho internacional, en el caso de los adultos mayores interesa resaltar que son titulares de derechos individuales (derechos de primera generación), pero también son titulares de derechos de grupo (derechos de segunda y tercera generación). Otros instrumentos son el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las resoluciones en favor de las personas mayores adoptadas por la Asamblea General, los planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de 1982 y 2002, y los instrumentos desarrollados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Recomendación 162 y la Resolución relativa a seguridad social de la Conferencia Internacional de Trabajo, 89a. reunión 5-21 junio, 2001).

A nivel del Sistema de la OEA, se encuentran la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Así como la Resolución CE130.R19 sobre salud y envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estos instrumentos tienen carácter normativo, pero su aplicación es progresiva y sólo exigen a los Estados adoptarlas hasta el máximo de los recursos de que dispongan.

Los derechos de las personas mayores no son recogidos en un documento global de carácter vinculante, por lo que no se cuenta con algún mecanismo que vigile y haga valer la obligatoriedad de la aplicación del conjunto de principios de las Naciones Unidas para este efecto. Aunque cabe destacar que Muchos han sido los intentos y espacios creados para discutir y tomar medidas en relación con la situación a nivel internacional que presentan los adultos mayores. Villarreal (2005) indica algunos de estos logros:

En 1982 se funda la Federación Internacional de la Vejez y se lleva a cabo el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento resultado de la Primera Asamblea Mundial sobre la materia realizada en Viena en 1982, en el que se incluyen cuestiones relacionadas con el envejecimiento individual y de la población en el temario internacional, haciendo especial hincapié en la situación de los países desarrollados. En 1991, la Asamblea General aprueba los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad que, en razón de las medidas previstas, constituyen un instrumento importante en el contexto actual. Allí se enuncian cinco principios que tienen relación estrecha con los derechos consagrados en los diversos instrumentos internacionales: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

En varias conferencias y cumbres de las Naciones Unidas también se han aprobado compromisos y principios rectores en los que se hace particular referencia a la promoción de los derechos de las personas de edad. Por ejemplo, en el año 1995 el Programa de Acción de la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. En el año 2000 las nuevas iniciativas en pro del desarrollo social, del vigésimo cuarto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, por su parte, es resultado de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en España el año 2002 y que, a diferencia del Plan Viena, prestó especial atención a la situación de los países en desarrollo. Como temas centrales, el Plan de Acción de Madrid señala los siguientes: a) realización de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad y b) garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación en contra de las personas de edad (Huenchuan, 2004).

1.2.2. *Marco jurídico-legal de protección al adulto mayor en América Latina y el Caribe*

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador en 1999, es hasta la fecha el único instrumento vinculante para los países que lo han ratificado en América Latina y el Caribe, sirviendo de origen a una base mínima que guíe

el accionar de los gobiernos, mientras se avanza en la consecución de una Convención Internacional cuyo marco lo constituyen por excelencia los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Otro instrumento de importancia para los países de la región es la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento¹, adoptada en noviembre de 2003. Este instrumento tiene por objeto sentar las bases para la acción en materia de atención a la vejez para los próximos años y constituye el primer instrumento regional de este carácter (Huenchuan, 2004).

Los avances nacionales en materia de políticas de vejez tienen una evolución reciente. Durante la década del noventa varios países de la región iniciaron el diseño y/o implementación de políticas expresamente dirigidas a las personas mayores. Algunos de ellos promulgaron leyes especiales y las reformas constitucionales en curso permitieron, en algunos casos, incorporar asuntos específicos relacionados con los derechos de las personas mayores. Hitos impulsores de este proceso han sido, principalmente, la adopción de los Principios de las Naciones Unidas, el Año Internacional de las Personas de Edad y, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002.

En la actualidad en muchas naciones de América Latina y el Caribe llevan a cabo acciones desprendidas de las bases sentadas en la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos y en los mismos criterios de la CEPAL que insisten en la necesidad de replantear la protección social con base en un enfoque de derechos humanos para el logro de la igualdad sustantiva. Estas acciones han sido

consensuadas por los estados miembros de la comisión para su puesta en práctica en el mediano y largo plazo lo que facilita su aplicación con base en el conocimiento e intercambio de buenas prácticas entre los gobiernos.

Si bien es verdad que queda mucho camino por recorrer, el trabajo que se realiza sigue siendo arduo, es así que en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, estos temas vuelven a retomarse, y aunque no es un documento de carácter obligatorio para los Estados, las medidas de política pública que en ella se establecen son de utilidad para avanzar en la protección y en la vigilancia de los derechos humanos de las personas mayores (Huenchuan, 2019).

1.2.3. *Política de atención integral al adulto mayor en Cuba*

En la adultez mayor las contribuciones de las personas en la sociedad pueden quedar devaluadas por perder su rol institucional y productivo, como consecuencia de sus atributos individuales por haber alcanzado una determinada edad. Este cambio de estatus, trae consigo un cambio en la figura de la red social debido al abandono progresivo de las relaciones sociales procedentes de diversos ámbitos (Figueroa, 2018).

A medida que el adulto mayor envejece, la red social personal sufre pérdidas y a su vez, las oportunidades de reemplazarlas se reducen marcadamente. A juicio de Jáuregui, Lazarte, y Lazarte (2018) esto se debe fundamentalmente a que los miembros del grupo de pertenencia, también adultos mayores, tienden a morir con mayor frecuencia y se tienen menos ocasiones sociales para hacer nuevas amistades, probablemente están menos accesibles

o dispuestos a iniciar nuevas relaciones, sumado esto al deterioro de la capacidad funcional que se presenta por enfermedades, así como la jubilación y el ingreso a una residencia.

Como consecuencia de la pérdida de las relaciones sociales para los adultos mayores el afecto o la compañía de las pocas amistades que le quedan cobran mayor importancia. Sin embargo, a pesar de esta tendencia a la disrupción, las redes sociales no son estáticas, sino que por el contrario poseen características de sistemas abiertos ya que se encuentran en un proceso dinámico de construcción y reconstrucción permanente.

Si bien, durante la vejez se enfrentan diversas pérdidas de vínculos, los adultos mayores demuestran un gran potencial para enfrentarlas y desarrollar estrategias que permitan compensarlas y recuperar los anteriores niveles de bienestar. En este mismo orden de ideas muchas son las investigaciones han mostrado ampliamente los efectos positivos que los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad ejercen en la calidad de vida de las personas y, en especial, de los adultos mayores, sobre todo cuando la actividad que realiza la persona mayor es significativa y no se limita a una asistencia pasiva.

Entre las vías a través de las cuales se hacen sentir sus efectos se mencionan la promoción indirecta de conductas saludables, y la resolución de una amplia gama de problemas sociales, factores de riesgo físico, afrontamiento a situaciones de estrés, frecuencia de las enfermedades, respuesta inmunológica y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. Además, movilizan recursos informales promoviendo la participación, la autoresponsabilización y el desarrollo de competencias personales (Tariq y otros, 2020).

En Cuba se ha dado un paso importante y sólido en este sentido con la movilización de los servicios de salud. El Sistema de Seguridad Social que encabeza los

componentes de la red de apoyo social formal, está conformado por dos regímenes: el de seguridad social y el de asistencia social que se integran como un todo armónico y apoyados por otros programas sociales brindan protección y cobertura total a grupos vulnerables de la población. Dentro de estos con los adultos mayores existe un trabajo desarrollado y una valiosa experiencia acumulada, que se corresponde con la prioridad concedida por la Revolución a la política social (Azcuyy otros, 2020).

En 1974 se implemente el Plan Nacional de Atención al Anciano, que se perfecciona en 1982 como respuesta a los acuerdos de la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena donde se aborda el tema del adulto mayor con un enfoque social e integral. En materia de salud, la Ley No. 41 del año 1983, Ley de la Salud Pública, contiene un artículo que establece la coordinación del Sistema Nacional de Salud con las demás instituciones del Estado y la participación activa de toda la comunidad para brindar la atención a los ancianos mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación de índole biopsicosocial, para lograr una vida activa y creativa en este grupo etario.

Por su parte el Decreto Ley No. 139 del 22 febrero del año 1988, Reglamento de la Ley de la Salud Pública, establece la atención comunitaria mediante el servicio del médico y de la enfermera de la familia, del equipo de salud de la comunidad a través del policlínico, así como las modalidades de atención hospitalaria. De manera análoga, se dispuso sobre los hogares de ancianos y las casas de abuelos, sobre la forma de ingresos a estas instituciones y en términos de las relaciones con el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social a los fines de la protección a los ancianos carentes de amparo familiar o de otras personas y sobre la figura de los cuidadores (Arestuche y Acevedo, 2020).

Posteriormente en 1984, la Comisión de Salud, Medio Ambiente y Servicios Comunes del Parlamento, en colaboración con las Comisiones de Trabajo y Seguridad Social, de Construcción y de Vivienda, realiza un estudio sobre la atención institucional al anciano, que sienta las bases para lo que luego se convertiría en el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor. Cabe señalar que este no se instaura cabalmente hasta la segunda mitad de la década de los años noventa, debido a la crisis provocada por la caída del campo socialista.

A partir de 1997 se establece el programa en todos los niveles territoriales y bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), este programa queda estructurado en tres subprogramas fundamentales integrados entre sí: el Subprograma de atención hospitalaria, el Subprograma de atención en instituciones y el Subprograma de atención comunitaria. Este programa ofrece un enfoque multisectorial, multiprofesional e interdisciplinario a la atención del adulto mayor, y su esfera de influencia abarca todos los niveles de atención de salud, pero también la seguridad social, los deportes, la cultura, la legislación y otros (Purón y otros, 2021).

La estructura socioeconómica cubana y la voluntad política del gobierno han constituido un potencial de ayuda para el alcance de los objetivos de este programa, propiciando además la posibilidad de la participación activa de la familia, la comunidad y el propio adulto mayor como protagonista a medida que desarrolla acciones encaminadas a la atención integral al anciano con el objetivo de mantenerlos activos en el seno de la comunidad. Es así que el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor este constituye uno de los programas priorizados, por ello es uno de los cuatro programas que deben cumplir los médicos de familia (González, 2020).

El modelo de salud cubano considera como su escenario fundamental a la atención primaria de salud (APS). Es desde aquí donde se ejecutan el 80.0 % o más de las actividades de los programas de salud, lo que representa la vía ideal para agrupar integralmente las acciones de salud, dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, con el ahorro de esfuerzos, el incremento de la eficiencia e integración de todos los factores (Álvarez, Bayarre, y Pérez, 2018).

Esto se realiza desde un enfoque de salud familiar y comunitaria, que entiende a la familia como la principal red de apoyo para las personas adultas mayores. La calidad de las relaciones familiares tiene un efecto en el nivel de bienestar de estas personas, siempre brindando un apoyo desde las propias instituciones de salud como base para lograr un envejecimiento saludable, el establecimiento de cuidados a largo plazo y al final de la vida a nivel comunitario, el incremento del número de la servicios y especialistas de geriatría en el país, y la capacitación de los profesionales de la salud en materia de envejecimiento (Bayarre y otros, 2018).

Pero no solo en el sector de la salud existen programas de promoción de calidad de vida destinados a personas envejecidas. En la Universidad del Adulto Mayor (UAM), perteneciente al Ministerio de Educación Superior (MES), se enfoca el envejecimiento como una etapa del desarrollo psicológico. Este tipo de atención debe sus éxitos a la voluntad política del estado y del gobierno para ofrecerla sin exclusiones con la participación popular.

La aplicación de las Cátedras Universitarias del Adulto Mayor (CUAM) en relación con las ciencias médicas supera las más grandes expectativas en cuanto a salud comunitaria se refiere, ya que se abordan desde la perspectiva de lograr cambios en el estado de salud de la población mediante la promoción de salud. Se trata de un proceso de crecimiento, cambios y

maduración del ser humano, dirigido a entablar relaciones interpersonales nuevas y más provechosas.

Además, cuenta con el auspicio del Ministerio de Educación Superior (MES), la Central de Trabajadores de Cuba (CTC) y la Asociación Nacional de Pedagogos (ANP), además del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Ministerio de Cultura (MINCULT), entre otras instituciones gubernamentales y sus respectivos Sindicatos, con el objetivo principal de ofrecer educación para las personas mayores (González, Martínez, y Martínez, 2021).

En el cuerpo legal cubano también se articula la responsabilidad del Estado y del Sistema Nacional de Salud con la atención y el cuidado de las poblaciones ancianas. La Fiscalía General de la República como órgano del Estado al que le corresponde el control y preservación de la legalidad, partiendo de las experiencias acumuladas, requirió perfeccionar la atención al ciudadano y del sistema de seguridad social cubano. En estas nuevas leyes se incrementan los beneficios de los ancianos y se pretende un mayor amparo a las personas de otras edades que tengan bajos ingresos y/o situaciones especiales. Estas rebasan el marco de las pensiones y jubilaciones e incluyen seguridad en el empleo, en el ingreso, protección y salud en el trabajo, seguridad en la formación profesional, en la nutrición, la actividad física, el desarrollo individual y la participación social de los adultos mayores (Arestuche y Acevedo, 2020).

1.3. *Apoyo social y adultez mayor*

1.3.1. *Apoyo social: concepto, fuentes y dimensiones*

Johan Bowlby, uno de los más importantes psiquiatras del siglo XX, es quien origina los primeros constructos del Apoyo Social al formular la attachment theory en 1969. Desde entonces existen tantas definiciones como trabajos sobre el tema, por lo que en la actualidad se carece de un consenso sobre la definición de apoyo social. Se trata de un concepto complejo, ambiguo, multidimensional y sujeto a diferentes interpretaciones en el que se mezclan diversos aspectos que tienen relación con redes sociales, vínculos familiares, integración social, estado civil, clase social o asistencia a los oficios religiosos e intentando con esto ser polarizado por otra parte, en una única acción en la salud (Aranda y Pando, 2013).

Es así que se encuentran autores que refieren al apoyo social desde el contenido funcional de las interacciones sociales, otros lo conciben desde la disponibilidad o totalidad de recursos provistos por otras personas, otros lo describen como un conjunto de provisiones percibidas o recibidas por las redes sociales que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis y que se relacionan con la calidad de vida. De otra parte, también se ha hecho un intento de integración de diferentes explicaciones, recogiendo aquellos aspectos más importantes revelados por otros teóricos.

En este marco conceptual se destaca la definición de Roca (1999), por ser una de las más integradoras y completas a entender de la autora por lo que es la asumida en la conceptualización de apoyo social en la presente investigación. Para este autor, el apoyo social es el conjunto de recursos accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su

característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal.

Se han descrito en la literatura científica diferentes fuentes de apoyo. Desde la posición de Azcuayy otros (2020) las fuentes del apoyo pueden ser:

La fuente de apoyo formal está constituida principalmente por las políticas sociales y las instituciones que prestan los servicios establecidos. La organización de dicho apoyo es burocrática y se caracteriza por estar compuesto de agencias diseñadas para la atención de necesidades cotidianas de las personas de edad avanzada cuando estas tienen un nivel elevado de dependencia o su discapacidad excede la capacidad de ayuda por parte de su entorno. Estas organizaciones en muchos casos son impersonales ya que se organizan para la atención de las necesidades de grupos de personas en vez de individuos particulares.

La fuente de apoyo informal realiza funciones no gobernadas por procedimientos burocráticos, formales o técnicos, y que no requieren necesariamente un pago en dinero. Es un cuidado que lo dan de forma voluntaria las personas que forman parte de la red social del anciano y que son significativas para la persona y suele estar presentes en la vida cotidiana, como los amigos, los familiares o los vecinos.

El apoyo formal y el informal no son excluyentes, sino que pueden coexistir entre ellos. Todo depende del contexto social, económico y político del anciano.

Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social que se recogen en Fustéy otros (2019).

El Apoyo estructural o cuantitativo está definido por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño, densidad, dispersión

geográfica, etc., así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos).

El Apoyo funcional o cualitativo tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte, aquí se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Además, se refiere a los diferentes tipos de apoyo (Instrumental, Informativo, Socioemocional y Espiritual) que son sus componentes más importantes, así como al grado de satisfacción con éste.

Este carácter multidimensional del apoyo social es objeto de controversia. No todos los investigadores están de acuerdo con la idea de la existencia de varias dimensiones en el apoyo social o conceptualizan de igual manera distintos constructos, separándolos o integrándolos e incluso en contra de esta teoría, otros autores afirman que las dimensiones de apoyo social se encuentran tan altamente correlacionadas que son difícilmente distinguibles entre ellas.

Para la presente investigación se concibe la definición de Peggy Throis (1986, citado en (Fustéy otros) quien distingue cuatro principales funciones del Apoyo Social:

Apoyo socioemocional de tipo afectivo, se refiere a la aseveración o demostración de amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia al grupo.

Apoyo material o instrumental se refiere a las ayudas tangibles que se reciben o solicitan a algunas personas, que facilitan la realización de las responsabilidades de sus roles ordinarios situando este tipo de ayuda en un plano conductual.

Apoyo informativo también conocido como consejo o guía cognitiva. Se refiere a la comunicación de opiniones o hechos relevantes a dificultades corrientes, tales como aviso, retroalimentación personal e información.

Apoyo espiritual: Ayuda que se recibe para aclarar o entender temas de la vida y conseguir el equilibrio a través de las creencias personales, a la vez que se facilita el crecimiento y el fortalecimiento de la espiritualidad.

1.3.2. *Modelos de apoyo social y mecanismos de acción del apoyo social en la salud*

El apoyo social juega un rol importante para las personas conteniendo un efecto positivo-protector que contrarresta los aspectos negativos en los individuos y grupos que padecen por situaciones no favorables. Por lo que se pone el foco en cuales son los mecanismos mediante los que el apoyo social ejerce su acción, quedando así definidas dos teorías de acuerdo con Figueroa (2018) que podrían explicar la asociación entre el apoyo social y la salud:

El modelo de efecto primario o directo: La primera hipótesis sobre los efectos principales o directos, plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente ya que el apoyo social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud. Se han propuesto dos mecanismos, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psico-fisiológicos (que produciría mejoras en la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud.

Efecto tampón o amortiguador: es donde el apoyo social, se define como aquella herramienta amortiguadora, que puede contener un estado protector y preventivo en la aparición de sintomatologías que perjudican la salud de la persona. Por ende, la base fundamental del apoyo social, es la socialización que trae consigo señales armoniosas, vitales para la salud del individuo y así resarcir los riesgos patológicos.

Esta teoría ofrece una buena explicación para los efectos positivos del apoyo social, al postular que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Si bien la tendencia ha sido asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del apoyo social en la salud, actualmente se considera que estos enfoques no son excluyentes, sino que el apoyo social visto de manera sistemática engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o malestar.

1.4. Apoyo social al adulto mayor desde el contexto sanitario en tiempos de COVID-19 en Cuba

El sistema de salud cubano ha sido reconocido a nivel mundial en múltiples ocasiones al exhibir indicadores de salud que son ejemplo para el mundo, y al ser un sistema de salud universal que se adelantó 15 años en la meta de salud para todos para el año 2000 y cuya principal fortaleza reside en el acceso y la cobertura universales de salud a cargo del Estado que descansan sobre tres principios clave: la salud como derecho humano, la equidad y la solidaridad (Morales y otros, 2018). En este escenario nuevo escenario, y pese a que se trataba de un desafío inédito para todo el mundo, se esperaba que el país fuera uno de los

mejor preparados de la región para responder a la pandemia de COVID-19 y es algo que podemos corroborar en la actualidad gracias a las estrategias adoptados por el estado socialista.

La reacción del Gobierno cubano ante la pandemia fue temprana. En enero de 2020 se constituye el Grupo Temporal de Trabajo para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus, dirigido por el Presidente de la República, Miguel Díaz-Canel, y conformado por altas autoridades del país. El 28 de enero de 2020 se aprueba el Plan de Enfrentamiento a la COVID-19, que establece las prioridades de acción.

De este modo, cuando el 11 de marzo de 2020 aparece el primer caso en el país, ya se habían hecho las previsiones necesarias para contener la expansión del virus. Además de esto se incorpora el uso de la ciencia en las intervenciones terapéuticas mediante el uso de productos novedosos para el tratamiento de la enfermedad y la implementación de un riguroso protocolo de atención con base en la comunidad que incorpora toda la red asistencial, desde la atención primaria hasta las especialidades médicas, en la eventualidad de que lo requirieran (Huenchuan y Fernández, 2020).

Los adultos mayores son uno de los grupos más vulnerables ante el azote mundial de la COVID-19. Esto debido a que la respuesta inmunológica del organismo se va perdiendo con la edad, y además son portadores mayormente de trastornos crónicos de salud, que suponen una complicación adicional al contraer el coronavirus. Por lo mismo, en esta nueva realidad se extreman los cuidados y medidas preventivas en este grupo etario y desde marzo de 2020 se empiezan a tratar para fortalecer su sistema inmunológico.

La atención de este grupo incluye desde intervenciones preventivas en la comunidad hasta la atención hospitalaria en cuidados intensivos. Para ello se planifica cada una de las acciones en los distintos niveles de salud y según grupos de atención, reforzando la evaluación geriátrica por parte de un equipo multidisciplinario. Además, se aplican varias medidas que han sido retomadas en los municipios en fase de transmisión autóctona limitada (MINSAP, 2021).

Sin embargo, no se evita la paradoja, se hace imprescindible apoyar todas las orientaciones de protección y de autodisciplina, manteniendo un distanciamiento físico para evitar el contagio. Hoy más que nunca se precisa el acercamiento emocional y el acompañamiento afectivo sobre todo en los adultos mayores ante esta difícil situación, ya que al estar confinados en casa una gran cantidad de adultos mayores no hallan actividades que estimulen su desarrollo cognitivo, por lo que pueden verse acelerados problemas en la atención, la memoria y el pensamiento. Asimismo, se les dificulta establecer relaciones sociales, lo que genera enfermedades y trastornos emocionales como el Alzheimer, depresión.

Es importante comprender que no se trata de un aislamiento emocional con quienes o de quienes nos rodean. El llamado es a la familia para estar unidos y sanos. Mantener procesos de comunicación continua. Distanciamiento físico no es impedimento para seguir siendo solidarios en nueva cultura gerontológica, libre de discriminación y paternalismos, por un envejecimiento activo, empoderado, saludable y sostenible (García y Alfonso, 2020).

Sin dudas, las medidas adoptadas por los estados para la protección de la población y de los grupos vulnerables ante el Covid-19 como distanciamiento social y en confinamiento en las vivencias han limitado la participación de los adultos mayores en actividades

económicas y sociales, y a supuestos nuevos retos en las formas de comunicarse, cambios en las relaciones sociales, asuntos que tienen que ver con reacciones emocionales, alteraciones conductuales y nuevos desafíos en las estructuras familiares (Lino y Téllez, 2021). Todo ello justifica y demanda que la mayoría de los esfuerzos se orienten hacia la máxima protección de los mayores. Las iniciativas dirigidas por las instituciones de salud y enfocadas en el apoyo social a los adultos mayores pudieran ser significativas para el logro de este propósito.

Capítulo 2: Material y métodos

2.1. Paradigma de investigación

La presente investigación se sustentó en el paradigma mixto. Su utilización permitió analizar y efectuar indagaciones más dinámicas, agregar complejidad al diseño de estudio; al contemplar todas las ventajas de cada uno de los enfoques entre otras muchas bondades. Siendo así, esta opción metodológica implicó la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. A decir de Hernández, Fernández, y Baptista (2014) el paradigma mixto permite lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno a estudiar; obtener datos más sustanciosos y variados mediante la multiplicidad de fuentes y tipos de datos, contextos o ambientes.

2.2. Tipo de estudio y alcance de la investigación

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo transversal en el período comprendido entre septiembre del 2020 y octubre del 2021. Según Hernández y otros (2014) los estudios exploratorios descriptivos transversales se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Los datos son recolectados en un solo momento, en un tiempo único, para describir la población en un momento dado.

Su objetivo es explicar las características más importantes del fenómeno que se va a estudiar en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo y definir el problema,

establecer hipótesis y determinar la metodología para formular un estudio de investigación definitivo. En este tipo de investigación se pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas, ni se llega a conclusiones definidas ni generales.

Siguiendo este tipo de estudio, se puso especial énfasis en mostrar con precisión las dimensiones funcionales del apoyo social desde las instituciones de salud, temática insuficientemente estudiada en el contexto de estudio y ante la particular pandemia de COVID-19, lo cual se corroboró mediante la revisión bibliográfica y la entrevista a profesionales en el tema. Además, se obtuvo información sobre la pertinencia de llevar a cabo una investigación más completa respecto a este fenómeno, indagar en nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias que surgieron ante el nuevo contexto epidemiológico, donde este soporte social se hace tan necesario.

2.3. Diseño de la investigación.

Se empleó un diseño mixto, que respondió a una estrategia secuencial exploratoria tipo DEXPLOS con igual predominancia de status CUALITATIVA-CUANTITATIVA. El diseño implica una fase inicial de recolección y análisis de datos cualitativos seguida de otra donde se recaban y analizan datos cuantitativos. En esta investigación se empleó la modalidad derivativa, donde la recolección y el análisis de los datos cuantitativos se hacen sobre la base de los resultados cualitativos..

La mezcla mixta ocurre cuando se conecta el análisis cualitativo de los datos y la recolección de datos cuantitativos. La interpretación final es producto de la comparación e integración de resultados cualitativos y cuantitativos. El DEXPLOS tiene distintas finalidades, en este caso

se empleó para determinar la distribución de un fenómeno dentro de una población seleccionada.

2.4. Definición conceptual y operacionalización de la variable.

Identificación de la variable:

La variable de estudio y principal es el apoyo social de la que se estudió su dimensión funcional, que a la vez está compuesta por factores socioemocional, informativo, espiritual e instrumental. Además, el apoyo social tiene factores sociodemográficos que se observan en la muestra como: el sexo, la edad y el estado civil.

Conceptualización y operacionalización de la variable:

Tabla 1
Matriz de operacionalización de la Variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escalas	Baremo	Instrumento
Apoyo Social	Es el conjunto de recursos accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal (Roca, 1999).	Es un factor multidimensional, que abarca diversas funciones como la ayuda socioemocional, instrumental o material, espiritual e informativa, y que además se mezclan con diversos aspectos que tienen relación con redes sociales, vínculos familiares, edad, estado civil y sexo (Peggy Throis, 1986 citado en (Fustéy otros, 2019).	Apoyo emocional	2 y 4.	De Likert:	Pregunta N.1: Poco: de 2 a 4 puntos	Test de Apoyo Social (validado en Cuba en el 2003).
				1 y 3.	1. Nunca	Alguno: 5-7 puntos	
			Apoyo instrumental		2. Así	Mucho: 8-10 puntos	
			Apoyo informativo	6 y 8.	3. Nunca		
					4. Siempre	Pregunta N.2: Nulo: 9-17 puntos	
					5. Siempre	Poco frecuente: 18-26 puntos.	
						Frecuente: 27-35 puntos	
						Muy frecuente: 36-45 puntos	
			Apoyo espiritual	5 y 7.		Pregunta N.3: la clave se observa directamente en la prueba.	

Fuente: Elaboración propia

2.5. Caracterización del contexto investigativo

Placetas se encuentra ubicada en la provincia de Villa Clara, limita por el norte con los municipios Santa Clara y Camajuaní, por el sur con la provincia de Sancti Spíritus, por el este con el municipio de Remedios, y por el oeste con el municipio de Manicaragua. Tiene una extensión superficial de 656,5 km² y cuenta con 66 696 habitantes de ellos 33 206 hombres y 33 490 mujeres (ONEI, 2021). De este total de habitantes, 17 237 son adultos mayores, lo que representa casi el 26.0 % de la población total.

El municipio está constituido por 15 Consejos Populares, dentro de estos el Consejo Popular Pujol-Los Chinos destaca al ser el más envejecido, según los datos recabados en el Policlínico Norte de salud del municipio que atiende esta área. Este Consejo Popular consta de un área de 35 kilómetros al cuadrado, incluyendo la parte rural, al extremo este por carretera de Zulueta. Está integrado por 13 circunscripciones, una de ellas también denominada Pujol-Los Chinos de la que recibe el nombre inicialmente, está dentro de consejos urbanos del municipio y cuenta con un área que pertenece al casco histórico de la cabecera municipal al albergar la Iglesia Católica, Parque Casallas, el Busto de Martí y el Casino Español.

Se extiende al noreste y al sureste de la carretera central, ubicándose su mayor densidad poblacional en el Reparto que le da nombre. Esta zona del municipio placeteño cuenta con un policlínico de salud, un Hogar Materno, y otro Hogar de Ancianos, una casa de Abuelos, una Clínica Dental, dos farmacias y 11 consultorios del médico de la familia.

2.6. Población y muestra

La población la constituyeron todos los adultos mayores y sus familiares pertenecientes a 3 consultorios médicos de la familia, identificados con los números 13-8 (antiguo 33), 13-9 (antiguo 43) y 13-10 (antiguo 42) del Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas, así como los proveedores de la salud que laboran en dichos centros o que tienen relación con estos en aras de brindar una atención integral a las personas de la tercera edad. Teniendo en cuenta los objetivos específicos orientados para cada fase se utilizó un muestreo no probabilístico e intencional a través de criterios de selección (tabla 2).

Tabla 2
Criterios de selección muestral

Muestra	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de salida
Proveedores de salud	- Ser profesional de salud que labore con el adulto mayor residente del Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas - Consentimiento de participar en la investigación.	- Presentar enfermedad invalidante para participar en el estudio en el momento de su realización. - Estar en cuarentena producto del COVID-19. - No encontrarse laborando en los consultorios médicos de la familia en el período investigativo.	- Deseo de abandonar la investigación. - Sesiones incompletas. - Fallecimiento durante el proceso de investigación.
Adultos mayores	- Ser adulto mayor residente del Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas. - Consentimiento de participar en la investigación.	- Presentar incapacidad mental diagnosticada por especialistas que impidan el completamiento de las sesiones de investigación. - Estar en cuarentena producto del COVID-19.	- Deseo de abandonar la investigación. - Sesiones incompletas. - Fallecimiento durante el proceso de investigación.
Familiares	- Ser familiar del adulto mayor participante residente del Consejo Popular Pujol-Los	- Presentar incapacidad mental diagnosticada por especialistas que impidan el	- Deseo de abandonar la investigación. - Sesiones incompletas. - Fallecimiento durante

Chinos del municipio Placetas -Consentimiento de participar en la investigación.	completamiento de las sesiones de investigación. -Estar en cuarentena producto del COVID-19.	el proceso de investigación.
--	--	---------------------------------

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, la muestra quedó conformada por 15 adultos mayores, con rangos etarios de 60 a 84 años, donde se encontraron equivalencias entre sexos (M:8 y H:7). La raza blanca, fue la predominante en el 80.0 % de los casos. Mientras que el estado civil de casado fue el más frecuente con un 46.7 %, seguido de viudo, en su totalidad mujeres. Cuatro adultos mayores tuvieron estudios sin culminar, aunque sabían leer y escribir. El 53.3 % de los adultos mayores eran jubilados, seguidos de los que continuaban trabajando como cuenta propia y otros 2 aún en edad laboral.

En consonancia con la cantidad de hijos, la tendencia con un 40.0 % estuvo en tener 2 hijos, lo que concuerda con las características demográficas del territorio de la presencia de una baja tasa de natalidad. Destacó la presencia de distintas generaciones en el mismo hogar y la convivencia de adultos mayores, predominando los hogares nucleares con un 40.1% seguido de los extensos. La hipertensión arterial (HTA) y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) fueron las principales enfermedades y/o incapacidades en la muestra distribuidas equitativamente en un 20.0 %, llegándose a presentarse en comorbilidad en el 33.3% de los casos (tabla 3)

Tabla 3
Datos sociodemográficos

Variable	Frecuencia (%)
Edad	
60-64	5 (33.3)
65-74	5 (33.3)
75-84	5 (33.3)
Sexo	

Femenino	8 (53.3)
Masculino	7 (46.7)
Raza	
Blanca	12 (80.0)
Afrodescendiente	2 (13.3)
Mestiza	1 (6.7)
Estado civil	
Casado	7 (46.7)
Soltero	2 (13.3)
Viudo	4 (26.7)
Divorciado	1 (6.7)
Unión consensual	1 (6.7)
Nivel de escolaridad	
Estudios no culminados	4 (26.7)
Secundaria Básica culminada	5 (33.3)
Bachillerato culminado	2 (13.3)
Universitario	4 (26.7)
Vínculo laboral	
Sin vínculo laboral	8 (53.3)
Vínculo laboral estable	2 (13.3)
Vínculo laboral inestable	1 (6.7)
Vínculo laboral a tiempo completo	3 (20.0)
Vínculo laboral a medio tiempo	1 (6.7)
Cantidad de hijos	
1	3 (20.0)
2	6 (40.0)
3	4 (26.7)
4	1 (6.7)
5	1 (6.7)
Convivientes	
Solo	3 (20.0)
Con un miembro (hijos)	1 (6.7)
Con 2 miembros (hijos, cónyuge, padres)	6 (40.1)
Con 3 miembros (incluye nietos)	4 (26.7)
Con 4 miembros	1 (6.7)
Fuente de ingresos	
Hijos	3 (20.0)
Hijos y salario	1 (6.7)
Hijos y pensión	2 (13.3)
Pensión	3 (20.0)
Salario	6 (40.1)

Enfermedades y/o discapacidades	
Ausencia	3 (20.0)
Solo HTA	3 (20.0)
HTA en comorbilidad con otras ECNT	5 (33.3)
Diabetes Mellitus	1 (6.7)
Otras ECNT	3 (20.0)
Consumo de medicamentos	
Consume	11 (73.3)
No consume	4 (26.7)

Nota: HTA (hipertensión arterial); ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles)

Fuente: Ficha sociodemográfica

La muestra siguió completada por 15 familiares de estos longevos, convivientes o no, supuestamente sanos, con grado de consanguineidad de primer y segundo orden, y 8 profesionales de la salud: 3 médicos y 3 enfermeras, pertenecientes a tres consultorios médicos de la familia (consultorio: 13-8, consultorio: 13-9 y consultorio: 13-10), responsables de la atención integral a dichos adultos mayores, una trabajadora social funcionaria del adulto mayor del municipio y una psicóloga responsable de la Filial de la CAM (tabla 4).

Tabla 4

Caracterización de la muestra de especialistas

Formación profesional	Grado científico	Años de experiencia
Psicología (1)	Licenciatura (4)	Menos de 10 años (1)
Trabajo Social (1)	Máster (1)	De 10 a 20 años (4)
Enfermería (3)	Especialista en Segundo	Más de 20 años (3)
Medicina (3)	Grado en MGI (2)	
	Médico general (1)	

Fuente: Elaboración propia

El proceso de selección muestral puede observarse en el diagrama de flujo (figura 1).

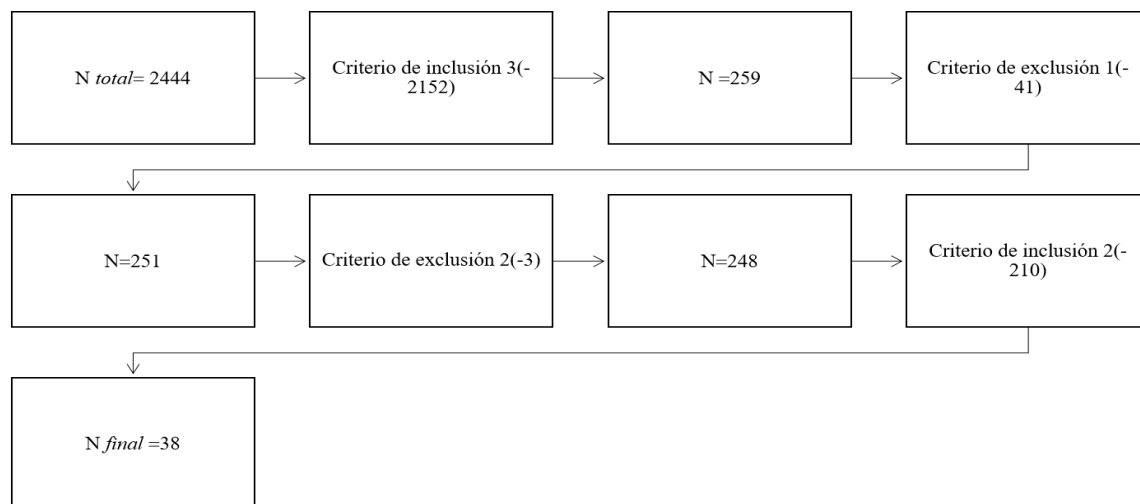


Figura 1
Diagrama de flujo: selección muestral

2.7. Instrumentos de recogida de información

Análisis documental:

Objetivo: El análisis documental permitió realizar una búsqueda, recopilación, organización y valoración crítica e informacional sobre el tema científico en estudio, con el fin de conocer y explorar diversas fuentes que fueron útiles en la investigación.

Descripción: Según Dulzaidesy Molina (2004) es una técnica, un conjunto de operaciones intelectuales, que consiste en seleccionar las ideas informativamente relevantes de un documento.

Calificación: La calificación se realiza mediante el criterio del investigador y de acorde a sus necesidades, haciendo uso del procesamiento analítico- sintético, se extrae la información que considere necesaria sin alejarse del tema central. Esto incluye además la evidencia de la fuente bibliográfica (Dulzaides y Molina, 2004).

Los documentos consultados y analizados fueron:

Revisión bibliográfica en fuentes de datos digitales disponibles en Web of Science, Scopus, EBSCO, SciELO, DOAJ y Redalyc, con énfasis en artículos originales, investigaciones y revisiones sistemáticas acerca del objeto de investigación, todos los cuales se referencian al final de este informe investigativo. Además, se revisaron los datos del Censo de población y Viviendas del 2012 y su actualización anual.

Observación

Objetivos: En la investigación permitió recolectar datos acerca de fenómenos, temas o situaciones delicadas o que fueron difíciles de discutir o describir.

Descripción: La observación es formativa y constituye el único medio que se utiliza siempre en todo estudio cualitativo por lo que fue imprescindible. Es un procedimiento y/o técnica de información que requiere la percepción deliberada de comportamientos emitidos por una/s persona/s, realizada por un observador entrenado mediante protocolos preparados al efecto que permitan una anotación sistemática, en una situación natural o análoga en la que no se solicitan respuestas (Hernándezy otros, 2014).

Especial importancia tuvo en el trabajo con los adultos mayores, ya que en muchos casos estos no fueron muy elocuentes, articulados o descriptivos. La observación fue muy necesaria cuando se necesitó confirmar con datos de primer orden lo recolectado en las entrevistas para la recogida de información. Se empleó además para recabar información sobre las características estructurales y funcionales de la vivienda del adulto mayor.

Calificación: Se calificó de acuerdo al establecimiento de una guía de indicadores, que se analizaron cualitativamente y se organizaron en criterios temáticos para su análisis.

Ficha sociodemográfica

Objetivo: Recoger datos sociodemográficos y características sociales de los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos.

Descripción: Se conformó una planilla sociodemográfica donde se recogieron variables sociodemográficas de los adultos mayores participantes, relevantes para la investigación y relacionadas con el apoyo social como sexo, nivel de escolaridad, cantidad de hijos, vinculación laboral, cohabitación, etc.

Calificación: La calificación se realizó de manera estadística, mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 25.0.

Entrevista cualitativa

Objetivo: se ha descrito que la entrevista posee tres objetivos esenciales: obtener información; suministrar información; y/o modificar conductas (Alonso, Cairo, y Rojas, 2005). En esta investigación las entrevistas se realizaron con el objetivo de obtener información desde las perspectivas de proveedores de salud, adultos mayores y sus familiares, residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas sobre la provisión de apoyo social desde instituciones sociales, comunitarias y de salud a las personas de la tercera edad.

Descripción: Esta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados) de una forma más abierta, y flexible. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. La información que aporta el sujeto lleva su sello personal, y plantea desde su punto de vista cuál es la elaboración personal de los acontecimientos por los que consulta (Hernández y otros, 2014).

Siguiendo los criterios de clasificación de las entrevistas de Alonso (2005), las empleadas en esta investigación fueron diagnósticas, semiestructuradas y focalizadas. De este modo las entrevistas se realizaron con el objetivo de obtener información desde las perspectivas de proveedores de salud, adultos mayores y sus familiares, residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas sobre la provisión de apoyo social desde instituciones sociales, comunitarias y de salud a las personas de la tercera edad.

Calificación: Se calificaron de acuerdo al establecimiento de una guía de indicadores, donde la entrevistadora tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (Hernández y otros, 2014). El análisis de contenido cualitativo de las verbalizaciones de los participantes, se organizaron según criterios temáticos y se recogieron en matrices de datos, lo que tuvo gran valor metodológico para sintetizar la información recabada.

Test de Apoyo Social

Objetivo: Caracterizar la frecuencia de contacto de apoyo social a adultos mayores desde instituciones sociales, comunitarias y de salud y el grado de satisfacción con este desde la perspectiva del adulto mayor.

Descripción: Es Test de Apoyo Social, validado en Cuba en el año 2003 por un grupo de expertos de Ciudad de la Habana (Fusté y otros, 2019). Las variables que conformaron la prueba se clasificaron según la puntuación de ítems siguientes: los primeros 8 ítems exploraron de manera específica el tipo de apoyo recibido. Los restantes 9 ítems exploraron la frecuencia de contactos de las redes de apoyo, tanto familiares como institucionales, así como las redes más frecuentes utilizadas.

Calificación: La calificación se realizó de manera estadística, mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 25.0.

2.8. *Análisis de datos*

La información obtenida en la primera fase de la investigación se procesó de manera cualitativa mediante el análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los participantes y de las observaciones de campo, haciendo uso categorías codificadas de variables significativas organizadas según criterios temáticos con el objetivo de realizar inferencias reflexivas mediante la identificación de manera sistémica y objetiva de características específicas del apoyo social a los adultos mayores. Los datos en bruto (verbalizaciones) de las entrevistas realizadas a los participantes se recogieron finalmente en matrices de datos, mediante unidades de estudio dado por variables significativas en dependencia de la experticia de la investigadora, para una mejor síntesis de la información.

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS para Windows versión 25.0. Se empleó la estadística descriptiva a través de los análisis de los porcentajes y frecuencias del test y el análisis por cada dimensión.

2.9. *Procedimientos y ética en la investigación*

Procedimentalmente, la investigación se realizó en 3 etapas o fases, de acuerdo con lo establecido por el diseño mixto (DIMIX), siguiendo una modalidad Derivativa.

Fase I

Se asumió el método fenomenológico. Este, por su naturaleza introspectiva, favoreció la búsqueda y comprensión de características del apoyo social, desde la perspectiva

de los propios adultos mayores, de sus familiares y desde la perspectiva de los proveedores de salud que son responsables de brindarle una atención integral a estos adultos mayores.

La presente investigación buscó garantizar el debido respeto, la autonomía y el bienestar de la persona salvaguardando la confidencialidad de la información recibida. Para ello se procedió a brindar a los participantes la información concerniente acerca de la naturaleza del estudio, teniendo en cuenta la privacidad de los entrevistados desde el inicio hasta el final de la investigación y que la información obtenida fue exclusivamente para fines de estudio, decidiendo retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno.

Por lo tanto, los datos que se recolectaron al aplicar los instrumentos correspondientes se obtuvieron teniendo en cuenta el debido proceso ético que reúne los elementos de información, comprensión y voluntariedad, expresados en el consentimiento informado (Apéndice 1), y aceptados por cada uno de los participantes de manera escrita o verbal. Se explicó claramente los objetivos de la investigación y el beneficio que de ésta se deriva, así como también se contó con los datos de identificación de la investigadora y procedimiento. Además, cada hoja de evaluación tuvo un código con el cual cada participante pudo averiguar personalmente los resultados de su evaluación.

La aplicación de los instrumentos y técnicas correspondientes para la recolección de información, se realizó de manera escrita o verbal haciendo uso de medios de comunicación como el teléfono fijo y móvil, las redes sociales como *WhatsApp*, *Messenger* y mediante el correo electrónico. Primeramente, recogiendo los datos sociodemográficos (Apéndice 2) de los adultos mayores participantes, y características necesarias para los propósitos de la investigación del resto de los participantes.

Posteriormente, fueron aplicadas las entrevistas, a los proveedores de salud (Apéndice 3), a los adultos mayores y sus familiares (Apéndice 4) y una última sobre los estados emocionales vivenciados durante el COVID-19 a los más longevos (Apéndice 5). Seguido de observaciones a la vivienda de los adultos mayores y sus familiares convivientes (Apéndice 6). El método fenomenológico recuperó las características esenciales de las experiencias y la esencia de lo que se experimenta; enfatizó en la construcción social de la realidad, en los aspectos cognitivos, afectivos y contextuales, que permitió el conocimiento del objeto de estudio. Posterior a la recogida de esta información y análisis de la misma, se arribó a la segunda fase sobre los datos recogidos en esta primera.

Fase II

Se asumió el método cuantitativo mediante la descripción del comportamiento de las variables de apoyo social. Esta fase se nutrió de la anterior, condujo a la aplicación del Test de Apoyo Social (Apéndice 7) para obtener y corroborar información, desde el punto de vista estadístico, sobre los datos cualitativos obtenidos previamente. Todo ello permitió elaborar un mapeo final del objeto de estudio.

Fase III

Se refirió a la interpretación, integración y discusión de los resultados obtenidos en su totalidad. Se arribó a generalizaciones sobre las características del apoyo social ofrecido desde las instituciones de salud a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos y las acciones de apoyo social desde el MINSAP a estos adultos mayores. En adición, se compararon los resultados obtenidos en la presente investigación, con los datos aportados por otros autores de diferentes latitudes.

Capítulo 3: Resultados

3.1. Fase I

Entrevista a los proveedores de salud

Los entrevistados refirieron la importancia del apoyo social como recurso que deviene de las interacciones sociales, y que generan beneficios para el sujeto, sobre todo para los adultos mayores por sus características como grupo poblacional. Este soporte surgió como alternativa en el marco de la satisfacción de necesidades de salud, de actividad-comunicación y emocionales, encontrándose diferenciación en su conceptualización, contemplado desde un punto de vista instrumental para médicos y enfermeras; mientras que para la psicóloga y trabajadora social fue abordado como constructo multidimensional (Apéndice 8).

En el municipio placeteño, los altos índices de envejecimiento poblacional, hicieron de una realidad frecuente, aunque no grata, el encontrarse con longevos que carecen de apoyo familiar, que viven solos o en familias disfuncionales. En estos casos fue frecuente que las propias instituciones de salud se constituyeran como la principal fuente de apoyo junto a la familia, y en otros casos llegaron a ser incluso el principal soporte, al punto de crearse *un sustituto familiar*, sobre todo en casos de institucionalización o semi-institucionalización.

El desarrollo de actividades básicas como la dispensarización, el análisis de la situación de salud con participación comunitaria e intersectorial, el ingreso en el hogar y la atención a personas en estado terminal, representaron desde el inicio, singularidades del modelo de medicina familiar. A esto se sumaron acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la salud y de rehabilitación.

Sin embargo, ante la nueva realidad caracterizada por el desarrollo de una pandemia mundial sin precedentes, los profesionales de la salud reafirmaron realizar su mejor esfuerzo en aras de vencer las posibles adversidades y continuar ofreciendo este servicio de calidad. Es así que *la tarea del control y atención de los adultos mayores como población vulnerable ante el Covid-19...la visita al hogar, el trabajo de campo y los ingresos en el hogar han aumentado.*

La labor ha sido meritoria desde el abastecimiento de insumos médicos, provisión de medicamentos, servicios de alimentación, actividades profilácticas y de rehabilitación, el control de focos cuando existen eventos, el ingreso en el hogar de los sospechosos, el control sanitario de los viajeros y el seguimiento a los convalecientes. Sin embargo, en algunos casos se han dado situaciones particulares, donde el padecimiento de enfermedades médicas, roles de cuidador, e incluso el contagio de Covid-19, entre otras causas, llevan a la fluctuación de personal médico y de enfermería bajo licencia laboral.

En este sentido, los profesionales de la salud concuerdan en que *es entendible el miedo que vivimos a sufrir un contagio por nuestra profesión, más aún cuando se tiene niños pequeños o ancianos en casa.* Esta situación sumada a la escasez de insumos médicos, afectó la calidad de atención médica brindada a la población, lo que constituyó un reto importante a superar en el municipio.

En los últimos meses, se obtuvieron grandes logros en el sector en el enfrentamiento a la pandemia, producto de la consecución de los objetivos estratégicamente diseñados de los distintos programas de la Atención Primaria de Salud. Los enfermeros entrevistados coincidieron en que *el programa del médico y del enfermero de la familia, ha demostrado hoy más que nunca su utilidad; en la Atención Primaria de Salud, desde los consultorios, es donde*

se ha desatado una verdadera batalla...hasta los estudiantes se han destacado en sus pesquisaje.

Además, se destacó el trabajo intersectorial desde el Colegio Universitario Municipal (CUM), desde la Cátedra del Adulto Mayor, del Instituto Nacional de Deporte y Recreación (INDER), desde la Sede Universitaria de Medicina y de manera general las políticas sectoriales adoptada por el gobierno municipal. Todo esto permitió brindar un servicio de calidad en vínculo directo con las localidades que ha sido fundamental en el enfrentamiento al coronavirus y en la provisión de apoyo social a los adultos mayores como población más vulnerable.

En consonancia a estos planteamientos, la psicóloga y la trabajadora social narraron muchos ejemplos del arduo trabajo realizado en aras de brindar apoyo social a los adultos mayores del municipio. Desde esta línea, a pesar de que *El Hogar de Anciano se cierra, pero se continúa proveyendo de alimentos a estos adultos mayores necesitados* y a aquellos que concurrían a comedores sociales o de cantina, incluso se optó por una nueva modalidad adaptada a los adultos que tienen dificultades en el desplazamiento y movilidad tanto para la alimentación como para la vacunación masiva y servicios médicos y psicológicos.

Las nuevas estrategias de apoyo social a este grupo poblacional en tiempo de COVID se asumieron de manera virtual. Se destacó el empleo de la emisora radial como alternativa de apoyo informativo y como espacio para promover la calidad de vida del adulto mayor en tiempos de confinamiento para enfrentar los estados emocionales negativos y ejercitar los procesos cognitivos.

La psicóloga comentó: *Las propuestas radican en practicar hobbies, llevar a cabo tareas motivacionales que contribuyan a canalizar y satisfacer necesidades.* También

teniendo en cuenta que otras de las necesidades de esta etapa es la necesidad de trascender, se insistió en el fomento de vínculos intergeneracionales en el seno de la familia y de la comunidad, es así que *se incita a los adultos mayores a dar consejos a sus nietos, contar historias, leer un cuento, etc.*

Algo que llamó la atención, es que los especialistas insistieron en educar a los adultos mayores en la discriminación de información respecto a la COVID-19. Si bien es importante estar actualizados e informados, aconsejaban hacerlo mediante los canales correspondientes y medios oficiales, para así evitar estados emocionales displacenteros y el consumo de información en grandes volúmenes que puede ser abrumador.

El análisis de los discursos de los proveedores de salud del municipio de Placetas, que trabajan en estrecha relación con los adultos mayores, evidenció la capacidad de respuesta del sistema de salud cubano. El basar el desarrollo y generalización del modelo de medicina familiar y el trabajo intersectorial es el medio para dar respuesta y hacer frente a situaciones complejas como el elevado envejecimiento poblacional de la localidad, y el enfrentamiento a la pandemia del COVID-19.

Sin embargo, hoy se enfrentan nuevos retos y desafíos para el perfeccionamiento de una atención integral a la persona de la tercera edad, impuestos por el desarrollo social, tecnológico y las demandas crecientes de esta población en el contexto actual. Esto implica realizar un fortalecimiento del primer nivel de atención con la mejora continua de la calidad de los servicios, incluida la satisfacción de usuarios y prestadores, desde una mirada no solo salutogénico, sino además con matiz afectivo y emocional en aras de una vejez activa y saludable.

En esta línea, la psicóloga aseguró que, en función de una vejez activa y saludable, es necesario tener en cuenta algunos supuestos teóricos metodológicos para el desarrollo de las actividades proyectadas desde los diferentes espacios, por ejemplo: el pronunciarse más por el validismo que por el asistencialismo en el adulto mayor sin desconocer este tipo de ayuda. Es importante desde todas las aristas profesionales, abordar esta etapa como una más del ciclo vital con posibilidades de desarrollo y despliegue de potencialidades. A continuación, se plasmó el análisis de contenido de las características del apoyo social a adultos mayores desde sus propias perspectivas y la de sus familiares (Apéndice 9).

Entrevistas a adultos mayores y familiares

El envejecimiento de la estructura por edad de la población placeteña y el déficit habitacional tuvieron influjos no desdeñables sobre la dinámica familiar. Del total de participantes, solo 3 adultos mayores con autonomía funcional vivían solos, el resto de la muestra conformada por 12 adultos mayores convivían con sus hijos. De estos, 5 participantes cohabitaron con otros adultos mayores, de los que asumieron un rol de cuidador.

Estos familiares en rol de cuidadores, refirieron la necesidad de contar con un soporte social desde las instituciones de salud, debido a lo demandante de la tarea y a las implicaciones que tiene esta en el estado subjetivo, y en consecuencias objetivas tales como restricciones del tiempo libre o deterioro de la salud: *Me gustaría tener la ayuda de una enfermera para poder descansar de vez en cuando, porque el cuidar de mi madre es demasiado agotador aún más yo siendo ya mayor, Necesito de ayuda médica, en esta casa somos dos adultos mayores dependientes y mi hija ya no da abasto, tuvo que dejar hasta de trabajar para cuidarnos.*

La composición de la red de apoyo social, por tipo de vínculos, en los adultos mayores estudiados estuvo dada en su totalidad por los miembros familiares, encontrando equivalencia, en la mención como el principal apoyo social, tanto la pareja como los hijos, seguido de los nietos. Seguidos en menor medida, de las instituciones de salud en aquellos casos donde los longevos dependían de servicios para la realización de actividades cotidianas al ser ancianos frágiles, que se asumieron por enfermeras mayormente y médicos de la familia que realizaron visitas e ingresos a los hogares.

En la muestra analizada la tendencia a la generación de nuevos vínculos fue debido al nacimiento de nietos, bisnietos, nuevos matrimonios e incorporación a instituciones religiosas, denotándose a la par, un nivel nulo de incorporaciones a instituciones especializadas en el cuidado del adulto mayor. Estas instituciones como Casas y Círculos de Abuelos, Universidad del Adulto Mayor, etc., son facilitadoras de generación de nuevos vínculos y potenciadoras de un envejecimiento activo, por lo que son recomendadas por los médicos y trabajadores sociales proveedores de salud de estos adultos mayores.

Sin embargo, una de las causas de estos bajo niveles de participación institucional de los longevos, se recogió en el discurso de los adultos mayores, que rechazaron abiertamente la incorporación a la Casa de Abuelos por los prejuicios de minusvalía y pérdida de la funcionalidad producto de creencias erróneas en torno a la semiinstitucionalización. Estos prejuicios no solo interfirieron en la autoestima y en la concepción del envejecimiento de los adultos mayores, sino que además hicieron estragos en la participación social: *...eso es para viejos minusválidos; Lo que yo iba a hacer en la vida, hace años que ya lo hice.*

En consonancia se aprecia que la concepción sobre el envejecimiento activo que predominó, tanto en los adultos mayores, en sus familias, y en los proveedores salutogénicos,

estaba muy relacionada con tener un buen estado de salud, pero sobre todo en la capacidad de seguir siendo un soporte social para el resto de los miembros familiares. Es así que el sentimiento de invalidez y pérdidas de capacidades productos del envejecimiento, llevaron a tener afectaciones en los procesos autovalorativos, sobre todo en los hombres al ser dependientes de un cuidador y no poder contribuir económicamente al hogar. *Ya no puedo mantener a mi familia y me siento inútil; soy un lastre para mi hija; en la vejez se acaba todo.*

Por otro lado, en las personas de la tercera edad, la tendencia a la pérdida del contacto con amigos, vecinos y excompañeros de trabajo, que se evidenció fue importante debido fundamentalmente al proceso de jubilación, fallecimiento de coetáneos, confinamiento social debido a la situación epidemiológica. Los adultos mayores denotaron como otras causas la falta de espacio, tiempo y lugar para socializar e incluso pérdida del interés, fundamentalmente en aquellos adultos que son cuidadores de otros más mayores y que no cuentan con respaldo institucional.

Las familias y sus adultos mayores, que demostraron altos niveles de satisfacción con las instituciones del MINSAP ante los servicios brindados en estas situaciones, fue desde una posición de asistencialismo, lo que llamó la atención por el desconocimiento del alcance de las políticas sociales y salutogénicas respecto a los adultos mayores cubanos. Esto también estuvo dado por las propias creencias erróneas sobre esta etapa de desarrollo, presentes en los propios adultos mayores, en sus familiares y en muchos de los proveedores, lo que se apareció desde su discurso incluso, donde el apoyo desde el MINSAP, según la mayoría de la muestra en estudio, solo es necesario ante situaciones apremiantes y desde aquí es que evalúan sus funciones como proveedores de salud y su grado de satisfacción con la labor de estos.

Se respaldó en anterior planteamiento cuando cuatro adultos mayores que no evidenciaron apoyo institucional en primera persona, refirieron sentirse satisfechos con este debido al trabajo desempeñado por los profesionales de salud en otros adultos mayores de los cuales eran cuidadores y que estaban en condiciones de encamados o enfermos terminales. De manera similar, los 3 adultos mayores contagiados o que estuvieron en cuarentena producto de un posible contagio por COVID-19, describieron igualmente altos niveles de apoyo social por las instituciones de salud, en el momento de la atención ante la enfermedad y en el control de los focos de contagio.

En esta línea se encontraron verbalizaciones como: *Soy testigo de primera mano de la labor que desempeñaron...no nos faltó nada; gracias a esa doctora mi papá rebasó la enfermedad; viviré eternamente agradecida con la enfermera por la atención que le dio a mi hermano; yo llamaba al enfermero a las 3 de la mañana para cambiarle la cánula...a toda hora ese hombre venía.*

Precisamente la tendencia de los sistemas de salud del municipio al tener un enfoque curativo, centrado en la enfermedad, no positivo, ni salutogénico, llevó al resto de los participantes a una insatisfacción con el apoyo institucional desde el MINSAP. Los familiares de estos adultos mayores, relataron la necesidad de una atención integrada y centrada en las personas mayores de corte más profiláctico.

Cabe señalar, que en casos de 3 adultos mayores refirieron que el apoyo de los proveedores de salud ante la pérdida de familiares cercanos y el proceso de jubilación, le ayudaron a comprender que, en la vejez, *se pueden emprenderse nuevos proyectos, superar dolorosos momentos y tener ganas de vivir nuevamente con ilusiones y motivaciones*, como en otra etapa de la vida cualquiera. Esto demostró la necesidad que tiene en el adulto mayor de

contar con una institución que lo respalde, que le brinde oportunidades de desarrollo y le permita la integración a un nuevo grupo social creando estados emocionales placenteros, y haciendo de estos individuos más activos y provechosos para la sociedad en que viven.

Las recomendaciones brindadas por los familiares de los adultos mayores para fomentar el apoyo social desde las instituciones de salud, se tradujeron, en su mayoría en necesidades educativas respecto a las características de la vejez. Algunas de las verbalizaciones más recurrentes fueron: *Necesito que lo eduquen sobre lo que significa ser viejo, que esto no solo es ser minusválido; mis padres creen que ser viejo es el fin de sus vidas que lo único que tiene que hacer es estar sentados, deben darles charlas que le digan que eso no es necesariamente así; dice que lo que iba a hacer en su vida ya lo hizo.*

Las recomendaciones de los adultos mayores fueron escasas, o asociadas nuevamente a cortes asistencialistas, lo que podría deberse a estas propias creencias erróneas respecto a la vejez. Mientras que algunos si expresaban la necesidad de apoyo institucional y de los proveedores de salud, mayormente asociadas a la satisfacción de uso de tiempo libre, actividades de ocio y recreación. *Necesitamos espacios de recreación en la comunidad porque no tenemos ni siquiera donde reunirnos; los profesionales deben sugerir propuestas acordes a nuestras capacidades y gustos.* El análisis de contenido sobre los estados emocionales vivenciados durante la COVID-19, así como el apoyo social brindado desde las instituciones de salud ante esta situación epidemiológica, se plasmaron seguidamente (Apéndice 10).

Entrevista a adultos mayores

La Covid-19, en Placetas mantuvo en vilo a las personas de más de 60 años al ser un grupo vulnerable ante la enfermedad, y debido a la aparición de estados emocionales

displacenteros. Los sentimientos negativos que predominaron fueron la ansiedad y tristeza ante la incertidumbre de un pronóstico de contagio, del fallecimiento de un conocido, o de un familiar, de la pérdida de trabajos o dificultades económicas, además del confinamiento social que conllevó a un cese o disminución de las relaciones sociales de manera interactiva.

Sin embargo, las estrategias de afrontamiento a esta nueva realidad fueron diversas en estos adultos mayores. Un grupo de 5 adultos mayores, expresaron que los estragos de confinamiento y distanciamiento social no fueron una situación tan difícil a la que adaptarse producto de la ya tan reducida participación social en distintos escenarios y a la pérdida de funcionalidad y activismo que evidenciaban con anterioridad en áreas de la vida como la social, económica, afectiva, etc. *Yo hace tiempo que no salgo...es normal para mí.*

En criterios opuestos, 3 adultos mayores expresaron que a casi dos años de la pandemia ya se volvió *parte de nuestra normalidad*, por lo que fue necesario mantener una actitud positiva en este contexto. Es así que algunos destacaron aspectos beneficiosos, como el que el confinamiento permitió que la familia se uniera más y le dio la posibilidad de culminar proyectos que había dejado de lado por la falta de tiempo al estar constantemente trabajando: *Volví a la costura; ...ya tengo hasta un huerto; me uní más con mi familia...en especial con mi nieto*, otros han emprendido nuevas actividades motivacionales.

Un dato muy relevante, es que estos adultos que manifestaron estados emocionales placenteros, estuvieron relacionados con la labor del personal médico en las medidas profilácticas e intervenciones ante el COVID-19. Tres adultos mayores relataron su experiencia en el proceso de vacunación de los candidatos cubanos: *Ya a mí me cuesta moverme y enseguida, la enfermera que sabe de mi caso, me dijo que venía a vacunare aquí*

misma; cuando me vacuné me subió la presión y la doctora y la enfermera estuvieron ahí conmigo como 3 horas.

El apoyo socioemocional brindado por los profesionales de la Psicología fue muy significativo, así como el desempeño de los medios de comunicación que constituyeron un apoyo informativo invaluable. Los adultos mayores refirieron *gracias a la emisora yo estaba informado, hice todos los remedios caseros para subir defensas; la psicóloga me recomendó hacer crucigramas y leer libros, eso me sirvió para despejar y matar el tiempo; desde el inicio supe cómo cuidarme del coronavirus por toda la información y medidas que dijeron los doctores; la charla con la psicóloga me ayudó a recomponerme.*

Todo esto demuestra que la atención integral y priorizada a este grupo poblacional no fue más que resultado de la efectividad del Sistema de Atención Primaria de Salud y del programa del Médico y Enfermero de la familia. Además de las entrevistas realizadas a los participantes, se realizaron observaciones a la vivienda, con el objetivo de identificar aspectos estructurales y funcionales del Hogar que influyeron en las condiciones de vida del adulto mayor, los resultados se plantean a continuación.

Observación a las viviendas de los adultos mayores

Todos los adultos mayores se mostraron con buena apariencia física. El clima afectivo en el hogar de los adultos mayores que convivían con sus familiares estuvo marcado por muestras constantes de cariño, buenas relaciones intergeneracionales, donde se evidenció muestras constantes de respeto y de valoración por todos los miembros de la familia. En el caso de los que habitaban solos se apreció buenas relaciones con los vecinos.

La mayoría de los adultos mayores se mostraron activos, apreciándose una diferenciación en cuanto a roles claramente establecidos, es así que las mujeres se dedicaban

mayormente a la realización de actividades del hogar como cuidado de nietos, cocinar, limpiar, etc. mientras que los hombres realizaban trabajos de índole más manual y recados. En casos de 5 adultos mayores que dependían de cuidadores, se apreció la disponibilidad de ayuda en actividades de aseo, alimentación y consumo de medicamentos.

De manera general en los hogares también se establecieron horarios y rutinas en pos de beneficios de la persona mayor. Los componentes arquitectónicos, ambientales y estructurales en las viviendas eran adecuados, desde la iluminación, ventilación, hasta el estado físico de la estructura externa e interna de la vivienda: paredes, cimientos, pintura, organización, limpieza, distribución del espacio etc. Los adornos y arreglos en las casas denotaron la cultura del detalle de los más longevos como tapetes tejidos, muchas fotos en las paredes, adornos antiguos, vidrieras, etc.

Aunque resaltó que en el caso de dos adultos mayores que vivían solos se mostraban indicios de falta de limpieza debido a su imposibilidad de mantener el espacio en las condiciones adecuadas, y la dependencia de otros miembros de la familia para que realizaran estas labores. Estos casos fueron preocupantes aún más en plena pandemia, donde el adoptar las medidas higiénico sanitarias, es la principal vía de evitar la propagación del coronavirus. Se hace necesario aquí el apoyo de las instituciones y el que las autoridades deben proyectarse en algunas necesidades del hogar para que los adultos mayores que viven solos para mejorar la calidad de vida de estos ancianos.

Algo alarmante es que el contexto donde se realizó la investigación es un reparto de edificios mayormente, por lo que 5 adultos mayores habitaban en casas en segundo y tercer piso de altura, de ellos 2 viven solos por lo que, en caso de algún accidente, lo más probable es

que la disposición de socorro y ayuda se viese limitada. Además, estos longevos presentaron enfermedades que pueden favorecer caídas como cardiovasculares y musculoesqueléticas.

Sin dudas el arreglo de las viviendas acorde a las necesidades de una movilidad y accesibilidad reducidas son indispensables en la calidad de vida de estos adultos mayores, en este aspecto se observó que los adultos en estas condiciones y que vivían en su mayoría con sus familias contaban con la distribución necesaria para facilitar su desplazamiento y movimientos, así como la provisión de insumos médicos; y en el caso de los que vivían con nietos se apreciaba un aclara delimitación de espacios para evitar el riesgo de accidentes debido a juguetes.

La movilidad del adulto mayor es uno de los problemas resultantes de estas observaciones en los alrededores de la vivienda. El estado constructivo inadecuado de calles y aceras del Consejo Popular caracterizado por desniveles, condiciones inadecuadas del pavimento, charcos y suelos resbaladizos, y ausencia de escaleras antideslizantes son factores que intervinieron en la calidad de vida de los adultos mayores.

3.2. Fase II

En la Tabla 5 se plasmaron los datos recolectados mediante el Test de apoyo social sobre la frecuencia de contacto de apoyo social a los adultos mayores procesados previamente en el SPSS. La descripción pertinente se muestra a continuación.

Tabla 5
Apoyo social

Dimensión	Frecuencia (%)
Apoyo emocional	
Alguno	3 (20.0)
Mucho	12 (80.0)

Apoyo instrumental	
Alguno	4 (26.7)
Mucho	11 (73.3)
Apoyo informativo	
Poco	2 (13.3)
Alguno	5 (33.3)
Mucho	8 (53.3)
Apoyo espiritual	
Poco	7 (46.7)
Alguno	2 (13.3)
Mucho	6 (40.0)
Apoyo familiar	
Nulo	1 (6.7)
Poco frecuente	6 (40.0)
Frecuente	7 (46.7)
Muy frecuente	1 (6.7)
Frecuencia en la satisfacción con el apoyo familiar que recibe	
Casi siempre	4 (26.7)
Siempre	11 (73.3)

Fuente: Test de Apoyo Social

Para los adultos mayores los tipos de apoyo más recurrente fue el socioemocional con un 80.0%, debido a la satisfacción de necesidades vinculadas al ser amado, querido y respetado, provenientes desde los miembros familiares, mayormente hijos y cónyuges de sexo femenino, lo que se recogió en análisis de contenidos previos. El apoyo instrumental también alcanzó índices medianamente altos con un 73.0 %, traducido, según análisis previos, en la disponibilidad de servicios de cuidados de atención personal y doméstico provenientes de la familia y de los proveedores de salud mayormente en el caso de adultos mayores frágiles o que recientemente enfrentaron una enfermedad o un acontecimiento estresante emocionalmente.

En cuanto al apoyo informacional, 8 adultos mayores seleccionaron frecuencias en calidad de mucho, asociado, según los análisis de contenidos previos, solamente a las

informaciones recibidas durante la nueva pandemia mundial respecto a la nueva enfermedad de COVID-19, destacando la labor de los médicos de la familia en las emisoras radiales donde se dieron toda una serie de consejos y recomendaciones profilácticas. Se obtuvo de estos análisis la incapacidad de la familia, producto de su desconocimiento, en constituirse como soporte informacional sobre contenidos asociados a las características de la vejez, dudas en torno a los padecimientos e incapacidades de estos longevos. En este aspecto son los especialistas del MINSAP los capacitados para resolver estas necesidades educativas de índole urgentes.

El apoyo espiritual, llamó la atención al tener valores contrapuestos con un 46.7 % de poca provisión de apoyo social y un 40.0 % de mucho apoyo social. Esto se asoció a las propias creencias espirituales de los participantes, dando valores bajos en los longevos no creyentes o practicantes, sin mostrar necesariamente insatisfacción con esta provisión, lo que se según el pre análisis de la matriz de datos 6, denotó una inadecuada conceptualización respecto a la espiritualidad.

En cuanto a la frecuencia de apoyo social desde las instituciones de salud (Apéndice 11), el 40.0 % mostraron insatisfacciones, en contraposición el 33.3 % refirieron contar casi siempre, y el 13.3 % siempre, con el apoyo social desde estas como se recogió en las matrices de datos 5, 6 y 7. Aunque cabe destacar que el análisis de contenido de las verbalizaciones a los adultos mayores, familiares y proveedores de salud, se subrayó que el soporte se realizó desde un punto de vista asistencialista, predominando cuidados paliativos e intervenciones médicas ante contagios por COVID-19.

3.3. Fase III. Integración de Resultados

El apoyo social brindado desde las instituciones de salud a los adultos mayores es bajo en la mayoría de los casos, mientras que otros refieren niveles medios de apoyo, asociados a prestaciones de servicios meramente instrumentales y materiales. Siendo así, que los objetivos del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor de garantizar la atención escalonada, oportuna y eficaz, siendo partícipes de un envejecimiento activo, no son cumplidos cabalmente, lo que coincide con hallazgos de estudios comparativos de Álvarez y otros (2018); (Bouza, Villoch, Plasencia, y Sosa, 2017; Bravo, Noa, Gómez, y Soto, 2018). Esta situación se explica mejor apelando a los hallazgos de resultados de esta investigación.

Los adultos mayores refieren que debido a la falta de apoyo institucional, el propio tamaño de sus redes sociales se ha visto afectado, ya que en la mayoría de las ocasiones no cuentan con las herramientas especializadas necesarias para hacerle frente a procesos tales como la jubilación, fallecimientos, confinamiento social debido a la situación epidemiológica, y en otros casos debido a la falta de espacio, tiempo y lugar para socializar e incluso pérdida del interés, fundamentalmente en aquellos adultos que son cuidadores de otros longevos, lo que coincide con los resultados de estudios de Jáuregui y otros (2018).

En esta misma línea, según el censo poblacional del 2012, debido a los altos índices de envejecimiento en Cuba y en el territorio placeteño, es una realidad el que la mayoría de los adultos mayores dependen de un cuidador, comúnmente mujeres que ya son adultos mayores, o están cerca de la tercera edad, lo que se evidencia en esta tesis. Estos cuidadores además de proporcionar los cuidados necesarios que aseguran a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, lidian con los cambios que suscitan en la dinámica de vida

cotidiana del cuidador, incluida la sobrecarga emocional, las limitaciones producto del desconocimiento de una tarea que requiere especialización, y la falta de equipo de apoyo; lo que repercute en el desarrollo normal de las actividades laborales, produce privaciones en el cónyuge e hijos y restringe la vida social del cuidador. Esto coincide con los resultados de estudios comparativos realizados por Díazy otros (2021); (Linares, Vázquez, González, Escalona, y Linares, 2019; Martínez, Grau, Rodríguez, y González, 2018).

Si bien los proveedores de salud reconocen a los cuidadores como un respaldo insustituible en el cuidado del anciano dependiente, y la implicación que tiene este problema de salud, no sólo para el paciente sino para el cuidador, la familia y la sociedad en general, en la práctica cotidiana dirigen su atención y recursos al manejo de las enfermedades y/o discapacidades. Es así que el apoyo social desde los consultorios médicos de la familia, evidencian cortes asistencialistas, curativas, no positivas, ni potenciadoras de un envejecimiento activo, donde además no se tiene en cuenta el contexto familiar donde se genera un sinnúmero de cambios y donde existen toda una serie de necesidades educativas que muchas veces interfiere con la calidad de vida del adulto mayor. Esta realidad también es recogida en estudios realizados por Marantey Pozo (2018); (Silva, Ruiz, Bravo, Vidal, y Méndez, 2018).

En cuanto a la concepción entorno al apoyo espiritual, está en dependencia del ser religiosos practicantes o no, lo que denotó un erróneo conocimiento sobre el significado de la espiritualidad, algo tan significativo en esta etapa de la vida y en la satisfacción de la necesidad de trascendencia. Además, no existen referencias de una labor educativa en cuanto a la vejez como una etapa de desarrollo, ni en cuanto a las características y manejos de enfermedades y/o discapacidades; lo que ocasiona creencias erróneas respecto a esta etapa del desarrollo tanto en

los propios longevos como en sus familiares. Esto concuerda con las investigaciones desarrolladas por Abreu, Noriega, y Pérez (2020); (Limón, 2018). Las limitaciones en la capacidad de satisfacción de necesidades educativas y un escaso apoyo informacional desde las instituciones de salud, es evidente, limitándose su labor mayormente al contexto pandémico en recomendaciones de enfrentamiento al COVID-19 y la asunción de medidas higiénicas-sanitarias.

A causa de esta misma realidad, es que se denotó la presencia de creencias erróneas respecto a la vejez, plegado de una serie de prejuicios que menosprecia esta etapa del desarrollo y la aborda desde un punto de vista involutivo. Esto no solo lleva a afectaciones en los procesos autovalorativos de los longevos, sino que además hacen estragos en la participación social, elementos tan importantes para ser portadores de una buena calidad de vida y de un envejecimiento activo y saludable, denotándose una incorporación muy baja a instituciones especializadas en la atención integral a este grupo poblacional debido a esta serie de prejuicios. Estos hallazgos de investigación coinciden con los de Abreu y otros (2020); (Sánchez, 2019; Yordi, Ramos, y Álvarez, 2018).

Autores como Díaz, Pérez, y Ortega (2020); (Pozzo y Meurice, 2017) coinciden en que la labor de los profesionales de la salud debe ir dirigida a transformar los prejuicios, esquemas y estereotipos afianzados en el sistema cognitivo de cada grupo generacional, que emergen explícita o implícitamente en las representaciones sociales y comportamientos cotidianos, conlleva un proceso de asimilación, adaptación y acomodación de contenidos. En el proceso de transformación no solo debe estar presentes la incorporación de nuevos contenidos, sino la posibilidad consciente de desaprender y desarticular otros fuertemente arraigados.

La inclusión de vínculos variados dentro de la red, permite disponer de fuentes de apoyo que puedan satisfacer las distintas necesidades de un modo dinámico. Es así que, en esta tesis, desde las perspectivas de los participantes, aunque en pocos casos, se recogen los efectos positivos de contar con apoyo social en la etapa de la vejez, donde resalta el impacto benéfico de instituciones de salud especializadas en la atención integral del adulto mayor con niveles de satisfacción y una buena calidad de vida y que concuerdan con disímiles estudios realizados por Borbóny otros (2020); (Cuadray otros, 2016; Valdez y Álvarez, 2018). Además, el apoyo social y el acompañamiento emocional, es señalado como una alternativa eficaz capaz de promover mayor adaptación ante la pandemia causada por Covid-19 y minimizar sus efectos psicológicos negativos (Alonsoy otros, 2021; Pinazo, 2020; Torío, 2021).

Cabe señalar, que las insatisfacciones con soporte brindado desde las instituciones el MINSAP, no solo es referenciada por los adultos mayores y sus familias, sino que también son expuestas por los proveedores de salud, quienes plantean la existencia de barreras para la adecuada atención del adulto mayor con las que lidian diariamente en su labor. Algunas de estas son la sobrecarga de los médicos, el exceso de trabajo burocrático y la falta de preparación específica para la atención de este grupo poblacional, criterios que se reiteraron en otras investigaciones precedentes como Rodríguez, Fabelo, y Iglesias (2017) y que se ven acentuada ante las demandas imperantes de una pandemia mundial que ha sobrepasado los esfuerzos y recursos de los sistemas de salud de todo el mundo, sobre todo los dirigidos a este grupo poblacional debido a su elevada tasa de morbilidad, la aparición de discapacidades y población de riesgo ante el COVID-19, y que es abordado por Astorgay Barrientos (2020); (Jeff, 2020) en sus estudios.

Es innegable que el sector de la salud es uno de los sistemas que con mayor impacto recibe el cambio en las tendencias sociodemográficas, pero sin dudas las instituciones de salud como líderes, en un contexto intersectorial, son quienes tienen la posibilidad de lograr el bienestar de la persona mayor, lo que se constituye una prioridad del MINSAP y del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en Cuba para así dar respuesta a todas las demandas imperantes de un acelerado envejecimiento poblacional. Se concuerda con Bouzay otros (2017); (Villafuerte y otros, 2017) en que el alcance de las oportunidades de una mayor longevidad dependerá, en gran medida, de un factor clave: el apoyo social institucional. El anciano necesita mejorar su salud, requiere atención integral, cuidados y solidaridad entre las personas para vivir mucho tiempo con calidad.

Conclusiones

Para los adultos mayores los tipos de apoyo más recurrentes son el socioemocional y el instrumental, provenientes de su red de apoyo, compuesta en su totalidad, según tipo de vínculos, por los miembros familiares, seguido de los proveedores de salud en los casos de adultos mayores frágiles o dependientes.

El apoyo social informacional y el espiritual fueron los que alcanzaron menor predominancia en los adultos mayores, plegados de muchas creencias erróneas que denotan necesidades educativas presentes en la población de estudio.

Las acciones dirigidas desde estas instituciones del MINSAP a los adultos mayores estudiados, se centraron ante situaciones apremiantes y cuidados en ancianos frágiles y

dependientes, desde un punto de vista más instrumental, sin ser potenciadores de un envejecimiento activo.

Recomendaciones

Incentivar el desarrollo de proyectos que contengan la temática de la relación intergeneracional, donde se eduque respecto a las características de la vejez, para desmitificar creencias erróneas respecto a esta etapa de desarrollo.

Promover la incorporación a instituciones especializadas en la atención integral al adulto mayor como las Casas de Abuelos, la CAM que seas potenciadoras de un envejecimiento activo en los adultos mayores y contribuyan a elevar su calidad de vida.

Fortalecer las redes existentes y mejorar la coordinación entre las fuentes formales e informales de ayuda, sobre todo desde la familia como principal soporte social de los adultos mayores, al mismo tiempo aliviar y reducir el estrés que supone ese cuidado.

Realizar investigaciones con otras variables psicológicas en relación al apoyo social, con el fin de ampliar los datos obtenidos.

Dejar de lado el paradigma deficitario, en la atención al adulto mayor, siendo potenciadores de un envejecimiento activo y saludable.

Llevar a cabo programas comunitarios en los que se incentive la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social, al ser factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo el desarrollo funcional de los adultos mayores, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad.

Continuar perfeccionando la labor salutogénica de los proveedores de salud, así como la especialización de estos, para brindar una atención oportuna e integral a la persona de la tercera y cuarta edad.

Referencias bibliográficas

- Abreu, A., Noriega, N., y Pérez, M. (2020). Diagnóstico de necesidades educativas para el envejecimiento activo en una comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2). Recuperado de <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>. Recuperado de <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>
- Agirre, M. C. (2018). Características generales del envejecimiento y las personas mayores. *El farmacéutico*, 557. Recuperado de <http://www-elfarmaceutico-es.cdn.ampproject.org/v/s>. Recuperado de <http://www-elfarmaceutico-es.cdn.ampproject.org/v/s>
- Allport, F., Maslow, A., González, F., y Mitjans, A. (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana Pueblo y Educación.
- Alonso, A. (2005). La entrevista clínica. In Colectivo de Autores (Ed.), *Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas* (pp. 159-166). La Habana: Editorial Félix Varela.
- Alonso, A., Cairo, E., y Rojas, R. (2005). *Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas*. Ciudad de La Habana: Félix Varela
- Alonso, L., Ugalde, M., Placeres, J. F., Mesa, C., Velazco, Y., y Jiménez, Y. (2021). Acompañamiento emocional en adultos mayores ante la covid-19: una necesidad impostergable *Rev Med Electrón*, 43(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1684-18242021000203159. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1684-18242021000203159

- Álvarez, M. E., Bayarre, H., y Pérez, J. (2018). Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S08464-21252018000200007.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S08464-21252018000200007
- Aranda, C., y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233-245.
doi:10.15381/rinvp.v16i1.3929
- Arestuche, Y., y Acevedo, J. (2020). Las leyes cubanas ante el envejecimiento poblacional. Recuperado de <https://www.fgr.gob.cu/es/las-leyes-cubanas-ante-el-envejecimiento-poblacional>
- Astorga, G. L., y Barrientos, I. (2020). Infección por Covid19 en población adulta mayor: Recomendaciones para profesionales. *Revista Médica de Costa Rica*, 85(629).
Recuperado de <http://revistamedicacr.com>. Recuperado de <http://revistamedicacr.com>
- Azcuy, L., Camellón, A., y Roque, Y. (2020). Atención focalizada, desde la política social, a los adultos mayores institucionalizados del municipio Placetas, Cuba. *Novedades en Población*, 16(31), 173-186. Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu>. Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu>
- Baró, T., y otros. (2017). Acciones educativas para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Información Científica*, 96(5), 798-805. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764111001>. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764111001>

- Bayarre, H. D., y otros. (2018). Acciones educativas para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Información Científica*, 96(5), 798-805. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764111001>. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764111001>
- Borbón, N. A., Castro, A. A., De la Cruz, M. F., Duarte, H., Durazo, L. A., y Estrada, A. A. (2020). Conducta de actividad física, capacidad funcional, apoyo social y síntomas depresivos de adultos mayores que residen en comunidad en el municipio de Guaymas, Sonora, México. *Revista de Investigación Académica sin Frontera*(33), 2007-8870. Recuperado de <https://revistainvestigacionacademicasinfrontera.unison.mx/index.php/RDIASF/issue/view/22>. Recuperado de <https://revistainvestigacionacademicasinfrontera.unison.mx/index.php/RDIASF/issue/view/22>
- Bouza, G., Villoch, R., Plasencia, O., y Sosa, I. (2017). Calidad de la atención al anciano en dos policlínicos del municipio de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 25(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1029-301920211000100051. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1029-301920211000100051
- Bravo, N., Noa, M., Gómez, T., y Soto, J. (2018). Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Información Científica*, 97(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1028-99332018000300596%Ing=es&nrm=iso&tlng=es. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1028-

[99332018000300596%Ing=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1028-99332018000300596%Ing=es&nrm=iso&tlng=es)

Camero, S., y Baigorri, A. (2019). Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *EMPIRIA*(43), 59-87. doi:empiria.43.2019.24299f

Cerquera, A. M., y Quintero, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. Recuperado de

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>.

Recuperado de

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>

Cuadra, A., Medina, E. F., y Salazar, K. J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Psicología y Filosofía*, 11(35), 56-67. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005>.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005>

Díaz, A., Pérez, J., y Ortega, T. (2020). Relaciones intergeneracionales para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Novedades en Población*(Número Especial), 91-104. Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu>. Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu>

Díaz, D., Fleitas, R., y Santos, I. B. (2021). Cuidado familiar del adulto mayor y envejecimiento poblacional en Cuba. *Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica*, 2(9). Recuperado de <https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsiabril21/envejecimiento-poblacional-cuba>.

Recuperado de <https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsiabril21/envejecimiento-poblacional-cuba>

Dulzaides, M. E., y Molina, A. M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(4). Recuperado de file:///D:/revistas%20para%20web/para%20EBSCO/acimed/vol12_2_04/aci11204.htm . Recuperado de file:///D:/revistas%20para%20web/para%20EBSCO/acimed/vol12_2_04/aci11204.htm

Figuerola, G. (2018). *Apoyo social en los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro del distrito del Rímac*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Inca Garcilaso de La Vega, Lima, Perú. Recuperado de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665>

Fusté, M., Paz, L. E., y Pérez, M. (2019). *Redes de apoyo social del adulto mayor en Camajuaní, Cuba*. doi:10.17613/d45t-xp05

García, R. (2019). Cuba: envejecimiento, dinámica familiar y cuidados. *CEDEM/NOVEDADES EN POBLACIÓN*(29), 129-140. Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu>. Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu>

García, R., y Alfonso, A. (2020). *El Envejecimiento en Cuba. Políticas, progresos y desafíos*. In F. F. Ebert (Ed.).

González, O. A., Martínez, C. M., y Martínez, Y. (2021). La Cátedra del Adulto mayor y su integración con las instituciones de la localidad. *Revista Conrado*, 17(82), 223-229. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu>. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu>

González, R. (2020). Examen periódico de salud en adultos mayores de un policlínico.

Morfovirtual. Recuperado de <https://orcid.org/0000-0003-1143-6224>. Recuperado de <https://orcid.org/0000-0003-1143-6224>

Gross, A., y Peña, A. I. (2018). La política del cuidado en Cuba. Retos y perspectivas para un diseño multiactoral de cuidado con énfasis en los adultos mayores. *Revista de la*

Universidad de La Habana, 286, 155-170. Recuperado de

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci/abstract&pid=S025392762018000200011&Ing=pt&nrm=iso>. Recuperado de

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci/abstract&pid=S025392762018000200011&Ing=pt&nrm=iso>

Hechavarría, M. M., Ramírez, M., García, H., y García, A. (2018). El envejecimiento.

Repercusión social e individual. *Revista de Información Científica*, 97(6). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1028-99332018000601173

Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S1028-99332018000601173

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la*

Investigación(Sexta edición ed.).

Huenchuan, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en*

América Latina. Documento de la Sesión Proyecto Implementation of the Madrid Plan of Action on Ageing and the Regional Conference on Ageing, Santiago de Chile.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/7193-marco-legal-politicas-favor-personas-mayores-america-latina>

- Huenchuan, S. (2019). *Medidas clave sobre envejecimiento para la implementación y seguimiento de los objetivos de Desarrollo Sostenible*. Documento de la Sesión Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Montevideo, Uruguay.
<https://www.cepal.org/es/eventos/reunion-expertos-medidas-clave-envejecimiento-la-implementacion-seguimiento-objetivos>
- Huenchuan, S., y Fernández, A. (2020).). *Defender la vida: la pandemia de COVID-19 y las personas mayores en Cuba*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/defender-la-vida-la-pandemia-covid-19-personas-mayores-cuba>
- Huerta, L. (2018). La vejez desde un enfoque sociocultural. *CIENCIAUANL*, 87. Recuperado de <http://cienciauanl.uanl.mx>. Recuperado de <http://cienciauanl.uanl.mx>
- Izaguirre, M., López, M. A., López, L., y Santana, J. (2021). Autotrascendencia y calidad de vida en asistentes a una Cátedra del Adulto Mayor en Cumanayagua, Cuba. *Peru. Investig. Salud*, 5(3), 153-158. Recuperado de <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/891>. Recuperado de <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/891>
- Jáuregui, A. P., Lazarte, D. C., y Lazarte, L. G. (2018). *Características de red de apoyo social, pérdidas y generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Recuperado de <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/695>
- Jeff, V. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la Pandemia de Covid19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2).
doi:10.17843/rpmesp.2020.372.541910.17843/rpmesp.2020.372.5419

Lambiase, S., Tolli, M., González, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., y Robert, Y.

(2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. *PSI UC*(6).

Limón, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54. doi:10.17811/rifie.47.1.2018.45-54

Linares, L. P., Vázquez, A. L., González, K. N., Escalona, S. O., y Linares, L. B. (2019). Intervención educativa para cuidadores informales sobre atención de adultos mayores frágiles. *Univ Méd Pinareña*, 15(1), 367-377. Recuperado de <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/716>. Recuperado de <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/716>

Lino, A. L., y Téllez, B. (2021). Ser adulto mayor en tiempos de COVID-19. *Elementos*, 121, 17-22. Recuperado de <http://www.elementos.buap.mx>. Recuperado de <http://www.elementos.buap.mx>

Marante, E., y Pozo, L. M. (2018). Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400003 Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400003

Martínez, L., Grau, Y., Rodríguez, L., y González, E. (2018). ¿Quién cuida a los adultos centenarios del municipio Santa Clara en Cuba? *CEDEM*, 28, 37-45.

Martínez, T. J., González, C. M., Castellón, G., y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿Éxito o Dificultad? *Finlay*, 8(1).

- MINSAP. (2021). El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor en Cuba apuesta por vejez activa y saludable. Recuperado de https://salud.msp.gob.cu/el-programa-nacional-de-atencion-integral-al-adulto-mayor-en-cuba-apuesta-por-vejez-activa-y-saludable/?doing_wp_cron=1631821998.1821639537811279296875
- Morales, R., y otros. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Publica*(42). doi:10.26633/
- Nations, U. (2019). World Population Prospects 2019: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS*. In OMS (Ed.).
- OMS. (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS. (2021). Década del Envejecimiento Saludable, 2020-2030. Recuperado de <http://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>
- OMS/OPS. (2000). Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la Covid-19 en las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadaspor-covid-19-americas>.
Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadaspor-covid-19-americas>
- ONEI. (2012). Censo de Población y Viviendas 2012. Recuperado de <http://www.onei.gob.cu/node/13001>
- ONEI. (2021). El Envejecimiento de la Población. Cuba y sus Territorios 2020. Recuperado de <http://www.onei.gob.cu/node/13821>

Pérez, A., González, R. A., Cano, A., y Córdova, M. E. (2021). COVID-19 y adultos mayores: entre el aislamiento por cuarentena y la vulnerabilidad económica.

EDUCATECONCIENCIA, 29(31). Recuperado de

<http://tecnocientifica/index.com.mx/educateconciencia/index.php/revistaeducate/issue/view/32>. Recuperado de

<http://tecnocientifica/index.com.mx/educateconciencia/index.php/revistaeducate/issue/view/32>

Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 249-252.

doi:10.1016/j.regg.2020.05.006

Pozzo, L. V., y Meurice, P. C. (2017). *Desafíos del siglo 21 para la construcción de un envejecimiento sin viejismos*. Documento de la Sesión Por un desarrollo social y cultural sostenible en el siglo XXI.

Purón, J., Hernández, D., García, R. P., Hidalgo, M., Vega, Y., y Romero, A. (2021).

Evaluación del subprograma comunitario de atención al adulto mayor en el Policlínico

Universitario Norte de Ciego de Ávila. *REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA DE*

CIEGO DE ÁVILA, 27(1). Recuperado de [http://creativecommons.org/licenses/by-](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

[nc/4.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Recuperado de <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Roca, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. Ciudad de La Habana: Félix Varela.

Rodríguez, T., Fabelo, J. R., y Iglesias, S. (2017). Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*,

43(1). Recuperado de <http://scielo.sld.cu>. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>

- Salazar, Y., Duany, C., y Valdéz, K. (2018). El envejecimiento poblacional: un reto para la sociedad y el Sistema de salud en Cuba. *Panorama Cuba y Salud*, 13, 156-159.
Recuperado de <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/919>.
Recuperado de <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/919>
- Sánchez, O., Martínez, J., Florit, P.C., Gispert, E.A., y Vila, M. . (2019). Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. *Rev Med Electrón*, 41(3).
- Savigne, J., Pérez, J., y González, Y. (2020). El adulto mayor en Cuba y la calidad de vida. *Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica*, 11(6). Recuperado de <https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsienero21/adulto-mayor-cuba>. Recuperado de <https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsienero21/adulto-mayor-cuba>
- Silva, D., Ruiz, C., Bravo, P., Vidal, C., y Méndez, P. (2018). Atención del adulto mayor desde la perspectiva del modelo de salud familiar y comunitaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). Recuperado de https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES. Recuperado de https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
- Tariq, A., Beihai, T., Abbas, N., Ali, S., Yao, W., y Imran, M. (2020). Role of Perceived Social Support on the Association between Physical Disability and Symptoms of Depression in Senior Citizens of Pakistan. *Public Health*, 17.
doi:10.3390/ijerph17051485
- Torío, S. (2021). La vivencia de la soledad en la vejez. Una mirada en tiempos de pandemia. *REVISTA INTERUNIVERSITARIA*, 37, 9-16. doi:10.7179/PSRI_2021.37.00

Valdez, M. G., y Álvarez, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores.

Horizonte sanitario, 17(2). doi:10.19136/hs.a17n2.1988

Villafuerte, J., y otros. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 15(1). Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X201000100012.

Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X201000100012

Villarreal, M. (2005). La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *División de Población*. Recuperado de

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/7206-la-legislacion-favor-personas-mayores-america-latina-caribe>

Yordi, M. J., Ramos, A. M., y Álvarez, E. C. (2018). Envejecimiento, contexto y representaciones sociales. Un estudio preliminar. *IXAYA*, 8(15). Recuperado de

<https://www.researchgate.net/publication/3338232797>. Recuperado de

<https://www.researchgate.net/publication/3338232797>

Apéndices

Apéndice 1



Universidad Central Marta Abreu de Las Villas

Facultad De Ciencias Sociales.

Yo _____ he sido informado por la

Investigadora Helen Santos Castillo sobre los objetivos y particularidades de la investigación como parte del trabajo de Diploma de Pregrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Marta Abreu de Las Villas. He sido invitado a participar en dicha investigación para lo cual tengo conocimiento que deberé responder una serie de técnicas (Test, Cuestionarios y Entrevistas), garantizándose la confidencialidad de mis respuestas. También me ha informado que dentro de las pruebas que responderé, ninguna afectará mi integridad física o mental de modo alguno. De igual manera, se me ha explicado que tengo derecho de abandonar la investigación si así fuese mi voluntad, sin perjuicio de ningún tipo para mi persona. Adicionalmente se me ha explicado que la investigadora podrá emplear los resultados derivados del estudio para la publicación de los mismos, siempre y cuando no se revelen indicios de mi identidad bajo ningún concepto. En caso de dudas adicionales mías o de mis familiares se me ha ofrecido datos personales de la investigadora y de la responsable académica, así como de la Facultad de Ciencias Sociales/UCLV para realizar las consultas o verificar la identidad de los encuestadores y los objetivos del estudio.

Firma del participante

Firma del investigador

Apéndice 2

Ficha Sociodemográfica

Pseudónimo: _____

Rango de Edad:

60-64____ 65-74____ 75-84____ 85-89____ 90 o más____

Raza:

Blanco ____ Afro-descendiente ____ Mestizo ____ Indígena ____

Sexo:

Mujer____ Hombre____

Presencia de Enfermedad o Discapacidad: _____

Medicamentos que consume: _____

Estado civil:

Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado/ Separado _____

Unión no formalizada _____ Otro _____ No sabe _____

Número de hijos: _____

Convive con: _____

Nivel de estudios:

No culminó estudios primarios_____ Bachillerato sin finalizar_____

Bachillerato finalizado_____ Estudios universitarios sin finalizar_____

Estudios universitarios finalizados_____ Posgrado_____

Profesión (es):

Especificar: _____

Situación laboral actual:

Trabajando actualmente: Sí _____ No _____

En caso de que esté trabajando:

Tiempo completo _____ Estable _____ Remunerado _____

Medio tiempo _____ Inestable _____ No remunerado _____

Ocupación actual: _____

Fuente de Ingresos: _____

Apéndice 3

Entrevistas a proveedores de salud

Objetivo: Explorar la provisión de apoyo social desde las instituciones de salud a los adultos mayores residentes en el Consejo Popular Pujol-Los Chinos.

Indicadores:

Nombre y cargo en el que se desempeña. (Relación con el estudio de los adultos mayores en el municipio Placetas).

Conceptualización del apoyo social.

Abordaje del apoyo social desde el sistema de salud actual como recurso en el estado de salud-enfermedad en adultos mayores.

Importancia e Impacto del apoyo social desde las instituciones de salud a adultos mayores:

(¿Cree usted que el apoyo social desde las instituciones de salud a los adultos mayores es significativo? ¿Qué diferencias advierte en los adultos mayores provistos de apoyo social en el enfrentamiento al envejecimiento de una manera saludable y activa, con respecto a aquellos que no están provistos de este recurso?)

Papel del apoyo social, desde las instituciones de salud y desde la familia, a los adultos mayores en el enfrentamiento a la pandemia por Covid-19: (Apoyo social como facilitador a la adaptación del adulto mayor a las nuevas condiciones de vida producto del confinamiento social, diferencias que advierte en los adultos mayores provistos de apoyo social en el enfrentamiento del contagio por Covid-19 con respecto a aquellos que no están provisto de este recurso).

Prevención de problemas sociales y salutogénicos desde la provisión de apoyo social de instituciones de salud, comunitarias y sociales.

Caracterización del apoyo social familiar y de las instituciones de salud que reciben los adultos mayores con los que trabaja o ha trabajado.

Modificaciones en la manera de brindar apoyo social desde las instituciones y la familia a los adultos mayores ante el impacto de la pandemia mundial por Covid-19.

Suficiencia del apoyo social familiar y de instituciones de salud que reciben los adultos mayores con los que trabaja o ha trabajado.

Necesidad del estudio del apoyo social familiar a adultos mayores del municipio Placetas, sobre todo en el enfrentamiento a la pandemia mundial por Covid-19: (Líneas de trabajo en el municipio, aporte como profesional a estas necesidades interventivas, beneficios de prácticas interventivas dirigidas a potenciar el apoyo social familiar en los adultos mayores del municipio)

Identificación de limitaciones y/o problemas en la institución para brindar atención integral al adulto mayor y ser proveedores de apoyo social en tiempos de pandemia.

Medidas puestas en práctica por la institución para resolver limitaciones y/o problemas en la institución para brindar atención integral al adulto mayor y ser proveedores de apoyo social.

Líneas de trabajo para mejorar el apoyo social a los adultos mayores en el municipio Placetas: (¿En qué línea cree usted que se puede trabajar para el logro y establecimiento del apoyo social como un recurso más en la atención integral al adulto mayor?)

Apéndices 4

Guía de entrevista semi-estructurada al adulto mayor y a un miembro de la familia

Objetivo: Obtener información sobre la provisión de apoyo social desde instituciones de salud, al adulto mayor residente del Consejo Popular Pujol-Los Chinos del municipio Placetas.

Indicadores:

Concepción de envejecimiento activo y saludable.

Apoyo afectivo: (Sensación de sentirse amado, implicación de instituciones de salud en el fortalecimiento de lazos familiares y comunitarios).

Apoyo emocional: (Disponibilidad de instituciones de salud para ayudar al adulto mayor a resolver problemas, provisión de consejos. Apoyo ante temores y miedos que pueda tener el adulto mayor, implicación de los agentes de salud de la comunidad para promoverle bienestar al adulto mayor).

Apoyo instrumental: (Disponibilidad de ayuda en la vivienda ante tareas domésticas y/o de cuidado al adulto mayor, acompañamiento en situaciones de enfermedad, apoyo ante problemas específicos o alguna necesidad: prestar dinero, necesidades de cuidado, de apoyo emocional, trámites o gestiones).

Apoyo espiritual: (Medios de satisfacción de necesidades sobre la pérdida de un ser querido, apoyo de las iglesias u otras instituciones religiosas, inquietudes espirituales en el enfrentamiento y desenlace ante una enfermedad).

Apoyo informacional: (Disponibilidad de fuentes de información, provisión de explicaciones respecto a la enfermedad, conocimientos sobre el envejecimiento como etapa de desarrollo,

necesidades educativas latentes y labor de los profesionales de salud en la resolución de estas necesidades educativas).

Demandas de los adultos mayores respecto a la provisión de apoyo social de instituciones de salud.

Recomendaciones para facilitar el apoyo social desde las instituciones de salud a adultos mayores.

Apéndice 5

Guía de Entrevista semi-estructurada al adulto mayor

Objetivo: Caracterizar estados emocionales del adulto mayor con respecto al nuevo contexto pandémico y al apoyo social recibido desde las instituciones de salud.

Indicadores:

Estado de ánimo deprimido: (Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día).

Estado de ánimo ansioso: (Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, anticipación temerosa, irritabilidad).

Insomnio: (Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar).

Cambios en la rutina del hogar producto del nuevo contexto pandémico.

Disponibilidad de ayuda profesional ante estados ansiosos-depresivos.

Disponibilidad de ayuda profesional para facilitar la adaptación al nuevo contexto pandémico.

Trabajo preventivo y de rehabilitación de instituciones de salud ante los estragos del Covid-19.

Medidas higiénico sanitarias para frenar el contagio por Covid-19, adoptadas en las viviendas recomendadas por instituciones de salud.

Estrategias de afrontamiento ante el confinamiento por la pandemia del Covid-19.

Apéndice 6

Guía de observación a la vivienda familiar del adulto mayor.

Objetivo: Identificar aspectos estructurales y funcionales del hogar que influyen en las condiciones de vida del adulto mayor.

Indicadores:

Componentes arquitectónicos, ambientales y estructurales: (Condiciones ambientales: iluminación, ventilación, hacinamiento. Estado físico de la estructura externa e interna de la vivienda: paredes, cimientos, pintura, organización, limpieza, distribución del espacio etc.).

Horarios, rutinas y realización de actividades hogareñas cotidianas: (Implicación del adulto mayor en estas).

Autocuidado personal del adulto mayor: (Apariencia, vestimenta e higiene personal).

Relación interactiva entre adulto mayor y los miembros que cohabitan en el hogar: (Muestras de respeto, lenguaje empleado, existencia o no de conflictos).

Autonomía del adulto mayor.

Disponibilidad de ayuda: (Requerimiento de atención, alimentación, cuidado).

Clima Afectivo imperante.

Apéndice 7

Test de apoyo social

Instrucciones: A continuación, aparecen una serie de preguntas cuyo objetivo es conocer el tipo de apoyo social, el grado de satisfacción con este, así como las principales redes de apoyo con que cuenta.

Circule el número de la respuesta que considere más apropiado para usted.

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>siempre</i>
1. ¿Qué tipo de apoyo recibió y con qué frecuencia?					
Material o económico(dinero, comida, albergue)	1	2	3	4	5
Consuelo, desahogo, afecto, fortalecimiento, fortalecimiento de la autoestima.	1	2	3	4	5
Ayuda en labores y tareas, los quehaceres del hogar, reparaciones y compras	1	2	3	4	5
Compañía de personas, familiares y amistades	1	2	3	4	5
Cultos, prácticas religiosas, rezos, meditaciones u otros actos religiosos	1	2	3	4	5
Nuevos conocimientos y valoraciones	1	2	3	4	5

Expresiones y manifestaciones dirigidas al enriquecimiento de la espiritualidad	1	2	3	4	5
Consejos y orientaciones	1	2	3	4	5
2. ¿De quiénes y con qué frecuencia recibió ayuda?					
De la propia familia	1	2	3	4	5
Del resto de la familia que vive fuera del hogar	1	2	3	4	5
De la pareja	1	2	3	4	5
De las amistades	1	2	3	4	5
De las instituciones de salud	1	2	3	4	5
De las asociaciones religiosas	1	2	3	4	5
De los vecinos	1	2	3	4	5
De los compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
De las instituciones sociales	1	2	3	4	5

Apéndice 8

Tabla 6

Matriz de datos sobre el abordaje del apoyo social a adultos mayores desde las perspectivas de profesionales

Verbalizaciones o datos brutos	Categoría	Pre análisis de datos
<i>Soporte afectivo y emocional...</i> <i>Son recursos y herramientas que se brindan</i> <i>Ayuda que deviene de las interacciones sociales</i> <i>Disponibilidad de recursos... que generan beneficios para el sujeto</i> <i>Herramientas necesarias para tener una buena calidad de vida</i> <i>Toda la ayuda con la que se cuenta para enfrentar problemas de salud y de otra índole</i> <i>Soporte con que se cuenta en momentos de necesidad</i>	Conceptualización de apoyo social	Apoyo social como un recurso de beneficio para el adulto mayor y asociado con una buena calidad de vida. Medio de satisfacción de necesidades de salud, de actividad-comunicación y emocionales. Recurso para hacer frente a momentos de necesidad o enfermedad. Apoyo social como concepto multidimensional.
<i>El apoyo es muy importante ante estados anímicos depresivos y ansiosos en los ancianos</i> <i>Ante la necesidad de comunicación es uno de los aspectos fundamentales</i> <i>Juega un papel relevante para el bienestar socio psicológico del adulto mayor</i> <i>Claros son los resultados de la CAM ante la soledad, la depresión, la ansiedad, el miedo presentes en los adultos mayores, y ante la necesidad de ser escuchados y de que respeten su espacio</i> <i>Cobra significación especial al ser uno de los municipios más envejecidos del país</i> <i>En la institucionalización o semi-institucionalización... incluso se crea un sustituto familiar al anciano</i> <i>En adultos mayores solos o con familias disfuncionales, la propia institución constituye la principal fuente de apoyo</i>	Importancia del apoyo social desde las instituciones de salud a adultos mayores	Alternativa como respuesta al proceso de envejecimiento poblacional del municipio. La institución de salud se concibió como la principal fuente de apoyo al adulto mayor junto a la familia. Se apreció un mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores con soporte institucional y familiar. Manejo del apoyo social desde las instituciones de salud como respuesta ante estados anímicos inadecuados en los adultos mayores.
<i>Las necesidades de alimentación se han garantizado</i> <i>El control de los adultos mayores como población vulnerable fue y es priorizado</i> <i>Se ha estado pendiente de sus estados anímicos y de los servicios de rehabilitación necesarios</i>	Papel del apoyo social, desde las instituciones de salud en el enfrentamiento a la pandemia por	Aumento de las visitas e ingresos en el hogar, y del trabajo de campo. Control prioritario de la población adulta mayor como emergencia geriátrica.

<i>El trabajo que se ha realizado en el control del coronavirus ha sido intenso a pesar de la escasez de recursos</i> <i>Se trasladó el servicio hacia el hogar de los adultos mayores con problemas en la movilidad</i> <i>Se han asumido nuevas modalidades y alternativas virtuales, pero el trabajo no ha cesado</i> <i>En la emisora se transmiten consejos para mantener el activismo y el entrenamiento cognitivo</i> <i>La respuesta ante focos de infección ha sido extraordinaria</i>	Covid-19.	Afectaciones en los servicios médicos debido a la alta demanda, fluctuación de personal médico y de enfermería y escases de insumos médicos. Propuestas de nuevas alternativas sobre todo virtuales en la atención al adulto mayor. Disponibilidad inmediata de recursos para los adultos mayores más vulnerables y con necesidades de apoyo social desde las instituciones de salud. Se destacó el trabajo intersectorial en la provisión de apoyo social en todas sus dimensiones a adultos mayores del municipio.
<i>Sin dudas la presencia de trabajos sobre el tema es escasa</i> <i>Es una urgencia para la comunidad tener adultos mayores funcionales y sanos</i> <i>Los trabajos del apoyo social desde los consultorios son insuficientes</i> <i>Necesidad de supuestos teóricos metodológicos para el desarrollo de las actividades proyectadas desde los diferentes espacios</i> <i>Sin dudas, la tendencia es a pronunciarse más por el asistencialismo que por el validismo</i> <i>Las investigaciones deben dirigirse a fomentar un envejecimiento activo plegado de apoyo social.</i>	Necesidad del estudio del apoyo social en el municipio	Insuficiencia de estudios o abordaje desde un enfoque asistencialista. Necesidad de realizar investigaciones centradas en el nivel de satisfacción que tiene los adultos mayores con respecto al apoyo social recibido desde las instituciones de salud. Escaso abordaje del envejecimiento poblacional desde una conceptualización activa desde los distintos enfoques teóricos.
Fuente: Elaboración propia		

Apéndice 9

Tabla 7

Matriz de datos sobre características de las dimensiones del apoyo social a adultos mayores

Verbalizaciones o datos brutos	Categoría	Pre análisis de datos
<i>Yo no sé qué haría sin mi hija, ella me ayuda en todo</i> <i>Ojalá contara con una enfermera...mi hija a veces no da más</i> <i>Me da hasta pena...sin mis hijos y nueras no pudiera hacer casi nada</i> <i>Mi hija manda dinero del norte para que no nos falte nada</i> <i>Mi hijo nos buscó la comodidad...gracias a eso vivimos juntos y mi otra hija puede cuidarme</i> <i>Mi mamá cuida de mi abuela, eso es agotador...ella también es vieja...necesita de la ayuda de doctores</i> <i>Yo ayudo a mi hija en todo lo que puedo...cocino, ayudo con mi nieto</i> <i>Intento contribuir...hasta mis arreglitos de costura hacía</i> <i>Todos los días voy pa' la tienda y hago los mandados</i> <i>Agradecida de por vida con la enfermera y el doctor por lo que hicieron por mi hermano</i> <i>Yo no sé qué hubiera pasado si la enfermera no nos hubiera ayudado tanto cuando estaba enfermo</i> <i>Cuando mi madre tiene una recaída...enseguida viene la enfermera y el médico</i> <i>Aquí todos los días pasa un estudiante haciendo pesquisas</i> <i>En seguida...me hicieron de todo, nos aislaron, la verdad...no faltó atención en ningún momento</i> <i>Esos médicos no tienen miedo...así mismo vinieron a la casa a atenderme con Covid y to'</i>	Apoyo social instrumental o material	Esta dimensión se encontró satisfecha mayormente por los hijos, generalmente mujeres en calidad de cuidadoras algunas. Los hijos residentes en el exterior del país se conciben como una gran fuente de apoyo material sobre todo en la provisión monetaria y de recursos médicos. La satisfacción con la labor de instituciones fue variada, dirigiendo los ejemplos de apoyo mayormente al contexto pandémico. El apoyo instrumental de las instituciones de salud se realizó desde un punto de vista asistencialista a los adultos mayores frágiles. Destacó el hecho que los adultos mayores son receptores de este tipo de apoyo, así como proveedores para los miembros de su familia.
<i>...a pesar de lo mal que me sentía, tuve</i>	Apoyo social	Esta dimensión se encontró

que echar pa' delante porque tenía que estar ahí para consolar a la familia <i>Cuando estuve hospitalizado...yo era el más positivo...intenté que no se preocuparan</i> <i>Sin dudas mi hija siempre está ahí</i> <i>Mi nieta siempre busca mis consejos...</i> <i>...mi esposa es quien mejor me conoce, ella sabe cómo apoyarme cuando estoy decaído o tengo un problema</i> <i>Con la muerte de mi madre, la familia se unió más sobre todo para brindarle apoyo a mi padre que fue uno de los más afectados</i> <i>Tuvimos que unirnos...para cuidarlo y después cuando murió para darnos consuelo</i> <i>...estuvieron ahí, a pesar de lo complicado de la situación me hicieron sentir como si yo podía vencer todo</i> <i>Pasé un momento duro... el apoyo de mi familia fue lo que me mantuvo cuerdo</i> <i>Yo estuve mal y aquí no vino ningún médico ni psicólogo</i> <i>Me hubiera gustado que mi padre hubiera contado con un psicólogo para superar la muerte de mami</i> <i>Seguir los consejos de la psicóloga fue lo menor...yo me siento feliz</i>	socioemocional	satisfecha mayormente por los cónyuges e hijos, seguido de los nietos, así como coetáneos. El adulto mayor fue además proveedor importante de apoyo para estos miembros. Existió una tendencia mayor de la provisión de este apoyo ante situaciones difíciles como enfermedades, y fallecimientos. Insatisfacción por parte de los participantes con respecto al apoyo socioemocional provisto por las instituciones de salud, con excepciones de adultos mayores participantes en intervenciones realizadas por el psicólogo de la comunidad.
<i>Yo necesito que alguien le explique... qué es el envejecimiento</i> <i>Piensa que por ser viejo ya es inútil</i> <i>Yo na más se lo que el médico me dijo...y ni entendí mucho</i> <i>La suerte es mi hijo que estudia medicina...porque yo no sabía cómo enfrentar la enfermedad de mi madre</i> <i>Yo intento que mi suegra haga lo menos posible...para que no se canse</i> <i>En la emisora radial no han dejado de dar consejos e información</i> <i>Yo hago todos los cocimientos que recomiendan los médicos para subir defensas</i>	Apoyo informacional	Incapacidad de la familia de satisfacer las necesidades de tipo informacional presentes en los adultos mayores respecto a la presencia de enfermedades y características propias del envejeciendo, debido a su propio desconocimiento. Necesidad recurrente de apoyo social institucional en la modificación de creencias erróneas respecto a la vejez. Reconocimiento de la instituciones de salud como

<i>La trabajadora social pasa por aquí recomendándonos la Casa de Abuelos y habla mucho con nosotros</i> <i>La psicóloga es muy buena, gracias a que le hice caso empecé a hacer cosas nuevas, ya hasta un huerto tengo y me siento más activo</i>		fuentes de apoyo informacional en el contexto pandémico.
<i>Gracias a la iglesia yo encontré paz</i> <i>Sin el padre, no sé qué hubiera sido de mí, él me aconsejó y me dio tranquilidad</i> <i>Los tiempos de Dios son perfectos... él sabe porque hace las cosas...encuentro consuelo en que nos volveremos a ver</i> <i>Gracias a la iglesia, yo me volví a sentir útil y querida</i> <i>Las iglesias no me dan apoyo porque yo no soy creyente</i> <i>Nosotros somos ateos..</i>	Apoyo social espiritual	Se destacó la iglesia como mayor proveedora de apoyo espiritual. No se declaró insatisfacción en esta dimensión por los adultos mayores que no son religiosos, por lo que fue asociado la provisión de apoyo solo en caso de ser practicante de la religión. Falta de entendimiento sobre el significado de espiritualidad en los adultos mayores y en sus familiares.

Fuente: Elaboración propia

Apéndice 10

Tabla 8

Matriz de datos sobre estados emocionales del adulto mayor con respecto al nuevo contexto pandémico y al apoyo social recibido desde las instituciones de salud

Verbalizaciones o datos brutos	Categoría	Pre análisis de datos
<i>Al inicio de todo fueron tantos cambios...uno se entristece, no sabes que va a pasar</i> <i>La pérdida de tantos amigos por COVID-19 ha sido un dolor insuperable</i> <i>Tuve que dejar de escuchar las noticias porque me atormentaba...todo eran desgracias</i> <i>Uno entra a Facebook y todo lo que ve son fotos de fallecidos y familias sufriendo</i>	Estado de ánimo deprimido	No existen indicadores de estados depresivos en los adultos mayores, sin embargo, sí hay presencia de estados displacenteros, como tristeza, asociados mayormente a la pérdida de coetáneos debido al COVID-19 y al bombardeo de información.
<i>Yo sé que mi mamá si lo coge no lo rebasa</i> <i>No podría perdonarme en la vida, ser la responsable de contagiar a mi familia</i> <i>Todos los días tengo que trabajar con personas...llego a la casa muriéndome de traerlo conmigo</i> <i>Yo incluso llegué a aislarme de mi familia por miedo a contagiarlos</i> <i>...lo único que hago es rezarle a ese Gran Poder para que nos proteja</i> <i>Es duro, la vida cambió de repente...financieramente fue un duro golpe para mi</i>	Estado de ánimo ansioso	Presencia de estados ansiosos respecto a un contagio y fallecimiento de seres querido debido al COVID-19. Aislamiento social en el propio contexto del hogar debido al temor. Anticipación temerosa de ser el responsable de enfermar al resto de los miembros convivientes. Referencias constantes de preocupación por los miembros de la familia.
<i>Me golpeó tener que dejar de trabajar...llevo toda la vida siendo laboriosa y activa</i> <i>Sin dudas el dejar pendientes reuniones familiares y celebraciones de aniversarios</i> <i>Fue muy difícil acostumbrarse a usar todas las medidas de protección...aún me cuesta no dar abrazos y besos</i> <i>Adaptarse al encierro fue lo peor...sobre todo para mis nietos</i> <i>Ya ni los recados de la tienda y el pago de la luz puedo hacer...me sentía inútil</i> <i>Desde que mi mamá enfermó la verdad no salgo mucho, por eso para mi no fue tan</i>	Adaptación al contexto pandémico	Cambios considerables en las rutinas hogareñas que conllevaron a problemas de adaptación. Interferencias en los vínculos familiares y laborales debido a las restricciones y medidas higiénico sanitarias. Afecciones en el activismo del anciano debido al confinamiento en la vivienda. Diferencias marcadas en la adaptación al nuevo contexto pandémico en dependencia del

<i>difícil como para otros</i> <i>Aquí donde vivo, al ser un poco alejado, no se nota casi la diferencia</i> <i>Yo hace años que prácticamente ni salgo, ni visito a nadie... estoy acostumbrado</i>		activismo previo del adulto mayor.
<i>El reconocimiento a los médicos y enfermeros hay que hacérselo, han trabajado mucho a pesar de la escasez, del miedo...</i> <i>De primera mano se lo demandante de la labor del personal de salud en estos tiempos y que han cumplido hasta el agotamiento físico y mental</i> <i>A nosotros no nos faltó nada, ni medicamentos, ni atención en ningún momento</i> <i>Los estudiantes de medicina diariamente pasan por aquí los pobres súper cansados... son niños prácticamente</i> <i>La psicóloga pasó por aquí y me dejó cosas para hacer, me recomendó unas películas y libros para despejar en la cuarentena</i> <i>Todos los partes diarios dados por el televisor y la radio has sido muy útiles...también todos los consejos</i>	Disponibilidad de ayuda profesional	Reconocimiento de la labor profiláctica del MINSAP en la contención y manejo del COVID-19. Alta disponibilidad de asistencia médica ante contagio y efectividad en el control de focos. Niveles de satisfacción altos con respecto a la labor de los proveedores de salud en tiempo de pandemia. Apoyo social intersectorial a adultos mayores como población de riesgo.
<i>A uno le queda poco tiempo para vivir amargado...hay que ser positivos que todo pasa</i> <i>Yo busqué información sobre el coronavirus para saber a lo que nos enfrentábamos</i> <i>Decidí aprovechar el tiempo y ponerme a hacer cosas pendientes...ya hasta tengo un huerto</i> <i>A mi me encanta estar todos juntos en casa y más con el niño...me paso el día entero jugando con él y enseñándole canciones viejas</i> <i>Aquí hay que vivir el tiempo que queda como sea...si total</i> <i>Momentos peores se han pasado...esto es normal</i> <i>Que sea lo que Dios quiera...ya me da lo mismo</i> <i>Esto es lo peor que le ha pasado al mundo...yo no sé cuánto aguantemos más</i>	Estrategias de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento variadas en la muestra de estudio, con predominio de un afrontamiento pasivo. Estrategias de afrontamiento funcionales asociadas con el apoyo institucional y familiar en adultos mayores.

así

Estoy loco porque esto se acabe

Fuente: Elaboración propia

Apéndice 11

Tabla 9

Apoyo social desde las instituciones de salud

Dimensión	Frecuencia (%)
Nunca	6 (40.0)
Casi nunca	1 (6.7)
A veces	1 (6.7)
Casi siempre	5 (33.3)
Siempre	2 (13.3)
Total	15 (100.0)

Fuente: Test de Apoyo Social