



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**TESIS PREVIA AL GRADO ACADÉMICO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TÍTULO DE LA TESIS:**

**“Redes de Apoyo Familiares y Calidad de Vida en los Adultos Mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**AUTORA:**

**Bella María Briones Pionce**

**TUTOR:**

**Dr. Carlos López Haz**

**GUAYAQUIL - ECUADOR**

**2012- 2013**

## **PENSAMIENTO**

***“Cuando habla un joven, el alma recuerda donde se enciende su vigor. Cuando habla un anciano, el alma descansa, confía, espera, sonreiría si tuviera labios y parece que se dilata en paz”***

***José Martí***

## **ACEPTACIÓN**

---

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

**VOCAL**

---

**VOCAL**

## **DECLARACIÓN DE AUTORIDAD**

Declaro que soy autora de este Trabajo de Titulación y que autorizo a la Universidad de Guayaquil, a hacer uso del mismo, con la finalidad que estime conveniente.

**Firma:**

**Bella María Briones Pionce**

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta investigación es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de su autora, sino también del trabajo desinteresado de otras personas; quienes de uno o de otro modo han contribuido con generosidad en su realización.

En primer lugar debo Agradecer a DIOS por haberme permitido la realización de esta investigación la cual significa la concreción de unas de mis metas personales y profesional.

Agradezco a mi tutor Dr. Carlos López Haz, por la asesoría constante y permanente quien con su paciencia fue la guía y el camino para la culminación de la tesis.

A todos mis maestros por todo su tiempo compartido en cada etapa de mi camino universitario, por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

Aquellos que colaboraron en la validación de los cuestionarios para realizar mi investigación: Dr. Gregory Garay, Dr. Jaime Dalmau, Dr. Julio Sánchez. Dra. Cristina Hidalgo.

A la Universidad de Guayaquil, específicamente a la Facultad de Ciencias Psicológica; por haberme permitido culminar con éxito mi carrera y haberme impartido en sus aulas conocimientos científicos que permitirán realizar un excelente trabajo en el área de la Psicología Clínica.

## **DEDICATORIA**

### **A mi madre**

Por sus cuidados y dedicación, por enseñarme valores y ser perseverante, por sus consejos y sobre todo por el amor que me dio, todo esto es un legado que me dejó antes de partir, sé que desde ese lugar especial que Dios le ha otorgado estarás muy feliz.

### **A mi esposo**

Por su apoyo total e incondicional, por su amor y comprensión en los años de estudios de mi carrera y lo más importante, su fe en mí, que podía lograrlo.

### **A mi suegra**

Por su apoyo incondicional, por su amor y confianza

### **A mi familia**

A mi querida Tía Yolanda por su excelente rol de madre, por brindarme su amor y protección y por los años que dedicó en cuidarme.

A mi suegra por su apoyo incondicional, por su amor y confianza y a toda mi familia que de una manera u otra estuvieron siempre apoyándome.

## RESUMEN

El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal. Por todos estos aspectos y factores se procedió a realizar el presente trabajo de investigación cuyo objetivo general: **“Caracterizar las redes de apoyo familiar y el mejoramiento de la calidad de Vida en los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”**. Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD), Cuestionario para Adultos Mayores Jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”, Cuestionario WhoQol – Bref Adaptado (OMS) y la entrevista semi – estructurada. Obteniéndose los siguientes resultados:

- Las caracterizaciones de las redes de apoyo familiares y la calidad de vida del adulto mayor se manifiestan en situaciones de aislamiento, indefensión, soledad e indiferencia, constituyendo que los adultos mayores sientan miedo, lo que puede llevarlos a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ellos.
- Las funciones específicas de las redes de apoyo familiares en los adultos mayores son variadas, muy claras y contundentes; es atender y apoyar las necesidades concretas tales como: amor, estabilidad emocional, salud, alimentación, recreación, cuidados, ayuda económica, fortalecer su autonomía y autoestima.
- Entre las formas de apoyo familiares; se destacan los siguientes: la de sus parejas sentimentales y en caso de pérdida de la misma, el mayor apoyo que reciben es la de sus hijas ya sean mayores o menores, generalmente los hijos intermedios especialmente los varones los abandonan o los excluyen.

## INDICE GENERAL

	Pág.
Pensamiento	I
Aceptación	II
Declaración de Autoridad	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Resumen	VI
Índice General	VII
Índice de Contenido	VIII
Índice de Gráficos	XI



## Índice Contenido

Introducción .....	12
Capítulo I : Fundamento teórico .....	13
1.1. Definiciones.....	13
1.1.2. Redes de Apoyo Social.....	13
1.1.3. Tipología de las Redes de Apoyo Social .....	18
1.1.4. Características y Evaluación de las Redes de Apoyo Social .....	25
1.1.5. Funciones de las Redes de Apoyo Social de los Adultos Mayores .....	29
1.1.6. Redes de Apoyo Familiar.....	30
1.2.1 Calidad de Vida.....	34
1.2.2. Redes de Apoyo Familiares y sus efectos en la Calidad de Vida .....	38
1.3.1. Adulto Mayor .....	39
1.3.2 Envejecimiento puede considerarse desde distintos puntos de vista .....	41
1.3.3. La Evaluación del Estado Funcional de los Adultos Mayores.....	41
1.3. 4. El envejecimiento y Sociedad.....	42
1.3.5. El anciano y su Familia.....	45
Capítulo II: DISEÑO METODOLÓGICO .....	50
2.1. Situación problema .....	50
2.2. Justificación de estudio .....	51
2.3. Problema .....	53
2.4. Objetivos .....	53
2.4.1. Objetivo General .....	53
2.4.2. Objetivos Específicos .....	53
2.4.3. Preguntas de investigación .....	53
2.5. Diseño de Instrumentos .....	54
2.6. Variables (conceptualización y Operacionalización) .....	55

2.7. Diseño de Muestra .....	56
2.7.1. Criterio de Inclusión.....	57
2.7.2. Criterio de Exclusión.....	57
Capítulo III: METODOLOGÍA .....	58
3.1 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) .....	58
3.2 Cuestionario para Adultos Mayores Jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López” .....	63
3.3 Cuestionario WhoQol – Bref Adaptado (OMS) .....	65
3.4. Entrevista Semi .....	68
3.5. Triangulación .....	69
Capítulo IV: CONCLUSIONES.....	70
4. Conclusiones .....	71
Capítulo V: RECOMENDACIONES.....	73
5. Recomendaciones.....	73
Referencia Bibliografía.....	74
Bibliografía.....	84
Anexos.	

**INDICE DE GRÁFICOS**

**Anexo No. 1**

**Gráficos de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) .....**

- Gráfico No. 1 .....
- Gráfico No. 2.....
- Gráfico No. 3.....
- Gráfico No. 4.....
- Gráfico No. 5.....
- Gráfico No. 6.....
- Gráfico No. 7.....
- Gráfico No. 8.....
- Gráfico No. 9.....
- Gráfico No. 10.....
- Gráfico No. 11.....
- Gráfico No. 12.....
- Gráfico No. 13.....
- Gráfico No. 14.....

**Anexo No. 2**

**Gráficos de la Cuestionario para Adultos Mayores Jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López” .....**

- Gráfico No. 15.....
- Gráfico No. 16.....
- Gráfico No. 17.....
- Gráfico No. 18.....
- Gráfico No. 19.....

**Anexo No. 3**

**Gráficos Cuestionario WhoQol – Bref Adaptado (OMS) .....**

Gráfico No. 20.....

Gráfico No. 21.....

Gráfico No. 22.....

Gráfico No. 23.....

Gráfico No. 24.....

Gráfico No. 25.....

Gráfico No. 26 .....

Gráfico No. 27.....

Gráfico No. 28.....

Gráfico No. 29.....

Gráfico No. 30.....

Gráfico No. 31.....

**Anexo No. 4**

**Gráficos del análisis de la Entrevista Semi-Estructurada .....**

Gráfico No. 32.....

Gráfico No.33.....

Gráfico No. 34.....

Gráfico No. 35.....

## INTRODUCCION

Dentro del desarrollo humano, el individuo enfrenta una nueva etapa de vida, en la cual se afronta cambios biológicos, psíquicos, y social, es frente a los cuales deberá aprender a descubrir e implementar recursos personológicos psicológicos que le permitan desarrollar una metodología de vida idónea para esta nueva etapa.

El acelerado incremento de la población adulto mayor han suscitado preocupación por conocer el grado de bienestar al que tienen acceso, otorgando especial atención a los mecanismos de apoyo social formales e informales. Entre los primeros destaca el papel de los sistemas de seguridad social. En lo que respecta a los segundos, sobresale la función de las redes de asociales, estudiada a través de los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, entre otros.

El énfasis reciente en los apoyos sociales a las personas mayores se debe al hecho de que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también al reconocimiento de que se trata de una etapa de la vida en la cual existen mayores probabilidades de ser afectado por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, de familiares, los amigos, los compañeros y el trabajo.

La combinación de todos estos aspectos y factores que involucran la vida del adulto mayor surgió la necesidad de la realización de esta tesis de investigación: **“Redes de Apoyo Familiares y Calidad de Vida en los Adultos Mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

El envejecimiento poblacional en el mundo, en el Ecuador y en especial en la ciudad de Guayaquil, ha ocasionado el crecimiento de enfermedades múltiples, entre las que se destacan las mentales, ha atraído el interés de la Psicología por la investigación de este grupo etareo.

## CAPITULO I

### 1. MARCO TEORICO

#### Fundamentos Teóricos

##### 1.1.- Definición:

##### 1.1.2. Redes de Apoyo Social

Una revisión rápida de la génesis del concepto de red apoyo social permite distinguir dos corrientes con respecto a su uso: una es la anglosajona y la otra, la latinoamericana, sobresaliendo en ésta los trabajos realizados en México (Lomnitz) y Argentina (Dabas).

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) definía la red informal como un sistema de apoyo primario integrado para dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y el proveedor como importantes. Cobb (1976), citado en Chappell (1992), concebía la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional y de información. Walker y otros (1977) definieron las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire (1980) se refirió a las redes como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb(1983) planteó que tales interacciones conllevaban beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos.

Muy posteriormente se distinguió entre apoyos sociales e interacciones sociales a través de redes sociales, las que podían tener efectos negativos (depresivos, de maltrato, violencia, negligencia), pero también positivos. Se reconoció que la extensión de los contactos, así como su estructura y composición, no era garantía de apoyo.

En América Latina se fue estableciendo también una fuerte tradición antropológica respecto de las redes sociales. Su énfasis se centró en la importancia de las redes sociales en las estrategias de reproducción social de aquellos que se encontraban

en situación desventajosa (migrantes, sectores populares, mujeres jefas de hogar, desempleados y madres solteras, entre otros).

En México, en su estudio clásico *Cómo sobreviven los marginados* (1977), Lomnitz concluye que “las redes de intercambio desarrolladas por los pobladores constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en la barriada”. Más tarde agregó que también permitían ubicar los vínculos verticales y las relaciones de apoyo existentes entre grupos empresariales, comunidades científicas y también entre las que denominó “redes informales en sistemas formales” (De la Peña, 2001).

De alguna manera, la existencia de las redes demuestra que no hay igualdad de oportunidades para todos los grupos sociales y que en la búsqueda de beneficios, incluso entre los más desposeídos, las redes se estructuran y reestructuran para conservar o aumentar los recursos (De la Peña, 2001).

Una posición interesante ha sido la planteada en México por González de la Rocha (1999), quien cuestiona el hecho de que se trate de encontrar soluciones a través de la familia y las redes a los problemas generados por la adversidad económica recurrente. Lo cierto es que las redes sociales se basan en principios de reciprocidad diferencial que permiten la continuidad y la permanencia de las relaciones sociales. González de la Rocha, retomando a Mingione (1994), argumenta que las redes sociales actúan en contextos específicos, en grupos sociales específicos y son diferentes para hombres y mujeres, como se señala en la literatura anglosajona que ha recuperado la perspectiva de género.

En Argentina ha habido también interesantes trabajos en relación con las redes sociales. En 1993, Elina Dabas organizó un encuentro internacional sobre el tema. En el documento resultante, *Redes. El lenguaje de los vínculos* Dabas y Najmanovich, (1995), se muestra un abanico de posibilidades de acción comunitaria y de organización de la sociedad civil.

El encuentro fue multidisciplinario y los participantes eran, en general, profesionales de las ciencias sociales que habían laborado en comunidades, instituciones civiles, organizaciones gubernamentales y medios académicos entre

otros. Sus experiencias no se centran en un grupo en especial, pero pueden ser de gran utilidad para el estudio de los adultos mayores.

Las definiciones de redes sociales que se han propuesto son tan abundantes que sería imposible reseñarlas en este espacio. Sin embargo, un planteamiento valioso es justamente el que aboga por el estudio de las redes no desde la perspectiva del individuo o la familia, sino desde la misma comunidad. Sobre el particular Dabas hace referencia a movimientos sociales plasmados en redes comunitarias que dan solución a demandas sociales específicas.

Desde la perspectiva del grupo, las redes comunitarias tienen implicaciones diferentes que se perciben de manera colectiva. Parte del debate sobre habilitación puede trasladarse a esta escala grupal y tiene sentido cuando la construcción subjetiva de “haber participado”, “haber logrado”, “haber compartido” asume un significado que sólo puede ser posible a través de la experiencia colectiva. Para Dabas, en algunas ocasiones las redes comunitarias se gestan alrededor de una institución, sea ésta un hospital, un dispensario, una iglesia o una escuela, tal vez motivadas por ella o tal vez como respuesta a la insuficiencia de su acción. Las entidades gubernamentales, y a veces también las no gubernamentales, no sólo no tienen capacidad para solucionar los problemas locales más importantes, sino que, de hecho, con frecuencia son incapaces de verlos. Las comunidades, a través de procesos internos de diagnóstico, están en condiciones de determinar y discutir sus principales necesidades. Para ello, si bien lo evidente es importante, también lo es aquello que se percibe, al igual que las cuestiones con significados compartidos.

Es indudable que en los países más desarrollados, donde las demandas insatisfechas pueden ser menos, la idea de red comunitaria vista desde la perspectiva colectiva es algo extraño. De hecho, en la literatura abunda más el enfoque de red social, pero ésta no tiene la misma acepción que red comunitaria, radicando la principal diferencia en que el individuo es el centro, no la comunidad. Sin embargo, en esos países también surgen redes comunitarias allí donde la marginación se hace presente. En los Estados Unidos, por ejemplo, los grupos



migrantes de origen guatemalteco o nicaragüense se organizan para procurarse apoyos y lograr la ciudadanía estadounidense.

“La desestructuración de lo macro conlleva una estructuración de lo micro”. A juicio de los autores, esta es la aseveración más importante de Dabas, puesto que implica el reconocimiento de los actores y de su capacidad de transformación concreta, histórica y geográficamente ubicada.

Aquí aparece otro componente superior, la idea de intervención, de hacedor, de contribuyente a la transformación de la realidad. Este planteamiento en las redes comunitarias permite que el actor no sea un espectador pasivo, como tradicionalmente se concibe al sujeto desde las instituciones. La idea de actor recupera su sentido. Dabas propone no sólo ver la red, sino operar en ella, dotarla de poder suficiente para solucionar sus propios problemas. Tal vez sea justamente esta perspectiva de red comunitaria la que se aproxima a un significado más cabal del concepto de sociedad civil, porque revoluciona la creación de conocimiento al hacer necesario pensar en red y no en unidades aisladas. Esto implica una revolución no sólo epistemológica, sino también de tipo ontológico, porque recupera el sentido del ser mismo, como un ente colectivo que vive y actúa en grupo. En síntesis, no existe un concepto unívoco de redes sociales. Para los efectos de este trabajo se entenderá que son una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto.

Cuando se habla de redes sociales está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la configuración de las redes. No obstante, “hay que tener presente que la importancia de las redes de relaciones varía en el tiempo y en el espacio; en coyunturas específicas pueden ser muy importantes, pero en otras son menos relevantes” Robert, (1973), en Oliveira y Salles (1989); en el caso de América Latina y el Caribe, su vinculación con las estrategias de supervivencia —o, en un sentido más amplio, su papel en las estrategias de

reproducción social— tiene una importancia fundamental para comprender la existencia de los grupos más desprotegidos de la sociedad. Esto se debe a que, en general, las sociedades latinoamericanas adolecen de escasez de recursos y limitaciones de la protección social y, como se ha demostrado, las redes —sobre todo las de reciprocidad— desempeñan un papel relevante en los sectores desfavorecidos al proveer un “sistema informal de seguridad social para la supervivencia” (Lomnitz, 1994) que tiende a satisfacer aquellas necesidades no cubiertas por el sistema formal (Estado y mercado). De este modo, el intercambio recíproco surge en respuesta a la escasez y se constituye en un sistema de solidaridad mutua esencial. En palabras de Lomnitz (1994) “las redes actúan como, un seguro colectivo contra las amenazas del sistema formal y como una reserva de recursos, particularmente durante las emergencias”.

No obstante, es preciso consignar que la motivación principal para formar parte de una red no son sólo las necesidades materiales, ya que las de orden emocional y cognitivo también cumplen un papel destacado, sobre todo en el caso de las personas mayores.

Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona Méndez y Cruz, (2008).

Mediante transferencias, las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no solo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. Las percepciones desarrolladas por las personas adultas mayores que participan en las redes, respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida CELADE, (2003).

Puga, (2007) La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica. Cuando se convive con la pareja hay una menor probabilidad de padecer de depresión, de acuerdo con un análisis de personas adultas mayores costarricenses. Igualmente, la frecuencia de contactos con los hijos fuera del hogar presenta asociaciones positivas con los indicadores de salud examinados.

### **1.1.3. Tipología de las Redes de Apoyo Social**

Existen diferentes formas de tipificar las redes sociales. Entre los criterios para clasificarlas figuran los tipos de intercambio y las interconexiones entre los miembros. De acuerdo con el primer criterio, en Lomnitz (1994) se señala que según Polanyi y Dalton (1968), existirían tres tipos de redes:

- **Redes basadas en la reciprocidad.-** en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera.
- **Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios.-** que se centran primero en un individuo o institución para luego distribuirse en la comunidad o sociedad.
- **Redes basadas en el mercado, en las que los bienes y servicios se intercambian sobre la base de la ley de oferta y demanda.-** sin implicaciones sociales de largo plazo. Polanyi destaca el reciente predominio del intercambio de mercado por sobre las otras formas.

Sin embargo, agrega que en ningún sistema social se excluye alguno de los tipos de intercambio, sino que más bien coexisten unos con otros.

En términos de las interconexiones entre los miembros, se subraya el hecho de que el concepto de red supone interconexiones con otros miembros del entorno, sin que esto necesariamente implique una estructura de red fuera del sujeto de referencia. Según el grado de interconexión pueden identificarse al menos dos tipos de redes que, en la práctica, suelen ser complementarios.

- **Redes basadas en contactos personales.**- semejantes a lo que en lenguaje informático se llama redes con topología de estrella, en las que cada persona se relaciona con individuos separados dentro de la constelación de posibilidades. Esta red también es conocida como red egocéntrica, debido a que se basa en las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas.
- **Redes basadas en contactos grupales.**- en las que la persona se relaciona con miembros de grupos estructurados en torno de agrupaciones y organizaciones de las cuales forma parte. Este tipo de red favorece las relaciones polidiádicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red; se asemeja a las redes de intercambio recíproco, que en sí constituyen pequeñas estructuras colectivas. Pueden ser “democráticas”, en las que todos “valen” lo mismo o pueden ser redes en mayor o menor grado dirigidas por una o más personas.

Según Ham (2002) menciona que las redes sociales de apoyo se clasifican en tres:

- \* **Redes Primarias.**- la conforman la familia, los amigos y los vecinos
- \* **Redes Secundarias o extrafamiliares.**- son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio.
- \* **Redes Institucionales o formales.**- integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (federal, estatal, municipal).
- \* **Redes Primarias.**- Es importante que las familias cuenten con la información, porque es dentro de los hogares; que sería el lugar en donde puede satisfacer una gran variedad de necesidades, por ejemplo:

1.- De socialización.- entendiendo por ello a las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que éstos mantienen en el exterior.

2. De cuidado.- entendido como la protección que los miembros de la familia se brindan unos a otros.

3. De afecto, es decir, las emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia.

4. De reproducción, referida a la capacidad de procreación que los padres de familia realizan para la formación y expansión de la misma.

5. De estatus económico, concebida como el establecimiento del patrimonio o de la economía que da el sustento financiero a la familia.

\* **Redes Secundarias o extrafamiliares.**- En los últimos años, han surgido y multiplicado numerosas organizaciones civiles y sociales, grupos formales e informales dedicados, entre otras cosas, a proporcionar servicios asistenciales a personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato y abuso, discriminación, así como al desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se transfieren intercambian diferentes apoyos.

1. Compañía social.- Se refiere a las relaciones de dos o más personas para llevar a cabo actividades cotidianas o solamente para realizar una actividad específica. Las relaciones que se establecen pueden ser entre compañeros de un mismo grupo, compañeros ocasionales, con los promotores de un programa, entre otros.

2. Apoyo emocional.- Se da en una relación de amistad y/o confianza, hay comprensión, empatía por el otro, se sabe que se puede contar generalmente con el otro en cualquier circunstancia.

3. Guía cognitiva y de consejos.- Educador, coordinador, amigo, maestro, vecino reconocido, con los que se platica compartiendo información personal o de la comunidad, y cuyas opiniones son valoradas significativamente.

4. Regulación social.- Se entiende como el conjunto de normas o disposiciones, escritas u orales, aceptadas por el conjunto de participantes, mediante las cuales se fijan límites y establecen sanciones o recompensas.

5. Ayuda material y de servicios.- Que reciben de especialistas, que otorgan un servicio muy concreto y particular. Se refiere también a la ayuda en bienes e instrumentos específicos que necesite la persona o grupo.

6. Acceso a nuevos contactos.-vínculos que ayudan a establecer relaciones con nuevas personas y redes.

\* **Redes Institucionales o formales.**- La red institucional la integran básicamente organismos públicos o privados (gubernamentales o no gubernamentales) dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información.

Las instituciones públicas o gubernamentales, han sido creadas para atender una diversidad de necesidades de los adultos mayores en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza; es evidente que sin los apoyos proporcionados desde la red institucional las familias, los vecinos e incluso algunas organizaciones comunitarias, difícilmente podrían facilitar los diferentes servicios que esta red de apoyo proporciona

Las fuentes formales de apoyo comprenden a una diversidad de organismos gubernamentales cuyos programas atienden necesidades en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, ayudas económicas y otra clase de servicios impulsados para procurar el bienestar de las ancianas y los ancianos, como los descritos a continuación:

- Sistema de Salud: Hospitales, Clínicas, Ministerio de Salud Pública: Centros, Subcentros, Dispensarios entre otros.

En la mayor parte de entidades federativas del país funciona una extensa red de servicios sanitarios desde los cuales se vigila y atienden los problemas de salud de la población en general. A ella se puede recurrir, entre otras cosas, para

canalizar a una persona mayor que requiera atención médica; solicitar asesoría y orientación, para integrarse a algún grupo de autoayuda, así como también para apoyar a otras personas mayores necesitadas de ayuda.

Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Según Khan y Antonucci, (1980).

- **Los apoyos materiales.-** implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros).
- **Los apoyos instrumentales.-** pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.
- **Los apoyos emocionales.-** se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras.
- **Los apoyos cognitivos.-** se refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, otros.

En la literatura se distingue entre fuentes de apoyos formales e informales Sánchez Ayendez, (1994).

- **El sistema formal de apoyo.-** posee una organización burocrática, contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas
- **El sistema informal.-** está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo.

Con respecto al apoyo informal, esta se subdivide:

- **Cohabitación con la familia.-** es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores, aunque puede darse también

sin ella, especialmente en lo relativo a apoyo material y emocional. Hacia el futuro se detectan tres hechos fundamentales que ponen en duda la capacidad de la familia para asumir responsabilidades que pueden sobrepasarla.

- En primer lugar, los cambios demográficos —en particular la baja de la fecundidad— tendrá efectos significativos al disminuir el número de miembros de la familia y potenciales proveedores de apoyo.
- En segundo lugar, dado que en buena medida los apoyos familiares están basados fundamentalmente en la ayuda femenina, la creciente participación de la mujer en la actividad económica y su tendencia hacia una mayor independencia en el plano social hacen dudar de la continuidad de un modelo de cuidado y apoyo instrumental provisto por las mujeres del hogar Sánchez Ayendez, (1994).
- Finalmente, si bien es cierto que una de las formas más comunes de apoyo familiar es la cohabitación de los adultos mayores con sus familias, lo cual no parece haber cambiado sustancialmente. Hakkert y Guzmán (2002), este patrón puede modificarse en el futuro como resultado de cambios en la nupcialidad y del aumento de las necesidades de una creciente población de la cuarta edad y demandante de recursos médicos costosos.
- **Las redes de amigos y vecinos.**- constituyen también fuentes de apoyo importantes. Los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brinda la red de amigos son más públicos que los provistos en el seno de la familia, pero más personales que los suministrados por el sistema formal Himes, (2000). La red de amigos, más que la existencia de sólo un buen amigo, hombre o mujer, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

En lo que respecta a los apoyos informales que brindan las redes comunitarias cabe distinguir entre los provenientes de organizaciones que dirigen su acción específicamente a los mayores y los de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros.



- En el primer caso, las personas mayores reciben apoyo bajo la forma de aportes instrumentales, materiales o de ayuda emocional.
- En el segundo, se trata de entidades en las que las personas mayores participan activamente, incluso en la toma de decisiones. Las organizaciones de auxilio y beneficencia entran en la primera categoría, en tanto que las organizaciones de personas de edad pertenecen a la segunda.

Existen otros autores como Kim y otros (2000), mencionan que dentro de la tipología de las redes de apoyo se debe incluir la de **RECIPROCIDAD DE LOS APOYOS.**- Cuando se habla de apoyos se fija la acción en quien la recibe, pero visto globalmente se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. No se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino de un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras y en el cual el equilibrio hacia la suma cero que caracterizaría a un intercambio balanceado es algo indeterminable, entre otras razones porque no es posible establecer el valor preciso de aquello que se intercambia.

La medida en que el equilibrio en el intercambio de apoyos pueda ser un factor que influya sobre la calidad de los vínculos y fortalezca las redes con que cuentan las personas mayores depende de la equivalencia del intercambio, sea éste de apoyos tangibles o intangibles, expresados a través de actos recíprocos o generados por la misma persona que da el apoyo. Al respecto, en Kim y otros (2000) se plantea que cuando el intercambio de apoyos es recíproco se generan efectos psicológicos positivos en las personas participantes, lo cual no sucede si el intercambio no es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración. En el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de

Otro elemento que se debe considerar es la medida en que se percibe la necesidad de reciprocidad en los apoyos informales y formales. De acuerdo con Lee (citado por Krause, 1990) la actual cohorte de personas mayores en los

Estados Unidos adhiere a la idea de reciprocidad en los intercambios y no quieren establecer vínculos de apoyo a menos que puedan reciprocarse. De este modo, preferirían los apoyos formales, que no requieren retribución.

Otros autores centrales los tipos de redes de apoyo social y el análisis de las mismas, que se describen enseguida:

- **La disponibilidad de apoyo.-**, en donde se pondera el hecho de que el adulto mayor pueda contar no sólo con el apoyo de los miembros de su familia (inmediata o extensa), sino con otras personas que no sean sus parientes, y que puedan incluir amigos o vecinos. La evidencia empírica muestra que los adultos mayores que diversifican sus relaciones (con familia y amigos) mantienen un nivel de bienestar mayor en relación con los adultos que sólo mantienen uno de los dos tipos de vínculos.
- **La reciprocidad de las relaciones.-** Se señala que los intercambios asimétricos de apoyo social dentro de los adultos mayores generan sentimientos de soledad e insatisfacción, de modo que el *mejor* intercambio para el adulto mayor parece ser aquel en donde *da* y *recibe* apoyo.
- **Los distintos tipos de apoyo.-** En particular se han descrito tres de estos tipos: apoyo económico, apoyo instrumental y apoyo emocional.

Finalmente, el apoyo emocional identifica fundamentalmente compañía y consejos.

#### **1.1.4. Características y Evaluación de la Red de Apoyo Social**

La red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo. Si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas.

La red de apoyo social puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen.

- **Las características estructurales.**- aluden al “tamaño de la red” (cantidad de personas que la conforman), la “densidad” (grado de interrelación entre los miembros), la “distribución” (tipo de vínculos según ubicación en los cuadrantes y círculos del mapa de red), la “dispersión” (distancia espacial entre los miembros), la “homogeneidad o heterogeneidad” (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red) Sluzki, (1996).
- **Funcionalidad.**- funcionalidad de la red debe ser pensada desde los casos particulares que involucran las historias vitales, las características de personalidad, los gustos y las preferencias.
- **Atributos de los vínculos que la componen.**- las “funciones prevaecientes” de los mismos, su “multidimensionalidad” (cantidad de funciones que cumplen), “reciprocidad”, “intimidad”, “frecuencia de los contactos” e “historia”.

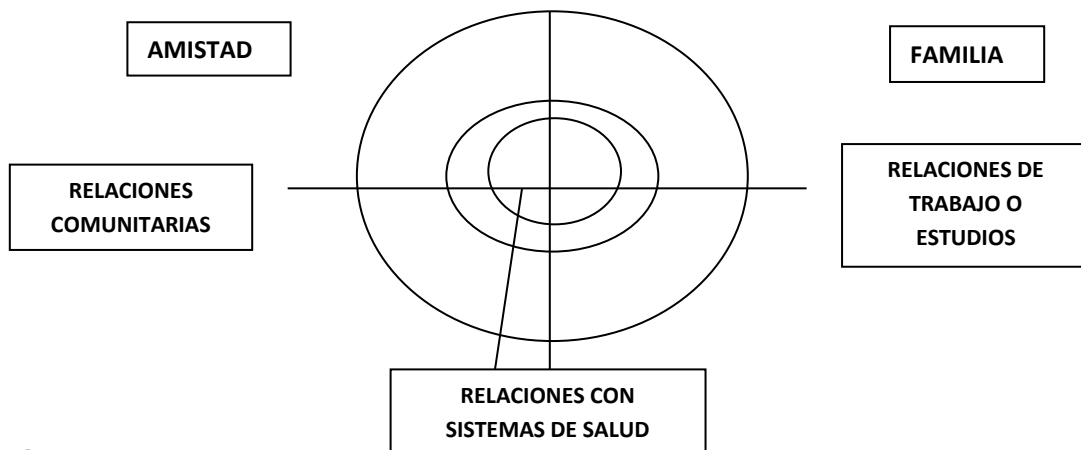
En la actualidad disponemos de múltiples instrumentos que facilitan la exploración y valoración de la red de apoyo social y que pueden ser administrados a los adultos mayores en el espacio de una entrevista. Entre ellos se destacan por el tipo de información que proporcionan los que, desde modelos integradores del apoyo social, evalúan tanto los aspectos estructurales como funcionales de la red e indagan exhaustivamente los atributos de cada uno de los vínculos que la conforman. Además nos aportan datos que permiten representar gráficamente la red mediante un mapa. Sluzki (1990,1996) en el que se visualiza la composición, distribución de los vínculos, intimidad e interrelaciones entre los mismos. El mapa incluye a todas las personas que la conforman y permite demarcar cuatro sectores que diferencian el tipo de relaciones en:

- 1) familiares,
- 2) laborales o escolares,
- 3) de amistad y
- 4) sociales o de credo.

A su vez estos cuatro sectores son atravesados por tres círculos que distinguen los vínculos de acuerdo con el grado de intimidad. El círculo interior incluye a las

relaciones más íntimas, el círculo intermedio comprende a las de menor intimidad y compromiso y por último en el círculo externo se ubican los conocidos y relaciones más ocasionales como los compañeros de escuela, algunos vecinos, compañeros de actividades laborales y familiares lejanos.

En este mapa cada uno de los miembros que conforman la red se representa con un punto. Finalmente se usan líneas que unen los puntos para indicar a los miembros que se conocen e interactúan entre sí.



**Figura 1. Mapa de Red**

Nota: La red social: frontera de la práctica sistémica, por C. Sluzki, 1996, Barcelona: Gedisa.

La evaluación y el mapeo de la red de apoyo social constituyen herramientas primordiales para la valoración integral de los adultos mayores. Brindan información acerca de los vínculos que la componen, los recursos de ayuda de que disponen, los tipos de relaciones ausentes, los aspectos a fortalecer y los vínculos que requieren ser incluidos o activados. La evaluación de la red permite:

a) conocer de antemano sus posibilidades para responder adecuadamente y proporcionar los apoyos suficientes frente a situaciones críticas o a problemáticas, -ya sean puntuales o que se extiendan en el tiempo.

b) aporta información de gran utilidad para el diseño de alternativas de tratamiento y cuidado adecuadas para cada caso particular.

Existente otros autores como Dabas, (1993), que mencionan que 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. A lo largo de la vida de un sujeto, la red atraviesa una

etapa de expansión durante la niñez y adolescencia, de estabilización en la adultez y de contracción en la vejez (Sluzki, 1996). Sin embargo, a pesar de esta tendencia a la disrupción, encontramos muchos adultos mayores que presentan redes amplias que les proporcionan los apoyos necesarios. Al respecto, podemos plantearnos interrogantes tales como: ¿Existe un tipo de red de apoyo característica de la vejez? ¿El incremento de la edad provoca la disminución de los apoyos sociales disponibles? ¿Durante la vejez solamente se producen pérdidas de relaciones sociales? ¿Qué tipo de red de apoyo social brinda satisfacción a los adultos mayores?

En un estudio realizado en la ciudad de Mar del Plata, se evaluaron Lopata (1975) definía la red informal como un sistema de apoyo primario integrado para dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y el proveedor como importantes.

Exhaustivamente las redes de apoyo social de 105 adultos mayores de 3 tipos de hogar (unipersonal, familiar y residencias para mayores), observando que las mismas variaban muy ampliamente en tamaño (desde un mínimo de 1 miembro hasta un máximo de 21), composición según tipo de vínculos, nivel de funcionalidad, número de relaciones que brindaban cada una de las funciones de apoyo, nivel de intimidad, frecuencia de contacto, multidimensionalidad y nivel de suficiencia total. Arias (2004). Si bien el objetivo principal de la referida investigación consistía en lograr una caracterización de la red de apoyo social en la vejez, el principal hallazgo consistió en descubrir la amplia variabilidad de redes que se presentaba entre los adultos mayores. Esta imposibilidad de identificar un tipo de red propio de los adultos mayores demuestra la heterogeneidad del proceso de envejecimiento y permite pensar que el aumento de la edad en la vejez no determina inevitablemente la reducción e insuficiencia de la misma.

En lo que respecta a las personas que durante la vejez presentan redes escasas, es necesario efectuar un análisis acerca de los motivos que han generado esta situación.

Generalmente se han considerado entre las razones fundamentales: la pérdida de relaciones en la vejez por la muerte de sus propios familiares y amigos – también adultos mayores- la jubilación, el ingreso a una residencia, la migración en la vejez y las escasas oportunidades de incluir nuevos vínculos a su red. Sin embargo, encontramos adultos mayores que, aún luego de su jubilación, de migrar durante la vejez, o de su ingreso a una residencia, poseen redes amplias, funcionales y suficientes.

Por otra parte, se observan reiterados casos en los que los adultos mayores incorporan nuevos vínculos durante esta etapa de sus vidas. En general la conformación de un estado de ánimo y mejoran su situación de vida. Arias (2004).

Estos hechos muestran que las redes en la vejez no son invariablemente escasas e insuficientes y que, además, durante esta etapa de la vida, es posible incorporar nuevos vínculos significativos. Seguramente los motivos que, en algunos casos, tienden a generar disrupción de la red durante la vejez no se reduzcan al aumento de la edad y sea necesario incluir otras variables individuales, familiares, culturales y sociales que expliquen esa situación. Al respecto, la teoría socioemocional de la selectividad. Carstensen, Isaacowitz & Charles; Carstensen & Charles. (2007) Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselroade, (2000) proporciona una lectura diferente e interpreta la disminución de las relaciones que conforman la red en la vejez como el resultado de una elección intencional de los adultos mayores en lugar de la consecuencia de múltiples pérdidas. Esta teoría sostiene que los adultos mayores asumen un rol proactivo en sus relaciones sociales y seleccionan intencionada y estratégicamente los vínculos que más les interesan seguir manteniendo y profundizando. A fin de clarificar los cambios que se producen en las redes de apoyo en la vejez, resulta necesario desarrollar investigaciones que exploren tipos diversos incluyendo las de diferentes niveles de suficiencia y funcionalidad, sus modificaciones en el tiempo y los motivos por los cuáles éstas se han generado mediante metodologías que permitan dar voz y protagonismo a los propios adultos mayores en la construcción del conocimiento.

### **1.1.5. Funciones de las Redes de Apoyo Social de los Adultos Mayores.**

En lo referente a las funciones de la red, Sluzki (1996) incluye la “compañía social”, el “apoyo emocional”, la “guía cognitiva y consejos” y la “ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos”.

Según Lomnitz (1996), menciona que existen otras funciones:

- Proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información.
- Atender una diversidad de necesidades de los adultos mayores en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza.
- Atender necesidades en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, ayudas económicas y otra clase de servicios impulsados para procurar el bienestar.
- Facilitar los diferentes servicios
- Brindan apoyo a los adultos mayores que no cuentan con redes primarias y secundarias y que carecen de recursos económicos para su alimentación
- Disfrutar y aprovechar su tiempo libre de manera positiva.
- La oportunidad de expresar su creatividad,
- servicios sanitarios desde los cuales se vigila y
- Atender los problemas de salud de la población en general.
- Asesoría y orientación, para integrarse a algún grupo de autoayuda.
- Integrar socialmente y mantener los vínculos familiares.
- Fortalecer su autonomía y autoestima.
- Informar sobre las asistencias sociales a las cuales tienen derechos.
- Ingresar a actividades socioculturales y productivas.
- Generar mecanismos de coordinación entre las redes primarias e institucionales.
- Ubicar y disponer de las fuentes o mecanismos de ayuda que están en capacidad de proporcionarles servicios de todo tipo.
- Apoyar y atender necesidades concretas de adultos mayores en situación de desventaja social, como los siguientes: aparatos o medicamentos

requeridos por adultos mayores (andaderas, anteojos, sillas de rueda, aparatos de sordera, camas de agua, bastones, medicamentos, concentrador de oxígeno, etc.)

- Establecer nuevas relaciones o fortalecer las ya existentes.

#### **1.1.6. Redes Apoyo Familiar**

Son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera del a partir de lazos de parentesco. Se considera la base de las diferentes redes de apoyo social. Wegner (1984).

Scott y Wenger (1996), han mencionado que el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres. Igualmente el número de los hijos tiene una actuación diferencial con respecto al padre o la madre.

La cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, tanto de los hijos hacia ellos o de los padres hacia los hijos, cuando los hijos no cuentan con recursos suficientes para independizarse (o no desean hacerlo) o cuando la situación económica es precaria. Palomba, (2002).

La ayuda de la familia también se da sin cohabitación, especialmente en cuanto al apoyo material y emocional. En un estudio realizado con personas mayores de origen indígena en la zona de La Araucanía en el sur de Chile, se detectó que parte importante de los ingresos de los mayores provenían de las remesas enviadas por los hijos/as que se encontraban fuera de hogar Huenchuan (2002).

Montes de Oca (2001) ha señalado el papel prioritario de los miembros de las unidades domésticas en la distribución de apoyos al adulto mayor. Estos apoyos familiares intradomésticos se complementan con aquellos apoyos extradomésticos.

En los últimos años, en especial en los países desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Europa), se han incrementado las investigaciones sobre la red de apoyo familiar que reciben las personas mayores Antonucci y Jackson, (1987). El interés en el tema toma fuerza en el debate que suscita la insuficiencia de los recursos



públicos para satisfacer las demandas de un grupo social en constante aumento demográfico.

Durante años la categoría “redes de apoyo familiar” fue asumida como indicador de apoyo. Si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. La investigación gerontológica desmintió este supuesto y surgió así la preocupación por llegar a un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Un aspecto que resultó sumamente importante fue la constatación de que la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. Por eso actualmente resulta fundamental saber si la ayuda tendrá continuidad en la etapa de la vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica.

El examen de las virtudes y limitaciones de las redes apoyo familiares mostró la necesidad de considerar, además, la percepción de los adultos mayores acerca de lo que dan y reciben en las redes y de la importancia que éstas tienen para su calidad de vida.

El número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales difieren claramente entre hombres y mujeres. Puede decirse que las diferencias de género en el ciclo de vida se expresan con bastante nitidez en las edades avanzadas. Este resultado tiene su origen en los distintos roles que hombres y mujeres desempeñan en nuestras sociedades.

Por ejemplo, la participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente más predominante entre los hombres, puede llevarlos a una mayor integración social en el ámbito externo, pero al mismo tiempo permite a las mujeres desarrollar relaciones más cercanas en los ámbitos familiar y comunitario. Para ambos sexos, sin embargo, la llegada al inicio de la vejez implica un momento de transición, coincidente con la salida de los hijos de la familia, que puede afectarlos negativamente. En el caso de la mujer, por la pérdida del rol de apoyo y cuidado asignado a la madre y en el del hombre, por el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral. La forma en que se asume esta transición es también distinta para hombres y mujeres.

En la literatura pertinente se han identificado diversos tipos de fuentes de apoyo, señalándose también que se diferencian para hombres y mujeres y que sufren modificaciones en el curso de la vida de los individuos y en las etapas del ciclo vital de las familias.

En lo que respecta a las redes de apoyo familiar a la población mayor, sus expresiones son diferentes para hombres y mujeres. Parte de estas variaciones se relaciona con características sociodemográficas, como el estado civil de unos y otros. Scott y Wenger, (1996), ha señalado que el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres.

También el número de los hijos ejerce una acción distinta en el padre y la madre. La mortalidad, a través de los diferenciales de la esperanza de vida, genera efectos también diferenciales, puesto que los hombres, por tener una vida más corta, están acompañados en su vejez, lo que en algunas latitudes se complementa por el hecho de que la edad del cónyuge es muy inferior. Las diferencias de género muestran que los varones solteros o viudos tienen una red social más reducida que las mujeres en esas dos categorías.

Cuando requieren apoyo recurren primero a la pareja y luego a los hijos e hijas, mientras que los hermanos prácticamente no son considerados. La familia cumple un papel importante en el apoyo instrumental a las personas mayores, “el cónyuge y los hijos/as son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados; y es el cónyuge con quién las personas mayores cuentan incondicionalmente, ya que con los hijos pueden hacerlo sólo en un plazo breve o frente a situaciones específicas” Barros (2002).

Sánchez (1990), mostró que el componente principal de los sistemas de apoyo a las personas de edad avanzada eran las hijas y, en su ausencia, los hijos, hermanas, nueras, amigos y vecinos. Esta autora refuerza el papel de la familia en el apoyo a las personas con necesidades especiales, señalando que “actualmente la familia en Puerto Rico se presenta como el principal proveedor de cuidados al anciano/a”.

Como puede deducirse, en la práctica “el apoyo familiar continúa siendo la forma de estrategia de sobrevivencia más utilizada por la mayoría de las personas mayores en el mundo, ya sea en el contexto de familias extendidas o en la co-residencia padres con hijos adultos, pero los cambios económicos y demográficos han tenido un efecto profundo en las estructuras familiares” HAI, (2002).

Ello lleva a reflexionar sobre la tradicional disyuntiva en materia de apoyo social: familia frente a amigos.

Según los estudios de Barros (1994, 2002), los amigos y amigas, en general, constituirían una fuente secundaria de apoyo, a la que se recurre en busca de respuesta a determinadas necesidades —apoyo cognitivo, principalmente— y que, al parecer, cobra mayor importancia para las personas con escasas relaciones familiares.

En estos estudios se han detectado igualmente diferencias de género en cuanto a la importancia otorgada a las amistades: “los hombres mayoritariamente dan más importancia a las relaciones familiares que a las de sus amigos, mientras que la mitad de las mujeres dan a ambas similar importancia, ... las explicaciones dadas versan sobre el hecho que las mujeres tendrían más tiempo para compartir y conversar con las amistades; que la amistad entre los hombres sería más superficial, ... en cambio las existentes entre las mujeres serían más permanentes y cotidianas; que la mujer, al relacionarse con sus familiares debe mostrarse fuerte y ser la que atiende a los otros, en cambio con sus amigas puede actuar en forma más relajada y esto es lo que se valora” Barros (1994).

Las ideas existentes sobre la amistad, de acuerdo con el estudio de Barros (1994), varían según estratos socioeconómicos “en los estratos más bajos se percibe un cierto temor frente a la amistad, señalándose que ésta tiene que ser “hasta por ahí no más”. A los amigos hay que “tenerlos lejitos”, hay desconfianza y reticencia a entablar relaciones de amistad profundas”.

Sin embargo, en la misma investigación citada, Barros determinó que una fuente importantísima de apoyo a las personas mayores del Gran Santiago era la constituida por los amigos y amigas cercanos.

### **1.2.1.- Calidad De Vida**

Las preocupaciones acerca del futuro en un planeta demográficamente envejecido han generado consenso respecto de la necesidad de estudiar las condiciones objetivas de vida (institucional, cultural y social) que enfrentan los adultos mayores para tener un nivel aceptable de supervivencia cotidiana. El sostenido incremento de la esperanza de vida ha llevado a preguntarse si el aumento de los años de vida va acompañado de un aumento de los años de vida saludable. Krzeimen (2001) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuidad de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”. La calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas, más aun cuando se trata del adulto mayor que cuenta con el soporte de las redes de apoyo en atención primaria.

Estas inquietudes determinan que sea preciso analizar no solamente los sistemas de protección social con que cuentan las personas mayores, su independencia financiera y su estado de salud, sino también la apreciación y la valoración individual de estas condiciones. Es por ello que han surgido con fuerza los conceptos de bienestar y calidad de vida de las personas mayores National Research Council, (2001), como una combinación óptima de factores objetivos y subjetivos.

Diferentes autores han señalado que el concepto de calidad de vida es multidimensional y que incluye factores subjetivos y objetivos. Ello implica que habrá que contemplar factores tanto personales (salud, autonomía, satisfacción y otros), como socioambientales (redes de apoyo, servicios sociales y otros) National Research Council, (2001); Palomba,(2002).

Las investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos que los apoyos familiares 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 Pillemer y otros, (2000).

Los autores sostienen que los apoyos sociales promueven el bienestar de las personas mayores y sus familias. Entre las vías a través de las cuales se hacen sentir sus efectos mencionan la reducción de los sentimientos de aislamiento, la promoción indirecta de conductas saludables, que induce un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y el bienestar, y los apoyos emocionales directos. En el modelo propuesto por Antonucci y Jackson (1987) no es un apoyo específico el que incide en la calidad de vida, sino la acumulación de comunicaciones con otros individuos que transmiten a la persona en cuestión la idea de que es (o sigue siendo) capaz, valiosa e importante. Esta comunicación es internalizada y validada por la persona.

Sin embargo, es en el campo de la salud donde más se ha analizado la relación entre redes de apoyo y calidad de vida. Antonucci y Akiyama (2001), en un balance de las evidencias empíricas en esta área, concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, el estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. También señalan que las relaciones de calidad pueden tener efectos favorables en los niveles de depresión, así como también en la frecuencia de las enfermedades y la respuesta inmunológica.

Varios hallazgos epidemiológicos han documentado “la relación positiva entre apoyo social y la morbilidad/mortalidad utilizando medidas relativamente grandes de apoyo social” Berkman, (1984). Blazer (1982) observó que “la mortalidad estaba inversamente relacionada con el apoyo social en un estudio longitudinal de individuos de más de setenta años”.

También se ha documentado la relación positiva entre apoyo social y salud física, incluyendo la “salud específica de los ancianos” Khan, (1979); Kasl y Berkman, (1981); Parkes y Pilisuk, (1981); en Antonucci y Jackson, (1987).

Lo mismo ocurre con la salud mental Heavy, (1983). Sánchez (1990), al referirse a la situación de los mayores discapacitados, señala que “la familia, amigos y

vecinos proveen aproximadamente el 80% de los servicios de apoyo que necesitan los ancianos impedidos” y que investigaciones acerca de la familia y los mayores “han demostrado ampliamente que la familia es la que provee la mayor parte de los servicios de cuidado de la salud a ancianos con discapacidad física y mental” Townsend (1965), en Sánchez (1990).

Miguel Krassoievitch (1998), por su parte, indica que es un hecho demostrado que gozan de mejor salud las personas que reciben un mayor apoyo social tanto en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares y vecinos, como de participación en actividades sociales.

El impacto positivo en la salud es más marcado cuando la actividad que realiza la persona mayor es significativa y no se limita a una asistencia pasiva. Esta información es consistente con algunos hallazgos según los cuales existe una relación negativa entre redes sociales y mortalidad Berkman y Syme, (1979), citado en Chappell, (1992), o entre hospitalización y redes sociales Lubben y otros (1989), citado en Chappell, (1992).

Sin embargo, Krassoievitch subraya que la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva de este apoyo que haga cada persona. Un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aun cuando sea bienintencionado, puede tener efectos dañinos, al producir dependencias y afectar negativamente a la autoestima.

En un estudio realizado en Santiago de Chile sobre personas mayores de 65 años de edad, entre los que viven en su propio hogar y están lúcidos se mostró —a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión— que la pertenencia a una organización de adultos mayores contribuía al intercambio de información para cuidarse mejor, proporcionaba compañía y afectos y ayudaba al mejoramiento de las relaciones familiares, pues las personas mayores se hacían más independientes Barros, (1991).

Pese lo anterior, algunos autores han señalado que no todas las relaciones sociales tienen un efecto positivo en la salud. Por ejemplo, la integración social

con amigos incidiría favorablemente contra la discapacidad, lo que no sucedería en el caso de las relaciones familiares.

Con los amigos, esto se explicaría por la motivación que brinda la compañía de pares y que da sentido a la vida. Posiblemente, a esto se agregue el hecho de que tener amigos puede implicar estar activo, trasladarse, moverse, lo cual es un factor que retarda la aparición de ciertas discapacidades. Por el lado de la familia, se mencionan los eventuales efectos del proceso de condicionamiento que se puede producir: es posible que recibir apoyos en las tareas diarias haga que la persona mayor se vaya debilitando gradualmente y pierda su habilidad para realizarlas. Además, esto puede aumentar su sentido de dependencia y así minar su autoestima.

Las investigaciones han mostrado ampliamente la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para los adultos mayores, así como las implicancias que la integración social tiene sobre su bienestar y salud integral.

Los propios adultos mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez Arias & Scolni, (2005).

Existe un amplio consenso acerca de la incidencia positiva que las redes sociales suficientes poseen sobre la salud física, el estado funcional de los adultos mayores Liu, Liang & Gu, (1995); Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, (1996); Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman & Seeman, (1999) y el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Mendes de Leon, Glass, Beckett, Seeman, Evans & Berkman, (1999). Se ha comprobado que el poseer una red social adecuada disminuye los tiempos de hospitalización y de recuperación de la salud Sutherland & Murphi, 1995; Di Iorio, (1999), así como el riesgo de mortalidad posterior al alta Irvine (1999).

Con respecto a la relación de las redes sociales y el bienestar psicológico, variados estudios han mostrado la incidencia de la falta de redes y soporte social sobre la aparición de síntomas depresivos, tanto en el caso de los adultos

mayores que viven en hogares particulares- Antonucci, Fuhrer, & Dartigues, (1997); Forsell & Winblad,(1999); Chou & Chi, (2001); Peirce, Frone, Russell, Cooper & Mudar, (2000); Vanderhorst & Mc Laren, (2005) como en el de los que viven en residencias para mayores Doyle, (1995). De manera complementaria, diversas investigaciones comprobaron la relación de la posesión de redes sociales adecuadas con el incremento de la satisfacción vital. Muchinik (1984); Levit, Antonucci, Clark & Rotton, (1986); Aquino, Russell, Cutrona & Altmaier (1996); Arias (2004); Bishop, Martin & Poon (2006); Yoon & Lee (2007); Phillips, Sui; Yeh & Cheng, (2008), así como con el bienestar en el final de la vida de enfermos terminales Prince-Paul, (2008).

Por otra parte, las personas de edad que presentan déficits en lo que respecta a sus redes de apoyo han mostrado una mayor tendencia al abuso de drogas. Allard, Allaire, Leclerc & Langlois, (1995); Warren, Stein & Grella, (2007) y de alcohol. Brennan & Moos, (1990); Schonfeld & Dupree, (1991) y se ha identificado a la insatisfacción con el apoyo social del cual se dispone como una de las variables predictoras de la ideación suicida en los adultos mayores (De Leo & Ormskerk, (1991); Mireault & De Man, (1996); Vanderhorst & Mc Laren, (2005).

En lo referido a la participación e integración comunitaria también se ha podido comprobar que, en la medida en que estas aumentan, se elevan los niveles de satisfacción vital de adultos mayores concurrentes a sistemas de apoyo social formales e informales Golpe & Arias (2005). En este sentido, distintos organismos internacionales han remarcado la importancia que reviste el hecho de que los adultos mayores mantengan una participación comunitaria activa y se encuentren integrados socialmente. Naciones Unidas, 1998; 2002; OMS, 2002; CEPAL CELADE. (2002 - 2004).

### **1.2.2. Las redes de apoyo familiares y sus efectos en la calidad de vida**

Contribuyen al bienestar de las personas adultas mayores por las razones siguientes:

- Se dan los apoyos que las personas requieren;
- Se estructura y se da sentido al desempeño de roles sociales significativos



- Se incentiva la sensación de pertenencia
- Se promueve la integración social.
- Se da validación a la persona en cuanto a que es capaz, valiosa e importante
- Se comparte información sobre comportamientos saludables
- Existen efectos positivos de las redes de apoyo en cómo se enfrentan eventos críticos de la vida
- La soledad y el aislamiento tendrían efectos comprobados en la incidencia de enfermedades mentales y depresión.
- La ausencia de lazos sociales incrementa los riesgos de morbilidad y mortalidad.
- El desempeño de roles sociales significativos a través de la participación e integración en redes sociales genera sentimientos de seguridad y de utilidad
- En suma: Contar con redes de apoyo contribuye a la calidad de vida de las personas adultas mayores.

### **1.3.1.- Adultos Mayores**

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades, y como consecuencia final un mayor riesgo de muerte. Yora (2007)).

Sostiene Benítez (1994) que el proceso del envejecimiento avanza a pasos acelerados, es necesario tomar las experiencias que a nivel internacional se suscitan, pues algunos cuentan ya con poblaciones seniles muy estructuradas y sistematizadas. Simultáneamente Guzmán (2002) precisa que en algunos países

con pobreza extrema, el desarrollo institucional es precario, propiciando una constante vulnerabilidad y discriminación a este sector social por el menor desarrollo institucional. De acuerdo Odorica (2002) las proyecciones demográficas en algunos países aún no se cuentan con escenarios adecuados, a pesar que tienen en puerta este fenómeno poblacional; la práctica de los países con mayor desarrollo económico es diferente, pues sus dimensiones económicas e institucionales son avanzadas, y, quererlas poner en práctica en escenarios no similares, sonaría a un sueño lejano. Para Penso (2001) argumenta que a pesar de ello los países con condiciones limitadas de desarrollo económico aún tienen tiempo para adecuarse a este suceso, pero obtienen un retroceso en su sistema institucional y con barreras en cuanto a su proyección de largo alcance, pues, las actuales políticas se enfocan otros fenómenos sociales que atender.

Para Díaz (2004) la vejez se caracteriza por el deterioro biopsíquico del sujeto. Primeramente aparece en algunos casos la deficiencia biológica, convirtiéndose en un proceso crónico degenerativo hasta el proceso tanatológico, siendo difícil establecer un punto de corte cronológico.

Según Gest (2002) la etapa senil tiene la misma importancia que las otras fases del desarrollo vital del ser humano, es una plataforma histórica y social, cuenta con los modelos interpretativos culturales vigentes.

De acuerdo con Kreikemans (1995) para crear un marco histórico sobre la concepción de la senilidad, es necesario, formularse el concepto de ancianidad que tienen la humanidad moderna, para este sector poblacional, y como se visualiza cada lapso de la vida del sujeto, de acuerdo a la ópticas sociales de cada grupo.

Para Alba (1992) es observable que en la actualidad dentro de los patrones sociales industrializados, uno de los enfoques que incita a la inflexión entre las etapas tempranas de la vida y la vejez es la inequidad laboral, “premiada” con el retiro. El ingreso y término de la vida laboral, contribuye a marcar el desarrollo de la biografía vital del adulto en plenitud

Para Lewis, (1992) se puede interpretar que el deterioro corporal de un sujeto senil, se vincula con la disminución de la calidad laboral, pero como cada ser humano es único no se puede generalizar, he aquí la importancia al establecer una edad fija para el retiro del sector laboral. En la actualidad se identifica de manera infranqueable y analógica la experiencia de los adultos, como la antecesora de la muerte.

### **1.3.2.- Envejecimiento puede considerarse desde distintos puntos de vista:**

- **Cronológico:** Es contar con el tiempo transcurrido desde el nacimiento. En ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras es caso repentina.
- **Biológico:** La edad biológica si se corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico.
- **Psíquico:** Estas modificaciones no sobreviven espontáneamente sino con el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación.
- **Social:** Comprenden los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Es cierto que ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica.
- **Fenomenológico:** Es la percepción subjetiva de la propia edad, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.

El estado funcional, en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional de las personas adultas. La declinación puede poner al adulto en un espiral de iatrogenesis, lo cual lleva a mayores problemas de salud. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional.

### **1.3.3. La Evaluación del Estado Funcional de los Adultos Mayores**

El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor y que el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

La dependencia para las actividades de la vida diaria básica e instrumentada se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.

Una evaluación correcta es identificar áreas deficitarias que no son evidentes con la evaluación tradicional, además a escala comunitaria permite señalar aquellas áreas más necesitadas de recursos sanitarios y sociales.

Las actividades básicas de la vida diaria miden los niveles más elementales de función física. La alteración de estas funciones se produce de forma ordenada e inversa a la adquisición de ellas en la infancia y presuponen un deterioro importante.

Los pacientes precisan un mayor grado de independencia para las actividades de la vida diaria instrumentadas, son más útiles para detectar los primeros grados de deterioro de una persona.

Sobre la base de la dependencia o no para realizar las actividades de la vida diaria básica e instrumentadas, el paciente quedará enmarcado en uno de los niveles de funcionabilidad.

### **1.3.4. Envejecimiento y Sociedad**

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo.

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad.

El término de envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente.

El envejecimiento de la población resulta ser un concepto más complejo y abarcador. Una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población. Por tanto la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo.

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada.

Los resultados de los estudios gerontológicos han originado la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, de tal forma que se ayude a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento.

Todo lo anterior permite hablar de una nueva esfera de acción profesional en un Trabajo Social, reconocida como Trabajo Social Gerontológico, que requiere de un abordaje multidisciplinario del envejecimiento y exige sea reconocida y aplicada en los países donde el envejecimiento poblacional lo demanda.

El creciente interés en entender el proceso del envejecimiento ha motivado la aparición de un campo científico interdisciplinario de la Gerontología. La cual se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez.

La Gerontología es la disciplina que aborda sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas. Se refiere a como la vejez afecta al individuo y cómo la población anciana cambia la sociedad.

La Gerontología dirige su atención a tres dimensiones de la vejez. La dimensión biológica se ocupa del estudio de los cambios de la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de habilidad física para resistir enfermedades.

La dimensión psicológica trata los cambios sensoriales y perceptuales, las destrezas motoras, el funcionamiento mental (memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos y las emociones que caracterizan a esta edad cronológica.

Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones espirituales.

Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, "El medio social varía, de forma considerable determina el significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa".

Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, la condición física de la persona afecta la conducta social y viceversa. El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada ser humano.

La Gerontología se complementa con la geriatría médica y la enfermería geriátrica, especialidades médicas que abordan los problemas clínicos, o condiciones de salud en las personas ancianas.

Sin embargo el aspecto esencial de la gerontología está dirigido al examen de las condiciones del ambiente social de la vejez. Atención especial se brinda al problema de la preparación del anciano para enfrentar los cambios propios de la edad, y a la preparación de la sociedad para garantizar el bienestar del anciano.

Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos, lo que determina una preocupación en todos los países donde la tendencia demográfica indica envejecimiento poblacional por la cantidad de recursos que tienen que destinar a la tercera edad.

Social, se pueden conceptualizar los sistemas de apoyo como un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona anciana ocupa el lugar central. Estos subsistemas aunque funcionan de forma independiente en ocasiones se mezclan.

Las políticas sociales y las instituciones prestan los servicios establecidos como apoyo formal. El apoyo informal, lo constituyen, la familia, los amigos y los vecinos que integran dicho sistema, esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad.

La experiencia mundial en el tratamiento del proceso del envejecimiento poblacional permite inferir la necesidad de promover estudios e investigaciones dirigidas al análisis de la relación envejecimiento- sociedad por la importancia que este tema tiene para el desarrollo social y el propio anciano como ser humano, lo que permitirá de manera íntegra añadir más vida a los años que han sido añadidos a la vida y así aprovechar el caudal de experiencias acumuladas todo el tiempo vivido.

Es de suma importancia considerar que en esta etapa de la vida se alarga la posibilidad de acumular experiencia, se prolongan las relaciones con otras personas – cónyuges, familia y amistades, por lo que aumenta el potencial complejo de las relaciones sociales – parentesco, amistad y comunidad. Todo esto

trae como consecuencia la longevidad. Las personas tienen hoy una ocasión sin precedente al acumular experiencia, de ayudar a los cambios de tipo social e influir en los mismos.

### **1.3.5.- El Anciano y su Familia**

De Jong (2000). Expone:

La familia como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio. Emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización

La familia no es una institución espontánea, ha estado ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y a los modos culturales de organización social. Es un lugar privilegiado de la intimidad subjetiva, de construcción de identidades, de procesos de individuación. Sus vínculos primarios se constituyen según condiciones y posibilidades en el que se desarrolle el ciclo vital de la familia donde interjuegan las condiciones del contexto, las concepciones de desarrollo de sus funciones y el desempeño de roles tensionados por los valores en la sociedad y en su interior.

La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales, por ejemplo entre el hombre y la mujer, entre padres e hijos, donde también suelen existir autoritarismos, individualismos y procesos discriminatorios De Jong (2000). Tal el caso que representa la situación de los adultos mayores, especialmente los de edad más avanzada, que en oportunidades sufren situaciones de abandono familiar, cuando no son expulsados con la internación geriátrica; u otros tipos de arreglos intrafamiliares, en donde no se tiene en cuenta la subjetividad del propio anciano.

Las actuales investigaciones, dan cuenta que se evidencia un fenómeno sin precedente en la historia humana: la verticalización de las familias. Es decir, se no



se trata sólo de la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas, cosa que se da por sentado; sino a que éstas contendrán en su seno cada vez más personas viejas (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad) que se puedan responsabilizar de ellas. Con pocos hermanos o sin ellos, en situaciones extremas podrían llegar a desaparecer las categorías de primos y tíos. De modo que las relaciones intrageneracionales tenderán de decrecer; en tanto que las relaciones intergeneracionales aumentarán.

Es así que cada vez más presenciaremos situaciones de "personas viejas viviendo solas, sin redes primarias de apoyo, a causa de la verticalización de las familias (ruptura de la solidaridad vertical) y la realidad asistencial deberá recaer entonces sobre redes de apoyo coetáneas (solidaridad horizontal) no consanguíneas. Es esperable que las familias se conformen con esta imagen vertical y como consecuencia se produzca un cambio social que requerirá que las relaciones sociales se construyan más allá del marco familiar" (Informe sobre la Tercera Edad en Argentina, 2000).

Como vemos, la reconfiguración de la organización familiar tiene una especial incidencia cuando se trata de los adultos mayores. Por lo que en los análisis que se establezcan se debe poner un especial énfasis en no descuidar esta mirada, pues en cómo se encuentren estos espacios interaccionales (nivel de permeabilidad, de acogimiento, de provisión de afectos y de satisfacción de necesidades, entre otros), garantizará en gran medida la existencia de "núcleos de pervivencia" de personas mayores, como espacios de "ser y estar".

Las familias que se conformen con esta imagen vertical, requerirán seguramente de lazos de parentesco sustitutos. Y aquí aparece otro desafío que seguramente se tendrá que prestar especial atención.

En el caso de Santiago del Estero, (Argentina) se puede afirmar que la familia tiene rasgos peculiares. En ella se da un cierto tradicionalismo, fruto de la gran proporción que vive en las zonas rurales pobres y aisladas de la provincia. Sin embargo, como resultado del proceso de urbanización progresiva, la provincia se

está volviendo cada vez menos rural, marchando hacia un modelo predominante que es la familia moderna. Castiglione, (1998).

¿Cómo viven este proceso las personas mayores? Este teórico considera que el componente tradicional que aún permanece en la familia actual incide en una cierta continencia y permanencia del AM en el ámbito hogareño. Pero para que ello ocurra se deben establecer una serie de condiciones tales como: nivel de independencia y de salud aceptables, edad, equilibrio psicosocial, ingreso económico (en épocas de crisis y desempleo, el tener un jubilado en la casa, posibilita un ingreso seguro del cual se benefician otros miembros de la familia; además del efecto rebote que produce algún programa asistencial alimentario.

Por otra parte, en cada vez mayor proporción, se considera la figura de un cuidador domiciliario, (que por lo general es un miembro de la familia) y con menor probabilidad la internación en instituciones geriátricas. Ya en esta situación se puede dar que "el primer mes lo visitan todos los fines de semana, el segundo, van dos fines de semana. El tercero van a pagar y el cuarto ya los tiene que llamar el dueño del geriátrico para cobrar", según manifestaba en una entrevista (Clarín, 17-09-00) el director nacional de Tercera Edad Jorge San Martino.

Por último, las tendencias sociodemográficas han incidido notablemente en la estructura y dinámica de la institución familiar. Estas modificaciones, a su vez, están relacionadas con transformaciones en la situación económica y política del país (Gómez e Isorni, 1998). Esta posibilidad, en estas épocas de profunda crisis, se resignifica pues ésta se encarna crudamente en los grupos familiares, especialmente más vulnerables. Los hogares de adultos mayores, por su sensibilidad sanitaria y económica, son los más propensos a sufrir los efectos.

Lee (2001) considera que dentro de la estructura amansa, por su parte, el ingreso al nido vacío con la nupcialidad de los hijos; el volver a inicial a través del recuento conyugal, son algunos procesos que al adulto mayor no se le prepara para llegado este momento, mas bien, se le induce a la espera de la muerte. "La culminación casi de toda la responsabilidad familiar, la consulta conyugal de decisiones, la modificación de la estructura conyugal, son algunos hechos que

sobresalen.” Aquí se desprende unas reflexiones ¿pueden ubicarse los procesos poblacionales, influidos por el sumario globalizador a esta visión de actuación?, ¿se formula un hecho social no fundado?, ¿la senilidad es sinónimo de improductividad laboral?. ¿La construcción de la imagen social de la vejez se contrapone con la visión cultural vigente?, ¿la integridad del adulto en plenitud es el resultado de de sabiduría social?; las respuestas a estas interrogantes son un estado de fatalidad, culminación laboral, soledad, discriminación social, entre otras.

Mestre (1996) sostiene que la competitividad y la creatividad no son los únicos indicadores exclusivos para el desarrollo económico, hay otros que infieren de manera directa en la estructura social, condicionando una educación formal que en forma alguna influye en la no informal, propiciando una revolución de conocimientos culturales. Con este suceso se deteriora la imagen social del adulto en plenitud; por ejemplo su sabiduría. Quedando justificado con el discurso del descanso merecido de la vida, pasando, así a las filas de la improductividad, que propician una discriminación de los ancianos, la construcción de la nueva imagen implica crear un espacio homogéneo de igualdad social y laboral a partir de la ética del trabajo y del altísimo valor conferido a la permanente transformación del conocimiento. Es importante reiterar que la dinámica familiar y la solidez de la seguridad social, son las dos principales instituciones vitales para la senectud vigente, por lo tanto deben establecerse una vinculación entre ambas.

Martínez (1996) sostiene que la tradición familiar era tener en su interior a jóvenes y ancianos. En las sociedades modernas estos modelos tienden a desaparecer y formalizar una participación económica del adulto mayor. “El sector senil que no labora y produce forma parte de los no consumidores, por ende, enclavan en el patrón de los improductivos. Su manutención se centra a expensa de la clase trabajadora vigente”. El sostén continúa en los trabajadores activos hablamos de un proceso de socialización de dependencia senil –familiar.

El acatamiento familiar es un variable vital para el estudio de la vejez, el estado de salud es otro indicador y la incapacidad es la coacción pero circunspecta. Mestre

(1996) considera que la atención de la salud requiere desde aspectos básicos hasta especializados. Este binomio se centra en la familia y la seguridad social; en la medida que el sistema de salud aumenta su cobertura de atención, contrae el débito familiar.

Para Rodríguez (1994) En algunos casos el sector poblacional senil instituye una de las áreas con una sublime necesidad. En algunos casos un poco de ahorro, un inmueble, para algunos la inversión educativa de los hijos propicia de alguna forma una ayuda para los ancianos. Estos rangos no son generalizados, pues, algunos adultos mayores no practicaban la cultura del ahorro, pues, sus ingresos eran limitados y por otra parte nunca previeron su retiro laboral.

## **CAPTULO II**

### **2. DISEÑO METODOLOGICO**

#### **2.1. Desarrollo de la Situación Problema**

Es bien conocido que ante la escasez y baja calidad de los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensiones y la exclusión del mercado laboral, un importante segmento de la población envejecida, que por supuesto no tiene acceso a mecanismos institucionales de apoyo para satisfacer sus necesidades, depende en lo fundamental de la red familiar a fin de poder sobrevivir en la vida cotidiana.

La preocupación por estudiar e investigar las redes de apoyos familiares de las personas mayores y su calidad de vida, comenzó cuando nos confrontamos con la triste realidad que este grupo etéreo se encuentra desprotegidos y poco valorado sobre todo por sus familiares; debido al desconocimiento y poca información sobre los cuidados, atenciones y las consideraciones que se les debe dar al adulto mayor.

En el transcurso de las prácticas pre profesionales realizadas en el Hospital “Efrén Jurado López” en el área de gerontología, se pudo observar y constatar

como un gran número de adultos mayores se sentían desprotegidos, desvalorizados, aislados y poco amados por sus propios familiares; por múltiples factores que han afectado sus vidas.

Estos factores y aspectos han ido deteriorando la calidad de vida del adulto mayor sobre todo en el área familiar, social y psicológica.

Es muy difícil determinar cuándo comienza el periodo del desarrollo humano conocido habitualmente como adulto mayor. Los expertos en la evolución del hombre no se ponen de acuerdo respecto al momento en que se inicia la vejez, ya que va a depender de numerosos factores que inciden en la vida que se ha llevado: alimentación, actividad, profesión, acontecimientos vividos, forma de afrontarlos, etc.

El proceso de envejecimiento se manifiesta en forma rápida; las condiciones socioeconómicas históricas no han permitido adoptar medidas suficientes para cubrir las necesidades de la población en cuestión. Se ha podido percibir muchas y excelentes expresiones de las redes de apoyo familiar, ya que ayudan a mantener vínculos afectivos, obtener información estratégica en la vida diaria y, en conjunto, a preservar cierta calidad de vida.

De ahí que podamos afirmar que la edad cronológica no define el envejecimiento si bien en nuestra sociedad parece que se acepta como punto de comienzo de esta etapa de la vida el momento correspondiente a la jubilación, tanto si se es o no trabajador activo, situándose ésta en torno a los 65 años

Cuando en los hogares de origen y adscripción las personas de edad no disponen de ayudas o apoyos en la cantidad y con la calidad requerida para satisfacer sus necesidades básicas, tienden a buscarla en un grupo local, en organizaciones altruistas, instituciones de beneficencia o bien con organizaciones civiles que desarrollan algún programa o proyecto asistencial y/o promocional en la comunidad, con la expectativa de obtener algún apoyo (material, instrumental, emocional, cognitivo).

La búsqueda de satisfacer las necesidades de afecto, de atención y de apoyo por parte de la población adulta mayor y obtener mejor calidad de vida. Surge el planteamiento del problema de investigación: ¿Cuáles son las redes de apoyo

familiares para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”?

## **2.2. Justificación**

El interés en el tema surge en el proceso de prácticas pre-profesionales al escuchar, al observar y constatar como los adultos mayores se sienten minimizados en sus potencialidades, cualidades, destrezas, habilidades, aislados, rechazados y maltratados en todos los aspectos; mucho de ellos afirman haber perdido su dignidad.

En un contexto de profundos cambios en las estructuras familiares es increíble reconocer que en la actualidad estas familias no están en la capacidad de demostrar preocupación, interés y amor por sus ancianos; sea cual fuese este cambio trascendental las familias tienen la obligación de brindar apoyo a las personas mayores; debido a que los recursos públicos son insuficientes para satisfacer la demanda de este grupo etéreo en constante aumento demográfico.

Existen, en general, dos enfoques para analizar el apoyo familiar en la vejez, que dependen del nivel de incorporación en el que se hagan, ya sea en el plano individual o bien en el de la sociedad.

Desde el punto de vista individual, el interés se centra en cómo las personas mayores se adaptan a esta nueva edad social. El apoyo familiar es crucial debido al proceso de cambios y pérdidas en esta edad. A su vez, el nexo del apoyo de sus familiares es importantísimo ya que el bienestar psicológico es fundamental; sobre el rol de la familia inmediata como una fuente principal del apoyo social a los adultos mayores. De vital importancia aquí es determinar cómo lograr que las familiares lleguen a brindar el apoyo que merecen y necesitan en esta etapa de la vida. El apoyo de sus familiares en este sentido es de suma importancia ya sea en lo económico, material y emocional; y la incidencia en la calidad de vida de este grupo social.

Desde el punto de vista de la sociedad, es el paulatino incremento de la esperanza de vida y aumento a ritmos acelerados de la población adulto mayor,

ha suscitado una serie de inquietudes sobre los estilos de vida, los sistemas de protección social, la independencia financiera y el estado de salud de las personas mayores.

El primero implica actividades como: labores en la casa, preparación y ministración de alimentos, transporte, cuidado personal, entre otros. Es decir hacerlos útiles tanto para ellos mismos como para sus familias y la sociedad

El segundo se refiere exclusivamente a la recepción (o entrega) de transferencias monetarias, mientras los adultos mayores tengan una pensión de jubilación o que pertenezcan algún tipo de organización, institución, fundación, etc. Donde reciben apoyo económico.

Debido a que no se ha encontrado mucha literatura e información que exponga específicamente las redes de apoyo familiar, la calidad de vida del adulto mayor; es necesario e importante realizar esta investigación que será un aporte significativo para la sociedad ecuatoriana y sobre todo guayaquileño.

### **2.3. PROBLEMA**

¿Participan las redes de apoyo familiares en el mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”?

### **2.4. Objetivos**

#### **2.4.1. Objetivo General:**

Caracterizar las redes de apoyo familiares y el mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.

#### **2.4.2. Objetivos Específicos:**

1.- Determinar las funciones específicas de las Redes de Apoyo familiares para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López.

2.- Identificar las formas de apoyo familiar que reciben los adultos mayores para el mejoramiento de su calidad de vida que son usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López.

3.- Examinar la importancia de la forma de convivencia en familia entre la red de relaciones familiares y los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López.

#### **2.4.3. Preguntas de Investigación**

1.- ¿Cuáles son las funciones específicas de las Redes de Apoyo familiares para el mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores jubilados del Hospital Efrén Jurado López?

2.- ¿Cuáles son las formas de apoyo familiar que reciben los adultos mayores para el mejoramiento de su calidad de vida que son usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López.?

3.- ¿Cuál es la importancia de la forma de convivencia en familia entre la red de relaciones familiares y los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”?

#### **2.5. Diseño de Instrumento**

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD).**

Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor 134

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

- **Cuestionario para Adulto Mayor Jubilados**

Fue elaborado con la necesidad de evaluar la calidad de vida del adulto mayor, con este cuestionario formula diferentes preguntas en distintas áreas como son:



colaboración y apoyo familiar, desarrollo social, familiar y recreacional, afectivo – emocional y por último salud y cuidados personales

Este cuestionario explorará los sentimientos, emociones, lo agradable y desagradable de sus vidas, salud y lo que esperan de sus familiares.

➤ **Cuestionario WhoQol – Bref Adaptado (OMS)**

Instrumento WHOQOL-BREF: (World Health Organization Quality of Life): Versión abreviada del original WHOQOL-100, creado por la OMS en 1996. Traducido y adaptado por González- Celis y Sánchez- Sosa (2003).

Nos indica la calidad de vida del adulto mayor. Tiene presente el modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Se le pide que piense de su vida durante las dos últimas semanas. Deberá leer la pregunta, así valorará sus sentimientos.

➤ **Entrevista Semi- Estructurada**

Esta tipo de técnica permite la elaboración y formulación de ciertas preguntas que se logró evaluar:

- La situación actual y futura
- Clarificar cual es la conflictiva
- La visualización del futuro
- Aspiraciones
- Verificación y comprobación de sus estados de: Ansiedad, Emocional, Sentimental, sus estados conscientes de sus capacidades.

**2.6. Variables (conceptualización y Operacionalización).**

**Variable Independiente: Redes de apoyo en la calidad de vida del adulto mayor.**

- ✓ **Red De Apoyo:** Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. El valor y la importancia

de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona Méndez y Cruz, (2008).

- ✓ **Calidad De Vida:** La calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas, más aun cuando se trata del adulto mayor que cuenta con el soporte de las redes de apoyo en atención primaria. Krzeimen (2001)
  
- ✓ **Adulto Mayor:** El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades, y como consecuencia final un mayor riesgo de muerte. Yora (2007)).

#### **Variable Dependiente:**

- ✓ **Senilidad:** Ser viejo es hoy día una enfermedad y por tanto un estigma. Ni las personas ni las sociedades sanas se ufanan de sus debilidades, antes al contrario recurren a los eufemismos para ocultar tras ellos el hecho esencial de que consideramos mala, y por tanto digna de ser ocultada, la realidad que con ellos denominamos. Desde el momento en que decimos "personas de la tercera edad", "personas de color", "invidentes".. delatamos nuestro esfuerzo por ocultar detrás de palabras apañadas, una realidad que percibimos como negativa. Mariano Arnal.

- ✓ **Depresión Senil:** La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos. Las depresiones seniles son trastornos psíquicos en los cuales la existencia de afecciones cerebrales orgánicas contribuyen al florecimiento de los síntomas psicopatológicos propios de cualquier proceso habitual que puede presentarse en cualquier anciano. Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. (2001)

## **2.7. Muestra**

El tipo de muestra es no probabilística, no experimental, transversal.

La muestra que se seleccionando fue un número de doce (12) adultos mayores: seis (6) mujeres y seis (6) Varones del Hospital Efrén Jurado López del área de gerontología y también se incluyó a sus familiares más cercanos. Es importante mencionar que los adultos mayores investigados fueron previamente seleccionados para abordar el tema de las redes de apoyo familiares y la calidad de vida para obtener los resultados previstos. Las edades de los entrevistados fluctúan entre 75 – 85 años de edad. Todos ellos viven con familiares. Con respecto a su nivel educacional: cinco (3) tienen instrucción secundaria, cuatro (3) tienen instrucción primaria y tres (3) no concluyeron su educación secundaria dos (2) estudiaron hasta segundo año de básica y uno (1) hasta primero de bachillerato.

### **2.7.1. Criterios de Inclusión:**

- ✓ Adultos Mayores: Mujer - Hombre
- ✓ Usuarios del Hospital “Efrén Jurado López”.
- ✓ Que vivan con sus familiares
- ✓ Sean asistidos en el área de gerontología
- ✓ Que su edad comprenda entre los 75 y los 85 años.
- ✓ Vivir en el sector sur de la ciudad.
- ✓



42% del adulto mayor contestaron: Solamente un poco

- **Análisis cualitativo:** Se sienten insatisfecho con sus vidas, a menudo abandonados, infelices y aburridos con una rutina poco placentera.

### 3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

Sí, y muy intenso 10

Sí, pero no muy intenso 2

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

83 % del adulto mayor contestaron: Sí, y muy intenso

17% del adulto mayor contestaron: Sí, pero no muy intenso

- **Análisis cualitativo:** Visualizan su futuro desfavorable, continuamente se siente preocupado por su futuro.

### 4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Actualmente, mucho menos 4

Actualmente, en absoluto 8

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

67 % del adulto mayor contestaron: Actualmente, en absoluto

33% del adulto mayor contestaron: Actualmente, muchos menos

**Análisis cualitativo:** No disfrutaban la vida como cuando eran productivos y se sentían importantes para la familia, valorado y aceptados.

### 5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Casi todo el día 10

Gran parte del día 2

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

83 % del adulto mayor contestaron: Casi todo el día

17% del adulto mayor contestaron: Gran parte del día

- **Análisis cualitativo:** Considera que sus vidas son rutinarias, que no disfrutaban sus vidas como quisiera por lo tanto no piensa peor ni analizan realizar proyectos nuevos. Por esta razón no realizan las actividades que acostumbraban y prefieren quedarse en casa.

### 6. Me siento alegre

Nunca	11	Muy pocas veces	1
-------	----	-----------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

92 % del adulto mayor contestaron: Nunca

8% del adulto mayor contestaron: Muy pocas veces

- **Análisis cualitativo:** Niegan sus sentimientos de depresión o ansiedad.

### 7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a

A menudo	10	Raras veces	2
----------	----	-------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

83 % del adulto mayor contestaron: A menudo

17% del adulto mayor contestaron: Raras veces

- **Análisis cualitativo:** Sienten que su sistema nervioso se encuentra alterados.

### 8. Me siento lento/a y torpe

Gran parte del día	6	A menudo	6
--------------------	---	----------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

50% del adulto mayor contestaron: Gran parte del día

50% del adulto mayor contestaron: A menudo

- **Análisis cualitativo:** Se sienten sin energía, tenso y deseos de realizar otro tipo de actividades

### 9. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueo en el estómago.

A menudo                      4    Muy a menudo                      8

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

67% del adulto mayor contestaron: A menudo

33% del adulto mayor contestaron: Muy a menudo.

- **Análisis cualitativo:** Los estados afectivos de los adultos mayores se encuentran alterados; causando varios efectos sobre las distintas áreas funcionales.

### 10. He perdido el interés por mi aspecto personal

Completamente              5    No me cuida como debería hacerlo              4

Es posible que no me cuide como debería              2

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

42% del adulto mayor contestaron: Completamente

41% del adulto mayor contestaron: No me cuida como deber

17% del adulto mayor contestaron: Es posible que no me cuide como debiera.

- **Análisis cualitativo:** El adulto mayor se encuentra desmotivado hasta en su arreglo personal.

**11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

No mucho 10

Bastante 2

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

83 % del adulto mayor contestaron: No mucho

17% del adulto mayor contestaron: Bastante

- **Análisis cualitativo:** Los resultados indican que los adultos mayores presentan estados ansiosos pero en un bajo índice.

**12. Espero las cosas con ilusión:**

Mucho menos que antes 8

En absoluto 4

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

67% del adulto mayor contestaron: Mucho menos que antes

33% del adulto mayor contestaron: En absoluto

- **Análisis cualitativo:** Presentan pérdida de entusiasmo y desinterés de sus vidas, ausencia de alegría.

**13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor :**

Muy a menudo 9

Con cierta frecuencia 3

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

75 % del adulto mayor contestaron: Muy a menudo

25% del adulto mayor contestaron: Con cierta frecuencia

- **Análisis cualitativo:** En su mayoría los adultos mayores presentan temores, uno de los principales es el quedar solos y abandonados.

**14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**







### 3.3. Cuestionario WhoQol – Bref Adaptado (OMS)

1.- ¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?

Nada (1)	9	Un poco (2)	3
----------	---	-------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

75 % del adulto mayor contestaron: Raras veces

25% del adulto mayor contestaron: Moderado

2.- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) e impide hacer lo que necesita?

Lo normal (3)	7	Bastante (4)	5
---------------	---	--------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

58 % del adulto mayor contestaron: Lo normal

42% del adulto mayor contestaron: Bastante

3.- ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Lo normal (3)	5	Bastante (4)	7
---------------	---	--------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

42% del adulto mayor contestaron: Lo normal

58% del adulto mayor contestaron: Bastante

4.- ¿Cuánta seguridad siente en su vida?

Nada (1)	6	Un poco (2)	6
----------	---	-------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

50% del adulto mayor contestaron: Nada

50% del adulto mayor contestaron: Un poco

5.- ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?

Un poco (2)	9	Lo normal (3)	3
-------------	---	---------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

75% del adulto mayor contestaron: Un poco

25% del adulto mayor contestaron: Lo normal

6.- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada (1)	2	Un poco (2)	10
----------	---	-------------	----

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

17% del adulto mayor contestaron: Nada

83% del adulto mayor contestaron: Un poco

7.- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Un poco (2)	6	Moderado (3)	6
-------------	---	--------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

50% del adulto mayor contestaron: Un poco

50% del adulto mayor contestaron: Moderado

8.- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Bastante (4)	10	Totalmente (5)	2
--------------	----	----------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

83% del adulto mayor contestaron: Bastante

17% del adulto mayor contestaron: Totalmente

8.- ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Muy insatisfecho (1)	8	Poco (2)	4
----------------------	---	----------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

67% del adulto mayor contestaron: Muy insatisfecho

33% del adulto mayor contestaron: Poco

9.- ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones interpersonales?

Lo normal (3)	8	Bastante satisfecho (2)	4
---------------	---	-------------------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

67% del adulto mayor contestaron: Moderadamente

33% del adulto mayor contestaron: Bastante satisfecho

10.- ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Bastante satisfecho (4)	6	Muy satisfecho (5)	6
-------------------------	---	--------------------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

50% del adulto mayor contestaron: Bastante satisfecho

50% del adulto mayor contestaron: Muy satisfecho

11.- ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Muy insatisfecho (1)	8	Poco (2)	4
----------------------	---	----------	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

67% del adulto mayor contestaron: Muy insatisfecho

33% del adulto mayor contestaron: Poco

- **Análisis Cualitativo**

Los adultos mayores se sienten insatisfechos con sus relaciones familiares, consideran que son ignorados por algunos miembros de la familia, desearían ser tomados en cuenta en todas las actividades que se realicen

No realizan actividades en su tiempo libre, se encuentran desmotivados, sus paseos se limitan a ir al hospital.

En el área afectiva – emocional el anciano considera que su familia no lo acepta tal como es, que él no es importante para la familia, no se siente amado, valorado ni acompañado. Solo se siente muy bien cuando se encuentran rodeados de sus amigos. Consideran que son los únicos que le prestan la atención debida

Consideran que su salud no es tan óptima como serían que sea.

### **3.4. Entrevista Semi – Estructurada**

1. ¿Cómo es su relación con la persona que lo cuida?

A veces buena	5
Regular	5
A veces muy mala	2

De los 12 (doce) adultos mayores que corresponden al 100%

- 42% consideran que su relación no es tan buena.
- 41% consideran que la relación que mantiene con el adulto mayor es regular.
- 17% consideran que la relación que mantiene con el adulto mayor es mala.

2.- ¿Cree Ud. que su vida es maravillosa?

SI	2	NO	10
----	---	----	----

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

75% del adulto mayor contestaron: SI

25% del adulto mayor contestaron: NO

3.- ¿Cree que los otros están mejor que Ud.?

SI	9	NO	3
----	---	----	---

Del 100% de los usuarios respondieron de la siguiente manera:

75% del adulto mayor contestaron: SI

25% del adulto mayor contestaron: NO

4.- ¿Cómo se siente en este momento de su vida?

Infeliz y triste	6
------------------	---

Hostigada y cansada	4
---------------------	---

Harta	2
-------	---

De los 12 (doce) adultos mayores que corresponden al 100%

- 50% Se sienten infeliz y triste.
- 33% Se sienten hostigadas y cansadas.
- 17% Se sienten harta

#### • Análisis Cualitativo

Se pudo evidenciar y corroborar que los ancianos no tienen una buena relación con la persona que los cuida, en la actualidad siente que son infelices, que otros adultos mayores están en mejores condiciones que él, no encuentra nada maravilloso en su vida y por lo tanto no visualiza su futuro con objetividad.

### 3.5. Análisis Integral (Triangulación)

Realizado tanto el análisis como la interpretación de cada uno de los instrumentos que se utilizaron en esta investigación podemos concluir que las tres técnicas se

relacionaron entre sí mejor dicho se correlacionaron perfectamente para poder obtener los resultados esperados.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD permitió conocer el grado de depresión en que se encontraban los adultos mayores así mismo sus estados emocionales, sentimentales, de ánimo, también sus aspiraciones, anhelos y esperanzas; este se combino o se relacionó perfectamente con el Cuestionario para Adultos Mayores Jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López” el cual nos evidenció la calidad de vida, actual de los adultos mayores, por lo tanto estos dos instrumento nos dio a conocer que tanto los estados depresivos y ansiosos se presentan juntos con síntomas psicossomáticos.

La entrevista semi – estructurada se pudo ratificar lo antes investigado, y así mismo se pudo comprobar que los ancianos se encuentran insatisfechos de la vida que están llevan en la actualidad.

Todos estos tres instrumentos se relacionaron en forma precisa, correcta y adecuada para obtener los resultados previstos.



## CONCLUSIONES

Es importante recalcar que se lograron alcanzar los objetivos planteados así como también se pudo responder a las preguntas de investigación programadas:

1.- Las redes de apoyo familiares no participan activamente en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, sin importar que él mismo se encuentre inmerso en la familia en particular. Justifican su forma de actuar y proceder a la falta de información sobre el cuidado que debe tener el adulto mayor.

2.- Las caracterizaciones de las redes de apoyo familiares y la calidad de vida del adulto mayor se manifiestan en situaciones de aislamiento, indefensión, soledad e indiferencia, constituyendo que los adultos mayores sientan miedo, lo que puede llevarlos a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ellos.

3.- Entre las funciones específicas de las redes de apoyo familiares en los adultos mayores son variadas, muy claras y contundentes; es atender y apoyar las necesidades concretas tales como: amor, estabilidad emocional, salud, alimentación, recreación, cuidados, ayuda económica, fortalecer su autonomía y autoestima. Estos factores influyen directamente en su calidad de vida y, especialmente en su autoestima.

4.- Entre las formas de apoyo familiares; se destacan los siguientes: la de sus parejas sentimentales y en caso de pérdida de la misma, el mayor apoyo que reciben es la de sus hijas ya sean mayores o menores, generalmente los hijos intermedios especialmente los varones los abandonan o los excluyen.

5.- La existencia de la familia es clave en el abordaje de la problemática de los adultos mayores; ya constituyen un recurso invaluable cuando se trata de mejorar la calidad de vida de este grupo etéreo. Mejorando la autopercepción negativa de la salud; porque disminuye a la mitad en los que mantienen contacto mensual con sus familiares, hijos, etc; si se compara con quienes carecen de relaciones

familiares. Los aspectos emocionales están íntimamente asociación con los indicadores de una red familiar sólida.

6.- El envejecimiento es la etapa del ciclo de vida que aparecen cambios biológicos, psicológicos y sociales, los mismos se manifiestan de diferentes formas en los ancianos. Es decir que los primeros signos y síntomas de envejecimiento no son igual en hombres como en las mujeres y depende de cómo hayan sido su vida.

7.- La dependencia (económica, emocional y física) hace que muchas sean víctimas de maltrato no delaten a su victimario/a. Esto las convierte en blancos perfectos para toda forma de abuso.

8.- La integración y soporte social son elementos claves en la recuperación de la enfermedad, y del mantenimiento de un anciano en la comunidad, sobre todo de los ancianos frágiles. Se ha relacionado el aislamiento social como un factor de riesgo de un incremento en la mortalidad y morbilidad.

9.- Algunos aspectos resultan de indudable interés, como son los recursos materiales de los que dispone el anciano (dinero, vivienda, condiciones de ésta), las relaciones familiares, las actividades sociales que el sujeto frecuenta y la ayuda externa que recibe.

## RECOMENDACIONES

- 1.- La creación de un plan piloto con una perspectiva educativa, en el Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”; tanto para los familiares y con alcances comunitarios de esta manera se extenderá un rol de familia; a partir de las organizaciones sociales (escuelas, clubes, hospitales, iglesias, etc.).
- 2.- Realizar programas de prevención y promoción de la salud en los ancianos no solo tienen como objetivo disminuir la enfermedad y la mortalidad prematuras, además pretenden disminuir la discapacidad de las personas mayores para mantener una buena calidad de vida aceptable.
- 3.- Motivar a la familia para que se informe acerca del tema de la vejez, sobre los cambios que ocurren en esta etapa de la vida, de esta manera comprenderán los cambios biológicos, psíquicos y sociales por los que inevitablemente pasará o pasa el adulto mayor, y de esta manera los familiares tendrán a la mano elementos básicos para brindar con mayor facilidad apoyos, cuidados y atención relacionados con las necesidades de sus adultos.
- 4.- Continuar este estudio de investigación con el mismo tema pero realizando la diferenciación de género masculino - femenino como una propuesta de tesis de maestría.
- 5.- Se deberá trabajar en la autoestima y autonomía de los adultos mayores guayaquileños que sean usuarios jubilados del Hospitales del Día “Dr. Efrén Jurado López”; fomentando una cultura de amor y cuidado; de esta manera reconocer los verdaderos valores y potencialidades de los ancianos.

## Referencias Bibliografía

1. Alba, V. (1992). Historia Social de la Vejez. Ed. Laertes. Barcelona
2. Allard, J.; Allaire, D.; Leclerc, G. & Langlois, S. P. (1995). The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
3. Antonucci, T.C.; Fuhrer, R & Dartigues, J.F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community- dwelling French older adults. *Psychology and Aging*,
4. Antonucci T. & Akiyama H. (2001). Social Networks in Adult life and preliminary examination of de covoy model. En: *Journal of Gerontology*.
5. Antonucci, Toni y J.Jackson (1990), *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona.
6. Arias, C. & Scolni, M. (2005). Evaluación de la Calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda, *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*. Mar del Plata.
7. Arias, C. (2004). *Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad*. Mar del Plata.
8. Aquino, J. R.; Russell, D. W.; Cutrona, C. E. & Altmaier, E. M. (1996). *Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly*. *Journal of Counseling Psychology*.
9. Barros Lezaeta, Carmen (2001), "Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor", documento presentado en el simposio "Antropología de la vejez, cuarto congreso chileno de antropología", Universidad de Chile, Santiago de Chile,
10. Barros Lezaeta, Carmen (1994), "Apoyo social y bienestar del adulto mayor", *Documento Instituto de Sociología*, Nº 60, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

11. Barros Lezaeta, Carmen (1991), "Viviendo el envejecer", *Cuadernos del Instituto de Sociología*, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
12. Berkman, Lisa (1984), "Assessing the physical health effects of social networks and social support", *Annual Review of Public Health*, vol. 5, Palo Alto, California.
13. Benítez del Rosario M.A (1994) Atención de salud en el paciente anciano. En: Martín Zurro A.; Cano Pérez J.F. Harcourt Brace ed. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4ª ed.
14. Bishop, A.; Martin, P. & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood. A structural model of life satisfaction. *Aging and Mental Health*
15. Blazer, Dan (1982), "Social support and mortality in an elderly population", *American Journal of Epidemiology*, vol. 115, Nº 5, Oxford, Oxford University Press.
16. Brennan, P. L. & Moos, R. H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*,
17. Carstensen, L. & Charles, S.T. (2007) El envejecimiento humano: ¿por qué incluso las buenas noticias se toman como malas?. En Aspinwall, L.G. & Staudinger, U.M. (eds.) *Psicología Del Potencial Humano. Cuestiones fundamentales y normas para una Psicología Positiva*. Gedisa. Barcelona.
18. Carstensen, L., Isaacowitz, D. & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously in life span development. *American Psychologist*.
19. Castiglione, J. (1998). "La familia" y "Demografía". Edit. El Liberal. Grassi, Estela. Santiago del Estero, Argentina.
20. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002), *Panorama social de América Latina 2001-2002*. Santiago de Chile. Publicación de Naciones Unidas (<http://www.eclac.cl/search/shortcut.asp?id=11254>).
21. CEPAL- CELADE (2004). Estrategia Regional e Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile.

22. CEPAL- CELADE (2002) Recomendaciones para Políticas Sobre Redes de Apoyo Social de Personas Adultas Mayores. Santiago de Chile.
23. Chou, K. L. & Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *International Journal of Aging and Human Development*.
24. Chappel, Neena (1992), *Social Support and Aging, Perspectives on Individual and Population Aging Series*, Butterworths. Toronto.
25. Cobb (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*
26. Dabas, Elina y Denise Najmanovich (1995), *Redes sociales: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Paidós. Buenos Aires.
27. De Jong, Eloísa., (2000). "Trabajo Social, familia e intervención" en, "La familia en los albores del nuevo milenio" (comp.). Edit. Espacio. Argentina.
28. De la Peña, Guillermo (2001), "Presentación", *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de Antropología latinoamericana*, Larissa Adler Lomnitz (comp.), D.F., Editorial Miguel Ángel Porrúa/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). México.
29. De Leo, D. & Ormskerk, S. C. (1991). Suicide in the elderly: General characteristics. *Crisis*.
30. Di Iorio, A.; Longo, A.; Mitidieri, A.; Palmerio, T.; Benvenuti, E.; Giardini, S.; Bavazzano, A.; Guizzardi, G.; Senin, U.; Bandinelli, S.; Ferrucci, L. & Abate, G. (1999). Factors related to the length of in-hospital stay of geriatric patients. *Aging*.
31. Díaz I. (2004) *Maltrato en la tercera edad, estudio en un área rural Bacuranao. Municipio Guanabacoa. Trabajo para optar por Máster en Psiquiatría Social*
32. Doyle, C. (1995). Effect of staff turnover and the social environment on depressive symptoms in nursing home residents. *International Psychogeriatrics*,
33. Forsell, Y. & Winblad, B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,

34. Gest (2002). Maltrato de los ancianos. Estudio en el consejo popular de Belén. Habana Vieja. Cuba
35. Gómez, N. e Isorni, M. (1998). El Liberal: Retrato de un Siglo. Edit. El Liberal. Santiago del Estero, Argentina.
36. González de la Rocha, Mercedes (1999), *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos en Guadalajara*, El colegio de Jalisco/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Guadalajara, Jalisco.
37. Golpe, Laura Irene y Adriana Fassio (2000), "Organizaciones de personas de edad en las ciudades de Buenos Aires y Mar del Plata", documento presentado en el simposio "Antropología de la vejez, cuarto congreso nacional. Mar del Plata.
38. Gottlieb, Benjamin (1985), "Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications", *Health Education Quarterly*, Vol. 12, Nº 1, Sage Publications/Society for Public Health Education. Nueva York.
39. HAI (Help Age International) (2002), *El informe sobre el envejecimiento y desarrollo. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo*, (<http://www.helpage.org>), Earthscan. Londres.
40. Hakkert, Ralph y José Miguel Guzmán (2002), "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina", *Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Universo familiar y procesos demográficos contemporáneos*,
41. Irvine, J.; Basinski, A.; Baker, B.; Jandciu, S.; Paquete, M.; Cairns, J.; Connolly, S.; Roberts, R.; Gent, M. & Dorian, P. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosomatic Medicine*.
42. Kasl, S.V. y Berkman, L.F. (1981). Some psychosocial influences on the health status of the elderly: The perspective of social epidemiology. En J.L. McGaugh y S.B. Kiesler (Eds.), *Aging, Biology and Behavior*. Academic Press. Nueva York.

43. Ham-Chande, Roberto y otros (2002), "Calidad de vida y redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en Ciudad de México", documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
44. Himes, Christine L. y Erin B. Reidy (2000), "The role of Friends in caregiving", *Research on Aging*, vol. 22, N° 4, Thousand Oaks, Sage Publications, California.
45. Huenchuan, Sandra y Zulma Sosa (2002), "Calidad de vida y redes de apoyo social de personas mayores en Chile", documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
46. Khan, R.L. y Toni Antonucci (1980), "Convoys over the life course: attachment, roles and social support", *Life-span Development and Behavior*, P.B. Balte y O. Brim (comps.), vol. 3, Boston, Lexington.
47. Khan, R.L. (1979), "Aging and social support", *Aging From Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*, Matilda White Riley (comp.), Boulder, Westview Press. Colorado.
48. Kim, Hye-Kyung y otros (2000), "Social support exchange and quality of life among the Korean elderly", *Journal of Cross Cultural Gerontology*, vol. 15, N° 4, Kluwer Academic Publishers.
49. Krassoievitch, Miguel (1998), "Redes sociales y vejez", documento preparado para el séptimo simposio "Macaria: que hablen los ancianos", Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara.
50. Krause, Neal (1990), "Perceived health problems, formal/informal support, and life satisfaction among older adults", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 45, N° 5, Ann Arbor, School of Public Health and Institute of Gerontology, University of Michigan. Michigan.



51. Lee, M. S., Crittenden, K. S., y Yu, E. (2001). Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. *International Journal of Aging and Human Development*
52. Levit, M. J.; Antonucci, T. C.; Clark, M. Ch. & Rotton, J. (1986). Social support and well-being: Preliminary indicators based on two samples of the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*.
53. Lewis R. A. & Spanier G. B. (1992). Theoring about the quality and stability of marriage in W. Burr, R Hill, I Nye, and I. Reiss Comtemporany theories about the family. Vol. 1. The Free Press. New York.
54. Liu, X. ; Liang, J. & Gu, S. (1995). Flows of social support and health status among older persons in China. *Social Sciences and Medicine*.
55. Lomnitz, Larissa (1977), *Cómo sobreviven los marginados*, , Editorial Siglo XXI. México D.F.
56. Lomnitz, Larissa (1994), *Redes social, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*, , Editorial Miguel Ángel Porrúa. México, D.F.
57. Lopata, Helena (1979), *Women As Widows: Support Systems*, Elsevier. Nueva York,
58. Maguire, Lambert (1980), "The interface of social workers with personal networks", *Social Work with Groups*, vol. 3, The Haworth. Nueva York.
59. Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (comps.), Instituto de Investigaciones Sociales (IIS)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.
60. Martínez Lage JM, Álvarez P. (1996). Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Llinás-Reglá J, editores. *Manual de demencias*. Barcelona: Prous Science.

61. McNicoll, Geoffrey (1987), "Adaptation of social systems to changing mortality regimes", *Consequences of Mortality Trends and Differentials*, N° 95. Publicación de Naciones Unidas, Nueva York, Naciones Unidas.
62. Méndez. Elsa y Cruz Conejo, Luis Diego. (2008). Redes sociales de apoyo y persona adulta mayor: Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/CONAPAM. Costa Rica.
63. Mendes de Leon, C. F.; Glass, T. A.; Beckett, L. A.; Seeman, T. E.; Evans, D. A. & Berkman, L.F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*.
64. Mestre A. (1995) Delirium en pacientes ancianos. Universidad Computense. Madrid España
65. Mingione, Enzo (1994), "Sector informal y estrategias de sobrevivencia: hipótesis para el desarrollo de un campo de indagación", *Solidaridad y producción informal de recursos*, René Millán (comp.), Instituto de Investigaciones Sociales (IIS)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México, D.F.
66. Mireault, M. & de Man, A. F. (1996). Suicidal ideation among the elderly: Personal variables, stress and social support. *Social Behavior and Personality*.
67. Montes de Oca, Verónica (2002), "Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre las mujeres adultas mayores. La experiencia de la Colonia de Aragón en la Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México", documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
68. Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires.

64. Murphy, E. Sutherland, D. & (1995). Social support among elderly in two community programs. *Journal of Gerontology Nursing*,
65. Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Nueva York.
66. National Research Council (2001), *Preparing for an Aging World. The Case for Cross-National Research*, National Academy Press. Washington, D.C.
67. Puga D. (2007). Red Social y Salud del adulto Mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Vol. No. 5 Revista electrónica. Costa Rica.
68. Oliveira, Orlandina de y Vania Salles (1989), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, El Colegio de México. México, D.F.
69. OMS. Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento Activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
70. Palomba, Rosella (2002), "El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores", documento presentado en el "Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
71. Peirce, R. S.; Frone, M. R.; Russell, M.; Cooper, M. L. & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression and alcohol use. *Health Psychology*.
72. Penso (2001). Envejecimiento Poblacional y Fragilidad del Adulto Mayor. *Rev. Cubana de Salud Pública*. La Habana – Cuba.
73. Phillips, D.R.; Sui, O.L.; Yeh, A.G. & Cheng, K.H. (2008). Informal social support and older person's psychological well being in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*.

74. Pillemer, Karl y otros (2000), *Social Integration in the Second Half of Life*, Maryland, Johns Hopkins University Press. Baltimore.
75. Prince-Paul, M. (2008). Understanding the meaning of social well-being at the end of life. *Oncology Nursing Forum*.
76. Rodríguez. (2002)- Maltrato en el anciano en el Municipio Centro Habana. Consejo Popular Cayo Hueso. Trabajo para optar por Máster en Psiquiatría Social
77. Robert P. (1973), "Making Democracy Work", *Civic Traditions in Modern Italy*, , Nu, Princeton University Press. Princeton.
78. Sánchez, Carmen Delia (1996), Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, San Juan de Puerto Rico, conferencia "Oficina del gobernador para asuntos de la vejez".
79. Sánchez Ayendez, Melba (1994), "El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa", Publicación científica, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington D.C.
80. San Martino J. (2000). Periódico "Clarín. Director nacional de Tercera Edad
81. Sánchez Ayendez, Melba (1990), "Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico", *Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe*, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Asociación Americana de Personas Jubiladas. Washington, D.C.
82. Scott, A. y Wenger G. (1996), "Género y redes de apoyo social en la vejez", *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Sara Arber y Jay Ginn (comps.), Narcea S.A. Editores. Madrid.
83. Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Gedisa. Barcelona.
84. Schonfeld, L & Dupree, L .W. (1991). Antecedents of drinking for early and late-onset elderly alcohol abusers. *Journal of Studies on Alcohol*.

85. Townsend. P. (1965). *Poverty in the United Kingdom*. Penguin. London
- Uchino, B. N.; Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*.
86. Unger, J. B.; Mc Avay G.; Bruce, M. L.; Berkman, L. & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*.
87. Vanderhorst, R.K. & Mc Laren, S. (2005). Social relationship as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging and Mental Health*,
88. Warren, J.I.; Stein, JA. & Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in.
89. Walker, Kenneth, Arlene MacBride y Mary Vachon (1977), "Social support networks and the crisis of bereavement", *Social Science and Medecine*, vol. 11.
90. Wegner (1984) *Redes de apoyo Familiar*. México.
91. Yoon; & Lee (2007). Understanding early childhood leadership: Emerging competencies in the context of relationships. 92. Yora R. Dr."La población mayor de 60 años de un consultorio e Identificar alteraciones de las capacidades funcional. Lima – Turios.

## Bibliografía

1. Alba, V. (1992). Historia Social de la Vejez. Ed. Laertes. Barcelona
2. Allard, J.; Allaire, D.; Leclerc, G. & Langlois, S. P. (1995). The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
3. Antonucci, T.C.; Fuhrer, R & Dartigues, J.F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community- dwelling French older adults. *Psychology and Aging*,
4. Antonucci T. & Akiyama H. (2001). Social Networks in Adult life and preliminary examination of de covoy model. En: *Journal of Gerontology*.
5. Antonucci, Toni y J.Jackson (1990), *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona.
6. Arias, C. & Scolni, M. (2005). Evaluación de la Calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda, *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*. Mar del Plata.
7. Arias, C. (2004). *Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad*. Mar del Plata.
8. Aquino, J. R.; Russell, D. W.; Cutrona, C. E. & Altmaier, E. M. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology*.
9. Barros Lezaeta, Carmen (2001), "Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor", documento presentado en el simposio "Antropología de la vejez, cuarto congreso chileno de antropología", Universidad de Chile, Santiago de Chile,

10. Barros Lezaeta, Carmen (1994), "Apoyo social y bienestar del adulto mayor", Documento Instituto de Sociología, N° 60, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
11. Barros Lezaeta, Carmen (1991), "Viviendo el envejecer", Cuadernos del Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
12. Berkman, Lisa (1984), "Assessing the physical health effects of social networks. and social support", *Annual Review of Public Health*, vol. 5, Palo Alto, California.
13. Benítez del Rosario M.A (1994) Atención de salud en el paciente anciano. En: Martín Zurro A.; Cano Pérez J.F. Harcourt Brace ed. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4ª ed.
14. Bishop, A.; Martin, P. & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood. A structural model of life satisfaction. *Aging and Mental Health*
15. Blazer, Dan (1982), "Social support and mortality in an elderly population", *American Journal of Epidemiology*, vol. 115, N° 5, Oxford, Oxford University Press.
16. Brennan, P. L. & Moos, R. H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*,
17. Carstensen, L. & Charles, S.T. (2007) El envejecimiento humano: ¿por qué incluso las buenas noticias se toman como malas?. En Aspinwall, L.G. & Staudinger, U.M. (eds.) Psicología Del Potencial Humano. Cuestiones fundamentales y normas para una Psicología Positiva. Gedisa. Barcelona.
18. Carstensen, L., Isaacowitz, D. & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously in life span development. *American Psychologist*.
19. Castiglione, J. (1998). "La familia" y "Demografía". Edit. El Liberal. Grassi, Estela. Santiago del Estero, Argentina.
20. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002), *Panorama social de América Latina 2001-2002*. Santiago de Chile. Publicación de Naciones Unidas (<http://www.eclac.cl/search/shortcut.asp?id=11254>).

21. CEPAL- CELADE (2004). Estrategia Regional e Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile.
22. CEPAL- CELADE (2002) Recomendaciones para Políticas Sobre Redes de Apoyo Social de Personas Adultas Mayores. Santiago de Chile.
23. Chou, K. L. & Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators?. *International Journal of Aging and Human Development*.
24. Chappel, Neena (1992), *Social Support and Aging, Perspectives on Individual and Population Aging Series*, Butterworths. Toronto.
25. Cobb (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*
26. Dabas, Elina y Denise Najmanovich (1995), *Redes sociales: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Paidós. Buenos Aires.
27. De Jong, Eloísa., (2000). "Trabajo Social, familia e intervención" en, "La familia en los albores del nuevo milenio" (comp.). Edit. Espacio. Argentina.
28. De la Peña, Guillermo (2001), "Presentación", *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de Antropología latinoamericana*, Larissa Adler Lomnitz (comp.), D.F., Editorial Miguel Ángel Porrúa/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). México.
29. De Leo, D. & Ormskerk, S. C. (1991). Suicide in the elderly: General characteristics. *Crisis*.
30. Di Iorio, A.; Longo, A.; Mitidieri, A.; Palmerio, T.; Benvenuti, E.; Giardini, S.; Bavazzano, A.; Guizzardi, G.; Senin, U.; Bandinelli, S.; Ferrucci, L. & Abate, G. (1999). Factors related to the length of in-hospital stay of geriatric patients. *Aging*.
31. Díaz I. (2004) *Maltrato en la tercera edad, estudio en un área rural Bacuranao. Municipio Guanabacoa. Trabajo para optar por Máster en Psiquiatría Social*
32. Doyle, C. (1995). Effect of staff turnover and the social environment on depressive symptoms in nursing home residents. *International Psychogeriatrics*,



33. Forsell, Y. & Winblad, B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,
34. Gest (2002). *Maltrato de los ancianos. Estudio en el consejo popular de Belén. Habana Vieja. Cuba*
35. Gómez, N. e Isorni, M. (1998). *El Liberal: Retrato de un Siglo*. Edit. El Liberal. Santiago del Estero, Argentina.
36. González de la Rocha, Mercedes (1999), *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos en Guadalajara*, El colegio de Jalisco/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Guadalajara, Jalisco.
37. Golpe, Laura Irene y Adriana Fassio (2000), "Organizaciones de personas de edad en las ciudades de Buenos Aires y Mar del Plata", documento presentado en el simposio "Antropología de la vejez, cuarto congreso nacional. Mar del Plata.
38. Gottlieb, Benjamin (1985), "Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications", *Health Education Quarterly*, Vol. 12, N° 1, Sage Publications/Society for Public Health Education. Nueva York.
39. HAI (Help Age International) (2002), *El informe sobre el envejecimiento y desarrollo. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo*, (<http://www.helpage.org>), Earthscan. Londres.
40. Hakkert, Ralph y José Miguel Guzmán (2002), "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina", *Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Universo familiar y procesos demográficos contemporáneos*,
41. Irvine, J.; Basinski, A.; Baker, B.; Jandciu, S.; Paquete, M.; Cairns, J.; Connolly, S.; Roberts, R.; Gent, M. & Dorian, P. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosomatic Medicine*.
42. Kasl, S.V. y Berkman, L.F. (1981). Some psychosocial influences on the health status of the elderly: The perspective of social epidemiology. En J.L.

McGaugh y S.B. Kiesler (Eds.), *Aging, Biology and Behavior*. Academic Press. Nueva York.

43. Ham-Chande, Roberto y otros (2002), "Calidad de vida y redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en Ciudad de México", documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

44. Himes, Christine L. y Erin B. Reidy (2000), "The role of Friends in caregiving", *Research on Aging*, vol. 22, N° 4, Thousand Oaks, Sage Publications, California.

45. Huenchuan, Sandra y Zulma Sosa (2002), "Calidad de vida y redes de apoyo social de personas mayores en Chile", documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

46. Khan, R.L. y Toni Antonucci (1980), "Convoys over the life course: attachment, roles and social support", *Life-span Development and Behaviour*, P.B. Balte y O. Brim (comps.), vol. 3, Boston, Lexington.

47. Khan, R.L. (1979), "Aging and social support", *Aging From Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*, Matilda White Riley (comp.), Boulder, Westview Press. Colorado.

48. Kim, Hye-Kyung y otros (2000), "Social support exchange and quality of life among the Korean elderly", *Journal of Cross Cultural Gerontology*, vol. 15, N° 4, Kluwer Academic Publishers.

49. Krassoievitch, Miguel (1998), "Redes sociales y vejez", documento preparado para el séptimo simposio "Macaria: que hablen los ancianos", Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara.

50. Krause, Neal (1990), "Perceived health problems, formal/informal support, and life satisfaction among older adults", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol.

45, N° 5, Ann Arbor, School of Public Health and Institute of Gerontology, University of Michigan. Michigan.

51. Lee, M. S., Crittenden, K. S., y Yu, E. (2001). Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. *International Journal of Aging and Human Development*

52. Levit, M. J.; Antonucci, T. C.; Clark, M. Ch. & Rotton, J. (1986). Social support and well-being: Preliminary indicators based on two samples of the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*.

53. Lewis R. A. & Spanier G. B. (1992). Theoring about the quality and stability of marriage in W. Burr, R Hill, I Nye, and I. Reiss *Contemporary theories about the family*. Vol. 1. The Free Press. New York.

54. Liu, X. ; Liang, J. & Gu, S. (1995). Flows of social support and health status among older persons in China. *Social Sciences and Medicine*.

55. Lomnitz, Larissa (1977), *Cómo sobreviven los marginados*, , Editorial Siglo XXI. México D.F.

56. Lomnitz, Larissa (1994), *Redes social, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*, , Editorial Miguel Ángel Porrúa. México, D.F.

57. Lopata, Helena (1979), *Women As Widows: Support Systems*, Elsevier. Nueva York,

58. Maguire, Lambert (1980), "The interface of social workers with personal networks", *Social Work with Groups*, vol. 3, The Haworth. Nueva York.

59. Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (comps.), Instituto de Investigaciones Sociales (IIS)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.

60. Martínez Lage JM, Álvarez P. (1996). Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Llinás-Reglá J, editores. *Manual de demencias*. Barcelona: Prous Science.

61. McNicoll, Geoffrey (1987), "Adaptation of social systems to changing mortality regimes", *Consequences of Mortality Trends and Differentials*, N° 95. Publicación de Naciones Unidas, Nueva York, Naciones Unidas.
62. Méndez. Elsa y Cruz Conejo, Luis Diego. (2008). Redes sociales de apoyo y persona adulta mayor: Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/CONAPAM. Costa Rica.
63. Mendes de Leon, C. F.; Glass, T. A.; Beckett, L. A.; Seeman, T. E.; Evans, D. A. & Berkman, L.F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*.
64. Mestre A. (1995) Delirium en pacientes ancianos. Universidad Computense. Madrid España
65. Mingione, Enzo (1994), "Sector informal y estrategias de sobrevivencia: hipótesis para el desarrollo de un campo de indagación", *Solidaridad y producción informal de recursos*, René Millán (comp.), Instituto de Investigaciones Sociales (IIS)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México, D.F.
66. Mireault, M. & de Man, A. F. (1996). Suicidal ideation among the elderly: Personal variables, stress and social support. *Social Behavior and Personality*.
67. Montes de Oca, Verónica (2002), "Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre las mujeres adultas mayores. La experiencia de la Colonia de Aragón en la Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México", documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
68. Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires.

64. Murphy, E. Sutherland, D. & (1995). Social support among elderly in two community programs. *Journal of Gerontology Nursing*,
65. Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Nueva York.
66. National Research Council (2001), *Preparing for an Aging World. The Case for Cross-National Research*, National Academy Press. Washington, D.C.
67. Puga D. (2007). Red Social y Salud del adulto Mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Vol. No. 5 Revista electrónica. Costa Rica.
68. Oliveira, Orlandina de y Vania Salles (1989), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, El Colegio de México. México, D.F.
69. OMS. Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento Activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
70. Palomba, Rosella (2002), "El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores", documento presentado en el "Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
71. Peirce, R. S.; Frone, M. R.; Russell, M.; Cooper, M. L. & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression and alcohol use. *Health Psychology*.
72. Penso (2001). Envejecimiento Poblacional y Fragilidad del Adulto Mayor. *Rev. Cubana de Salud Pública*. La Habana – Cuba.
73. Phillips, D.R.; Sui, O.L.; Yeh, A.G. & Cheng, K.H. (2008). Informal social support and older person's psychological well being in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*

74. Pillemer, Karl y otros (2000), *Social Integration in the Second Half of Life*, Maryland, Johns Hopkins University Press. Baltimore.
75. Prince-Paul, M. (2008). Understanding the meaning of social well-being at the end of life. *Oncology Nursing Forum*.
76. Rodríguez. (2002)- Maltrato en el anciano en el Municipio Centro Habana. Consejo Popular Cayo Hueso. Trabajo para optar por Máster en Psiquiatría Social
77. Robert P. (1973), "Making Democracy Work", *Civic Traditions in Modern Italy*, , Nu, Princeton University Press. Princeton.
78. Sánchez, Carmen Delia (1996), Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, San Juan de Puerto Rico, conferencia "Oficina del gobernador para asuntos de la vejez".
79. Sánchez Ayendez, Melba (1994), "El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa", Publicación científica, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington D.C.
80. San Martino J. (2000). Periódico "Clarín. Director nacional de Tercera Edad
81. Sánchez Ayendez, Melba (1990), "Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico", *Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe*, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Asociación Americana de Personas Jubiladas. Washington, D.C.
82. Scott, A. y Wenger G. (1996), "Género y redes de apoyo social en la vejez", *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Sara Arber y Jay Ginn (comps.), Narcea S.A. Editores. Madrid.
83. Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Gedisa. Barcelona.
84. Schonfeld, L & Dupree, L .W. (1991). Antecedents of drinking for early and late-onset elderly alcohol abusers. *Journal of Studies on Alcohol*.

85. Townsend. P. (1965). *Poverty in the United Kingdom*. Penguin. London
- Uchino, B. N.; Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*.
86. Unger, J. B.; Mc Avay G.; Bruce, M. L.; Berkman, L. & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*.
87. Vanderhorst, R.K. & Mc Laren, S. (2005). Social relationship as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging and Mental Health*,
88. Warren, J.I.; Stein, JA. & Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in.
89. Walker, Kenneth, Arlene MacBride y Mary Vachon (1977), "Social support networks and the crisis of bereavement", *Social Science and Medecine*, vol. 11.
90. Wegner (1984) *Redes de apoyo Familiar*. México.
91. Yoon; & Lee (2007). Understanding early childhood leadership: Emerging competencies in the context of relationships. *Journal of Early Childhood Research*,
92. Yora R. Dr."La población mayor de 60 años de un consultorio e Identificar alteraciones de las capacidades funcional. Lima – Turios.

# ANEXOS



## 5.7. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

### 5. Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor 134

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

## 5.7. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

## 5.7. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. En absoluto
D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

**CUESTIONARIO PARA ADULTOS MAYORES JUBILADOS DEL HOSPITAL DEL DIA “DR.  
EFREN JURADO LOPEZ “**

Haga una X en el casillero que mejor defina qué le agrada, su desarrollo social, familiar y recreacional, estado afectivo – emocional y por último salud y cuidados personales.

<b>COLABORACIÓN Y APOYO FAMILIAR</b>					
<b>PREGUNTAS</b>	<b>DEMASIADO</b>	<b>MUCHO</b>	<b>A MENUDO</b>	<b>POCO</b>	<b>NADA</b>
1. ¿Le gustaría pasar más tiempo con su familia?					
2. Le gusta compartir cosas y actividades con los otros miembros de su familia.					
3. Le gustaría ayudar o colaborar con algunas responsabilidades del Hogar.					
4. El sentir que ayuda, colabora y apoya a los otros miembros de la familia lo hace sentirse útil.					
5. ¿Siente que sus familiares le dan la oportunidad para que se integren como parte de su familia?					
<b>DESARROLLO SOCIAL FAMILIAR Y RECREACIÓN</b>					
<b>PREGUNTAS</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>RARAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1. ¿Le gusta realizar alguna actividad en su tiempo libre?					
2. ¿Comparte tiempo libre con su familia?					
3. ¿Sale a pasear, con algún familiar o con la familia?					
4. ¿A sus familiares le gusta compartir su tiempo con usted?					
5. ¿Siente que usted forma parte de su familia?					
<b>AFECTIVO - EMOCIONAL</b>					
<b>PREGUNTAS</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>RARAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1. ¿Siente que sus familiares lo aceptan como es?					
2. ¿Siente que su familia le muestra interés?					
3. ¿Se siente amado por sus familiares?					
4. ¿Se ha sentido rechazado por su familia o por un familiar en especial?					

5. ¿Siente en algún momento que usted es una molestia para su familia?					
6. ¿Se siente acompañado?					
<b>SALUD Y CUIDADOS PERSONALES</b>					
<b>PREGUNTAS</b>	<b>Muy Satisfecho</b>	<b>Bastante Satisfecho</b>	<b>Lo Normal</b>	<b>Poco</b>	<b>Muy Insatisfecho</b>
1. ¿Se siente satisfecho con su salud y su cuidado personal?					
2. ¿Se siente satisfecho con el cuidado que le brinda su familia o algún familiar en particular?					
3. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones familiares?					
4. ¿Siente que su familia satisface sus necesidades personales?					
5. ¿Cómo se siente en la actualidad?					

## CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Instrumento WHOQOL-BREF: (World Health Organization Quality of Life): Versión abreviada del original WHOQOL-100, creado por la OMS en 1996. Traducido y adaptado por González- Celis y Sánchez- Sosa (2003).

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala para cada pregunta que sea su mejor respuesta.

PREGUNTAS	INDICADORES FRASES - PUNTUACION				
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	<b>Nada 1</b>	<b>Un poco 2</b>	<b>Moderado 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Totalmente 5</b>
¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) e impide hacer lo que necesita?	<b>Nada 1</b>	<b>Un Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Extremadamente 5</b>
¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	<b>Nada 1</b>	<b>Un Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Extremadamente 5</b>
¿Cuánta seguridad siente en su vida?	<b>Nada 1</b>	<b>Un Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Extremadamente 5</b>
¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	<b>Nada 1</b>	<b>Un Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Extremadamente 5</b>
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	<b>Nada 1</b>	<b>Un poco 2</b>	<b>Moderado 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Totalmente 5</b>
¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	<b>Nada 1</b>	<b>Un poco 2</b>	<b>Moderado 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Totalmente 5</b>
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	<b>Nada 1</b>	<b>Un poco 2</b>	<b>Moderado 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Totalmente 5</b>
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	<b>Muy Insatisfecho 1</b>	<b>Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante Satisfecho 4</b>	<b>Muy Satisfecho 5</b>
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones interpersonales?	<b>Muy Insatisfecho 1</b>	<b>Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante Satisfecho 4</b>	<b>Muy Satisfecho 5</b>
¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	<b>Muy Insatisfecho 1</b>	<b>Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante Satisfecho 4</b>	<b>Muy Satisfecho 5</b>
¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	<b>Muy Insatisfecho 1</b>	<b>Poco 2</b>	<b>Lo Normal 3</b>	<b>Bastante Satisfecho 4</b>	<b>Muy Satisfecho 5</b>

## ENTREVISTA SEMI – ESTRUCTURADA

1. ¿Cómo es su relación con la persona que lo cuida?

- A veces buena
- Regular
- A veces muy mala

2.- ¿Cree Ud. que su vida es maravillosa?

- SI
- NO

3.- ¿Cree que los otros están mejor que Ud.?

- SI
- NO

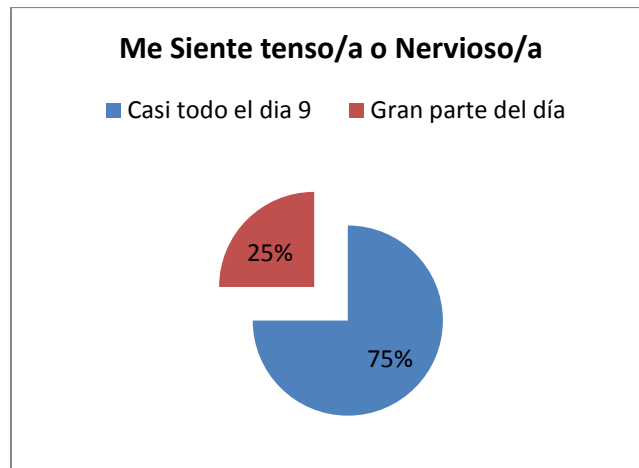
4.- ¿Cómo se siente en este momento de su vida?

- Infeliz y triste
- Hostigada y cansada
- Harta

## ANEXO No. 1

### Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

Gráfico No. 1



Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día  
"Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.

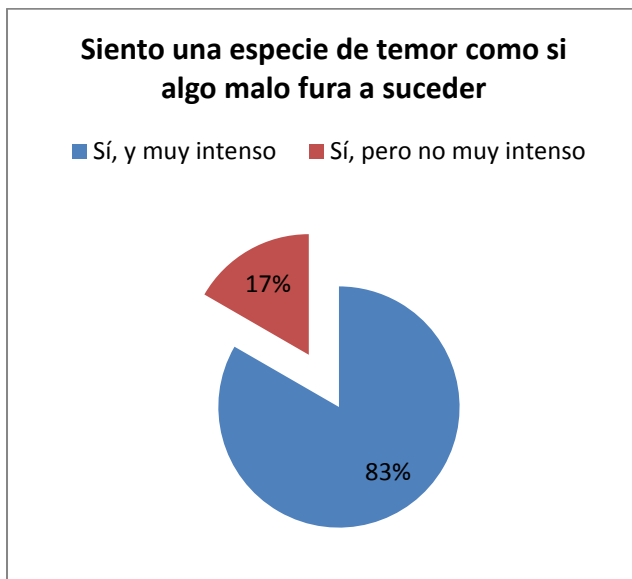
Gráfico No. 2



Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día  
"Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.

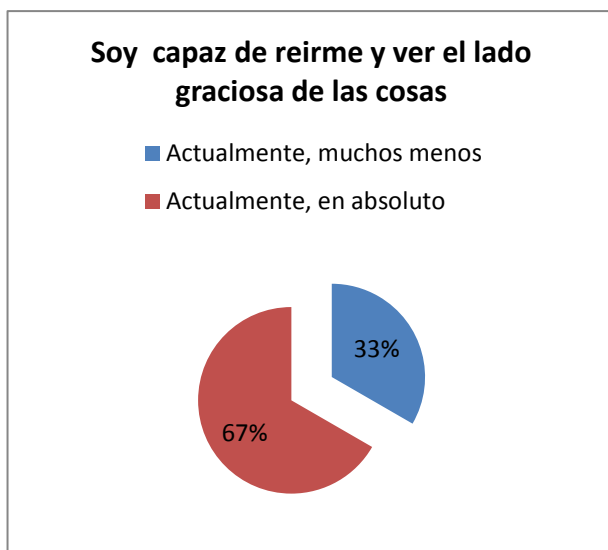


**Gráfico No. 3**



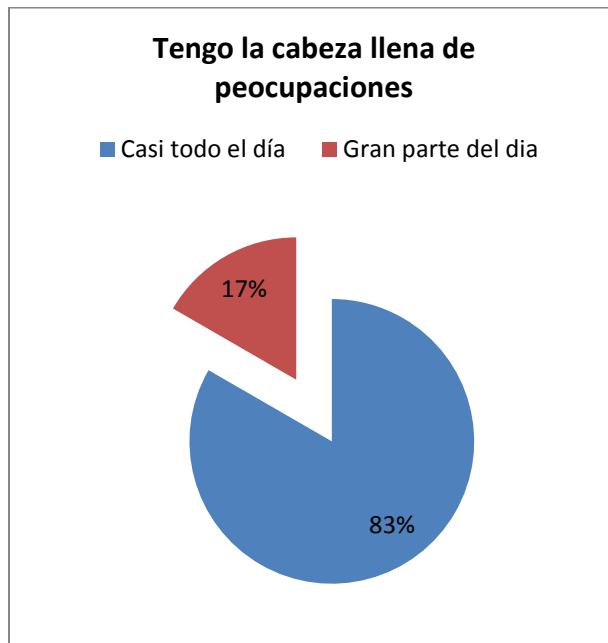
**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 4**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 5**



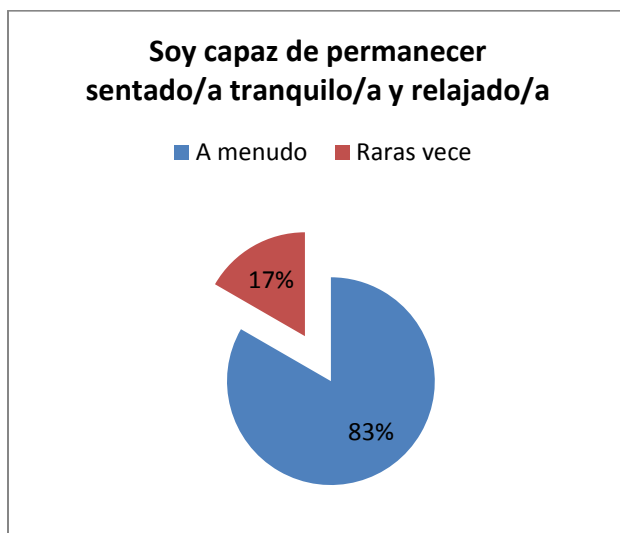
**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.**



**Gráfico No. 6**

**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 7**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**Autora: Bella María Briones P.**

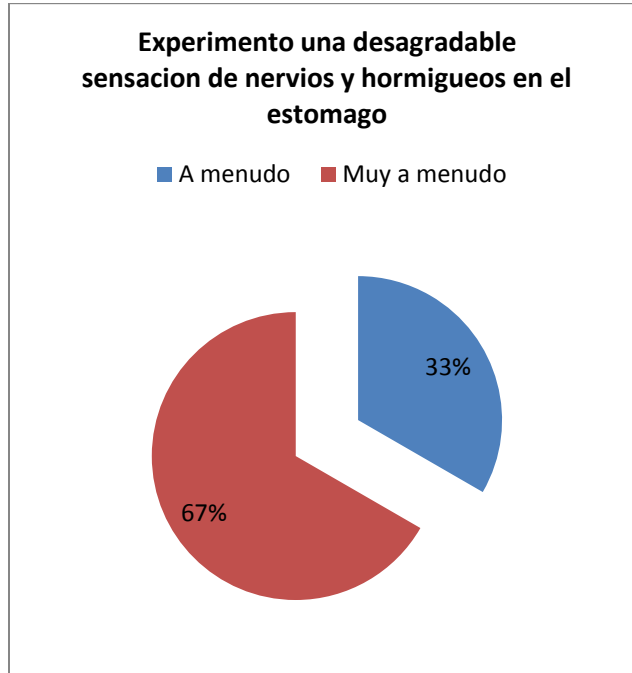
**Gráfico No. 8**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 9**



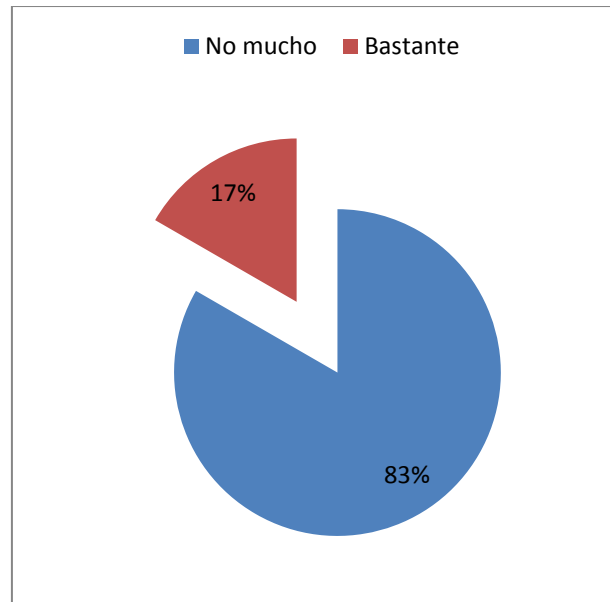
**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 10**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 11**



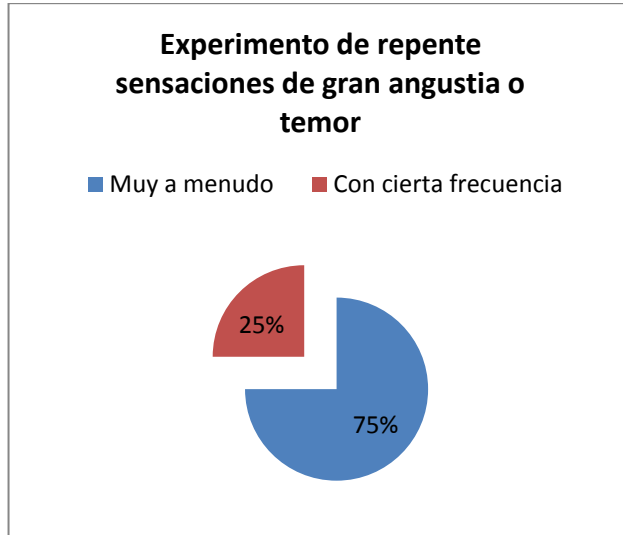
**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día  
“Dr. Efrén Jurado López”.  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 12**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día  
“Dr. Efrén Jurado López”.  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 13**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día  
"Dr. Efrén Jurado López".**

**Autora: Bella María Briones P.**

**Grafico No. 14**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día  
"Dr. Efrén Jurado López".**

**Autora: Bella María Briones P.**

## ANEXO No. 2

### Cuestionario para Adultos Mayores Jubilados del Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.

Gráfico No. 15

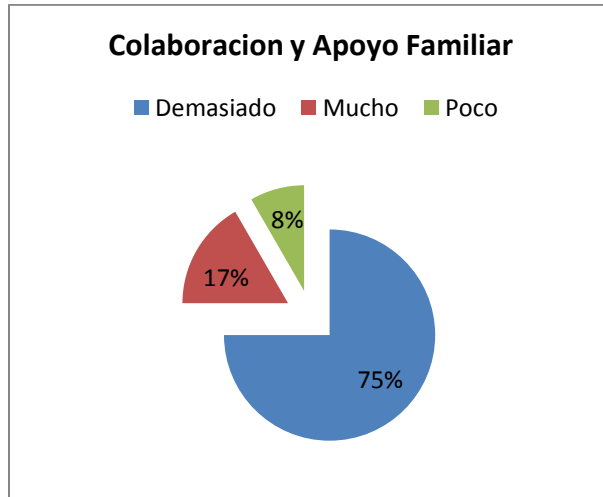
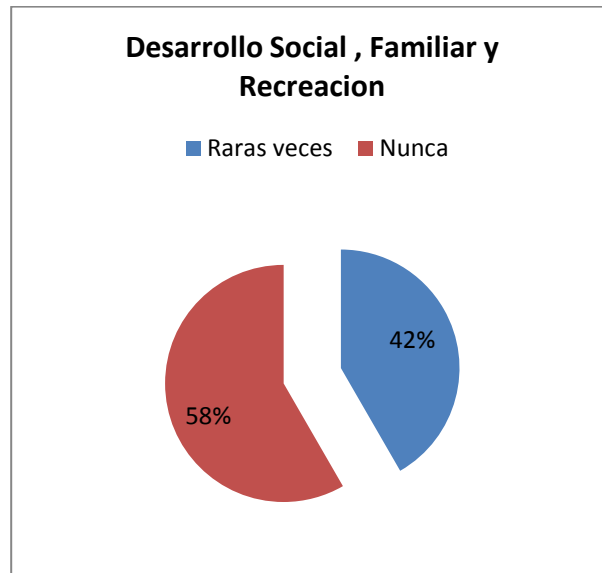


Gráfico No. 16

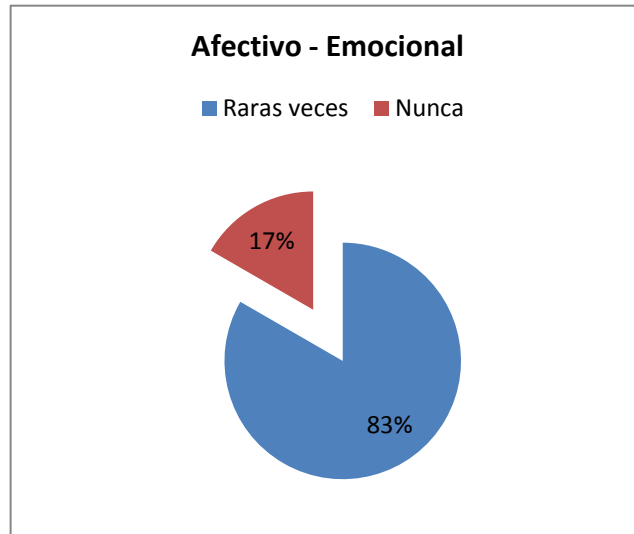


Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.

Autora: Bella María Briones P.

**Gráfico No. 17**

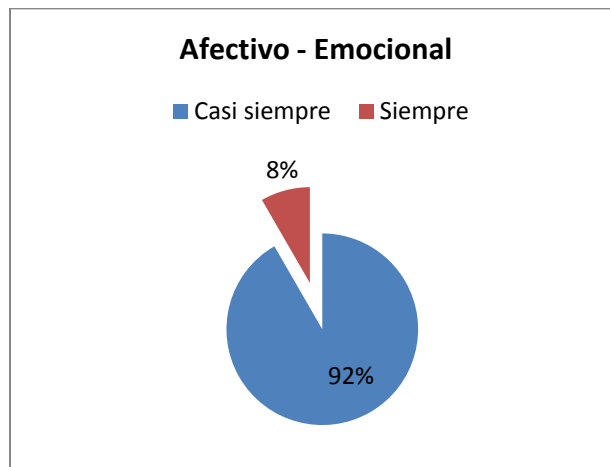
**Preguntas No. 1 – 2 – 3 - 6**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 18**

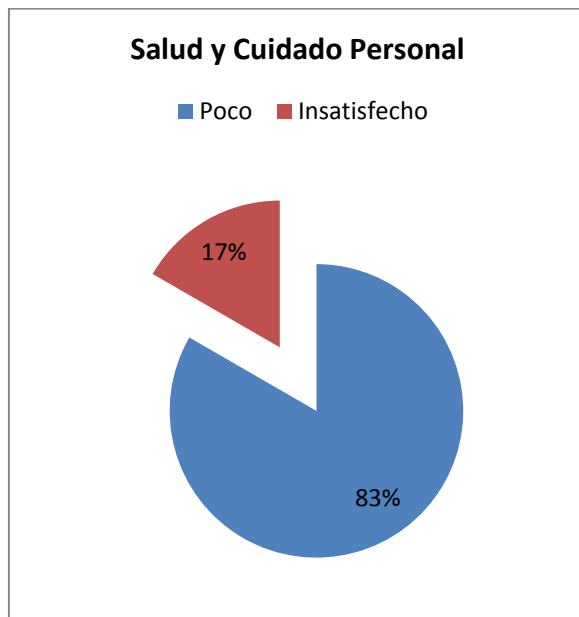
**Preguntas No. 4– 5**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.**



**Gráfico No. 19**

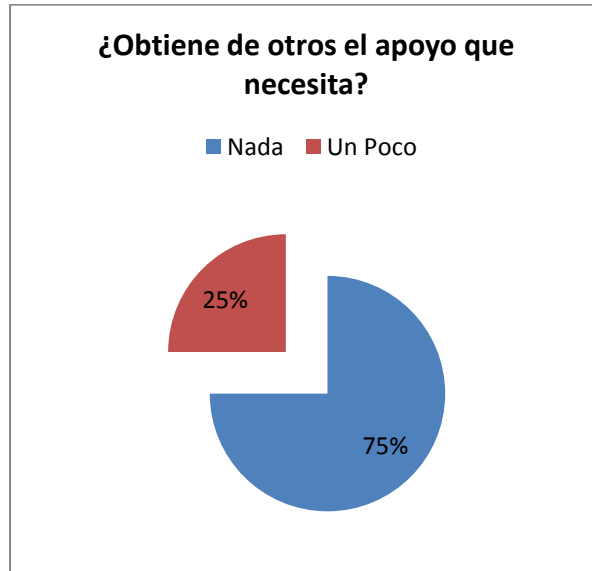


**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".  
Autora: Bella María Briones P.**

### ANEXO No. 3

#### Cuestionario WhoQol – Bref Adaptado (OMS)

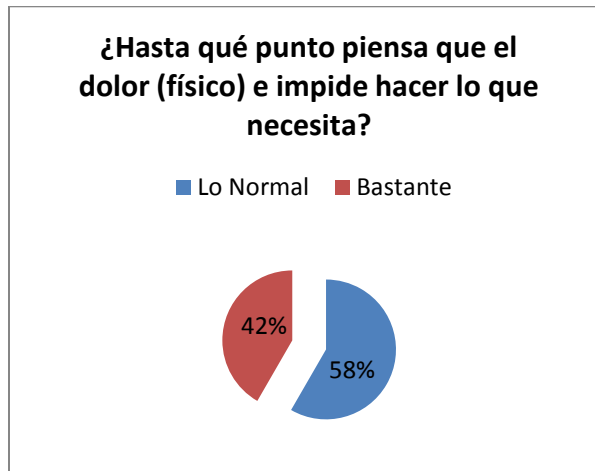
Gráfico No. 20



Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.

Autora: Bella María Briones P.

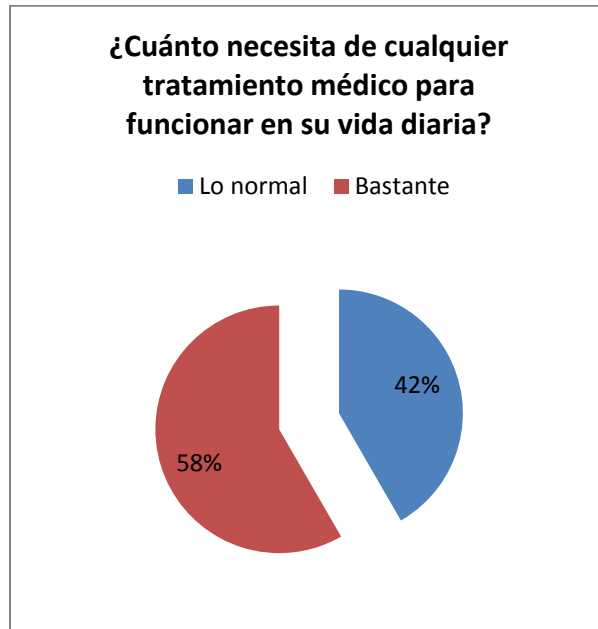
Gráfico No. 21



Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.

Autora: Bella María Briones P.

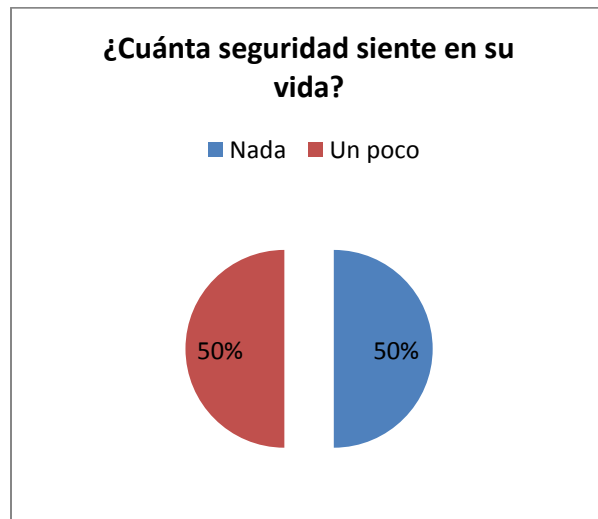
**Gráfico No. 22**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**Autora: Bella María Briones P.**

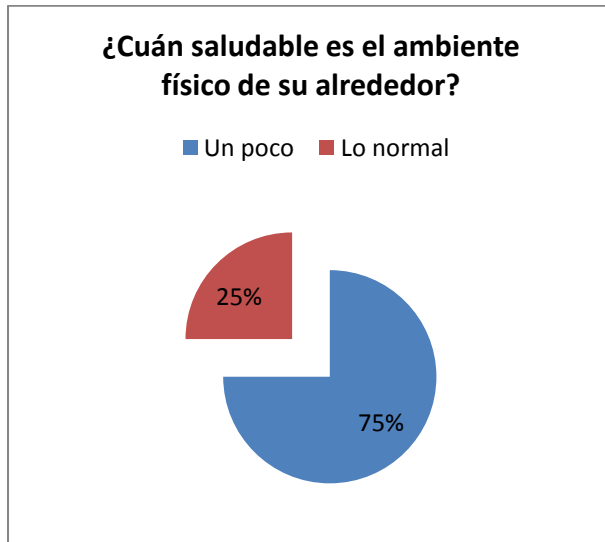
**Gráfico No. 23**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

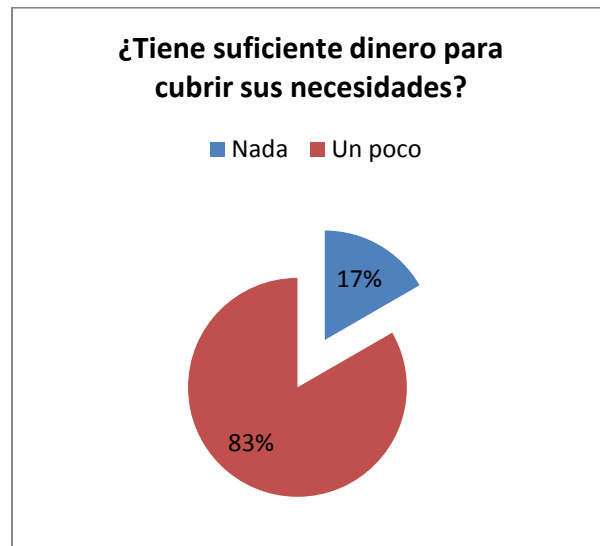
**Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 24**



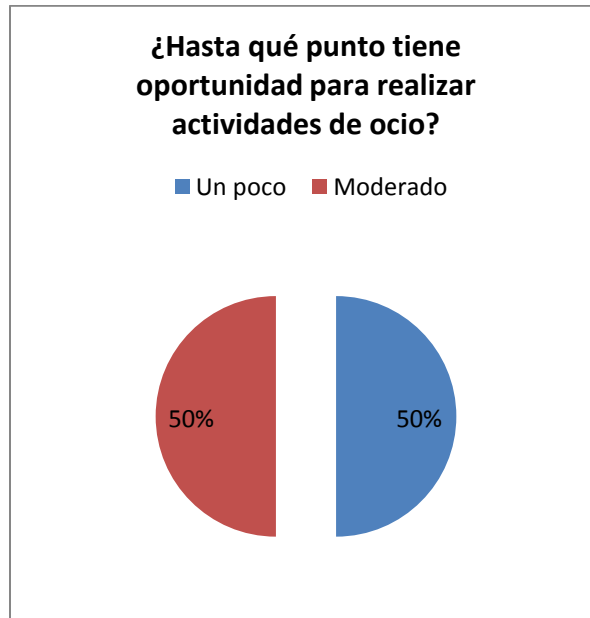
**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.  
Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 25**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.  
Autora: Bella María Briones P.**

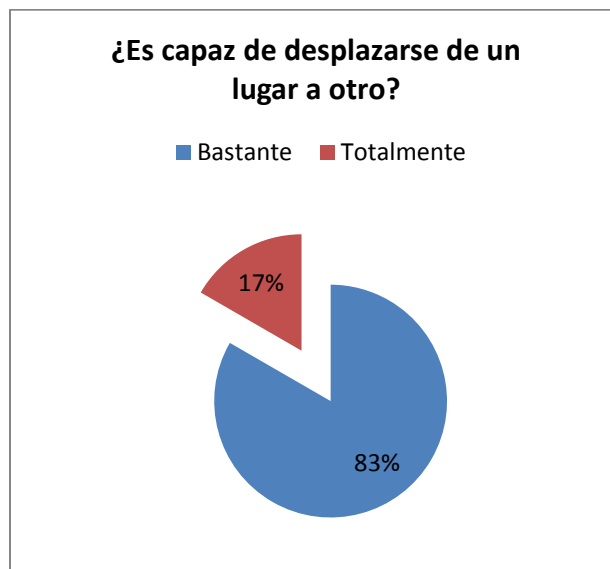
**Gráfico No. 26**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**Autora: Bella María Briones P.**

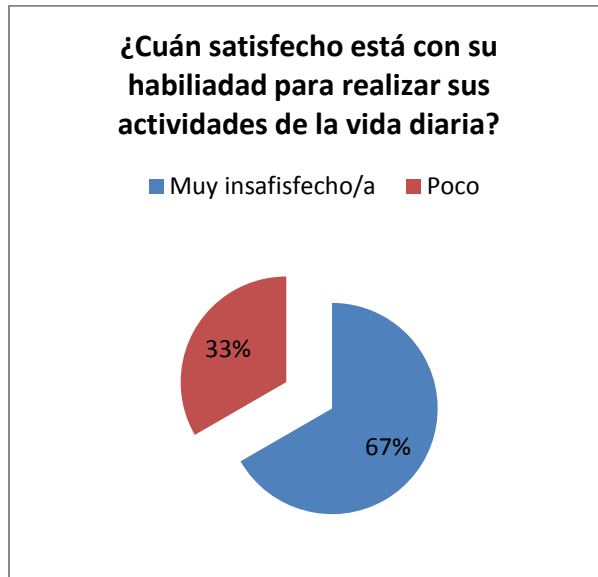
**Gráfico No. 27**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**Autora: Bella María Briones P.**

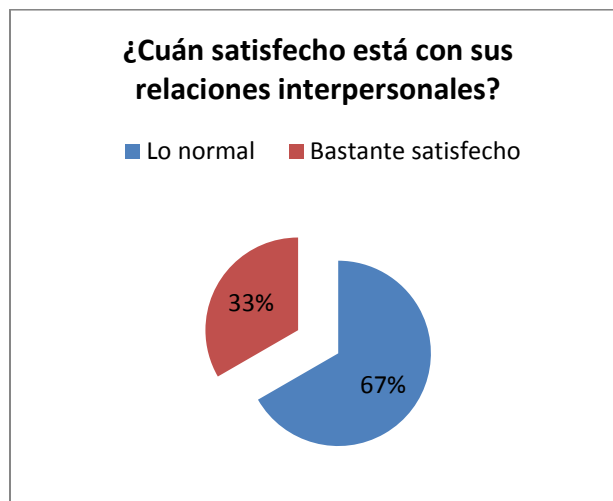
**Gráfico No. 28**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**Autora: Bella María Briones P.**

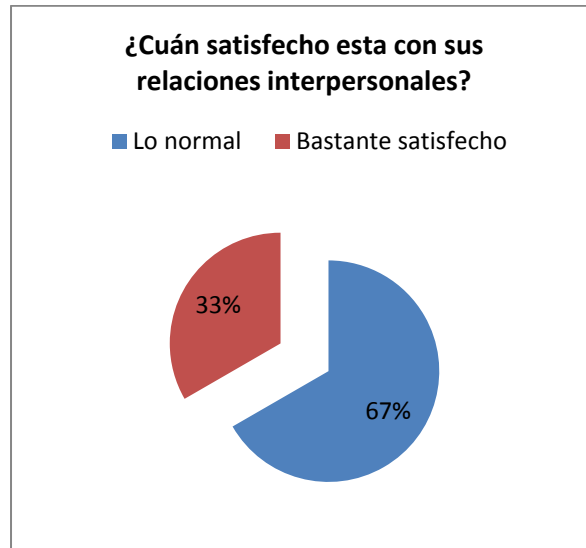
**Gráfico No. 29**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**

**Autora: Bella María Briones P.**

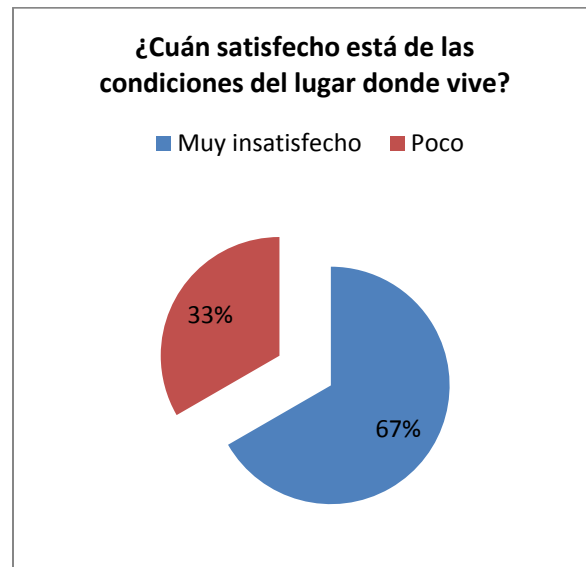
**Gráfico No. 30**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".**

**Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 31**



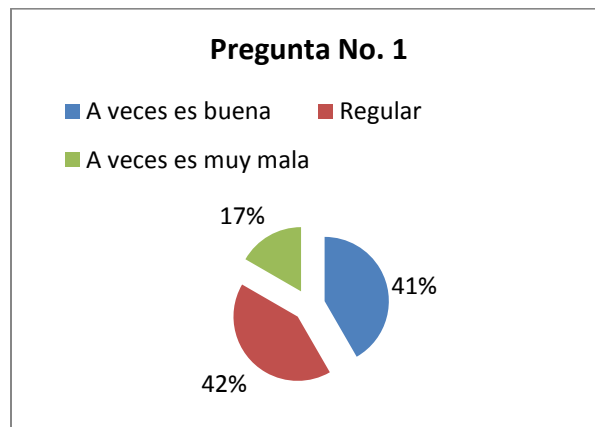
**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López".**

**Autora: Bella María Briones P.**

## ANEXO No. 4

### Entrevista Semi – Estructurada

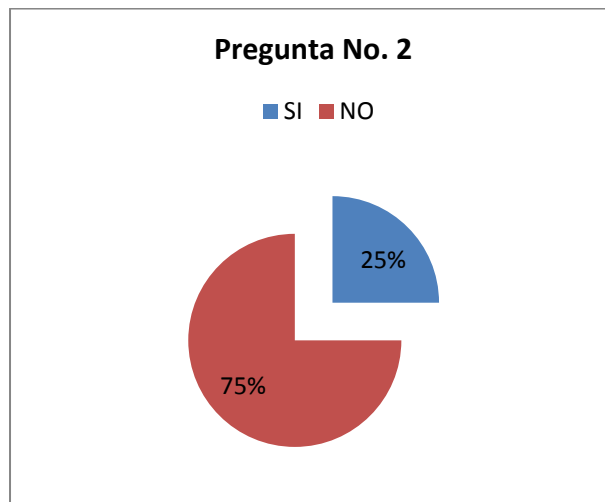
Gráfico No. 32



Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.

Autora: Bella María Briones P.

Gráfico No. 33

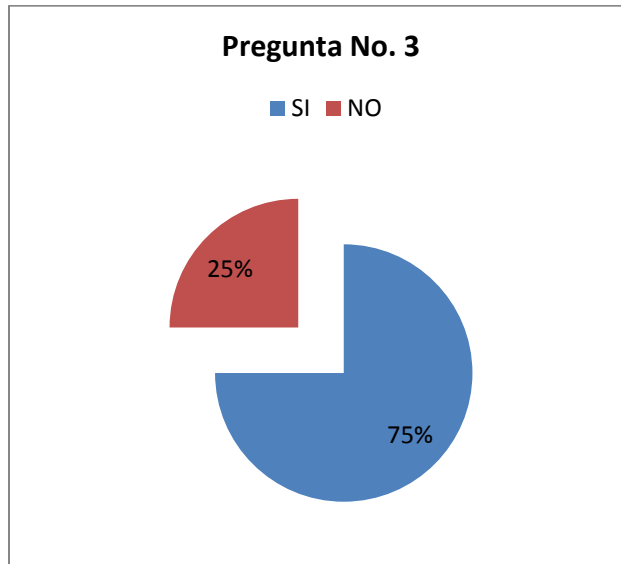


Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día “Dr. Efrén Jurado López”.

Autora: Bella María Briones P.

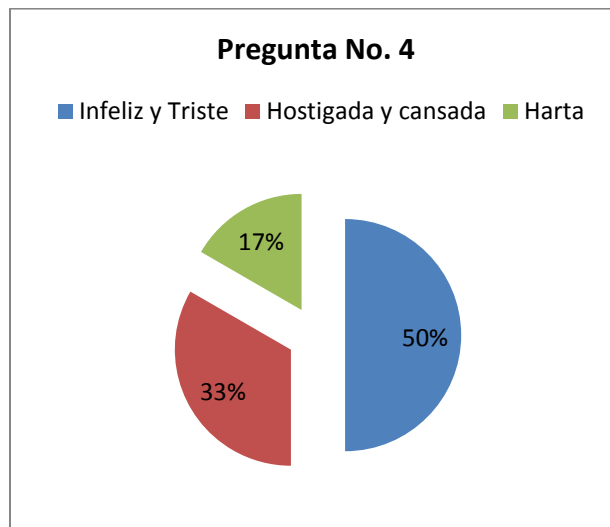


**Gráfico No. 34**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital del Día  
“Dr. Efrén Jurado López”.**  
**Autora: Bella María Briones P.**

**Gráfico No. 35**



**Fuente: Usuarios/as Adulto Mayor. Hospital  
del Día “Dr. Efrén Jurado López”.**  
**Autora: Bella María Briones P.**

