

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales



TESIS DOCTORAL

Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Lorena Patricia Gallardo Peralta

Directores

Andrés Arias Astray
Ana Barrón López de Roda

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Escuela Universitaria de Trabajo Social

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales



TESIS DOCTORAL

**APOYO SOCIAL Y ETNICIDAD EN PERSONAS
MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA
– CHILE: UNA PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN
EN TRABAJO SOCIAL.**

Autora:

Lorena Patricia Gallardo Peralta

Bajo la dirección de:

Doctor Andrés Arias Astray

Doctora Ana Barrón López de Roda

Madrid, septiembre de 2012.

A tres magníficas mujeres, *Mirna, Florencia e Irene,*
por la fuerza y entrega que tienen al amar.

Y a ti, amado *Esteban,*
por ser un gran compañero de vida.

AGRADECIMIENTOS.

El 9 de septiembre de 2010 llegamos a Madrid junto a Florencia, con un maleta llena de sueños y uno de ellos era dar término a esta tesis doctoral. Durante estos dos años en Madrid hemos logrado cumplir muchos de estos sueños e incluso dejarnos sorprender por la vida al lograr consolidar una hermosa familia, junto a Esteban e Irene. En la consolidación de estos sueños vienen a mi mente muchas personas que nos han entregado su cariño desinteresadamente, a quienes les agradezco el apoyo brindado, especialmente a Rafa y Silvia.

Antes de llegar a España agradezco el apoyo de familiares y amigos que animaron este viaje. En especial a ti Gustavo que en vida luchaste por mi felicidad y tras tu partida aún estás muy presente en todo lo que me genera alegría. Desde el cielo siento tus abrazos y tu sonrisa, junto a un “corazón” que le dan fuerza a mi existencia.

Esta tesis fue posible con el apoyo de dos instituciones chilenas. En primer lugar, la Universidad de Tarapacá, que confió en mis capacidades para realizar este estudio y a quienes espero retribuir con todos los conocimientos obtenidos. Nombraré algunos compañeros de trabajo, como la Doctora María Alburquenque, el Doctor Alejandro Cuadra y el Doctor Carlos Úbeda, que me apoyaron en gestiones y lo más importante en términos afectivos. En segundo lugar, a la Beca Chile de CONICYT, por la grata sorpresa de apoyar económicamente mi estancia y el desarrollo de esta investigación aplicada a un área de interés social para el país.

Quiero agradecer especialmente al Doctor Andrés Arias Astray, director de esta tesis doctoral, porque me animó a seguir el programa de doctorado. Además me apoyó en la planificación de este viaje y en la elaboración de la esta tesis.

Igualmente, quiero dar las gracias a la Doctora Ana Barrón, quien con mucha paciencia me orientó en esta investigación, especialmente corrigiendo los “chilenismos”. Te doy las gracias Ana, por la dedicación y la confianza. Eres una de las sorpresas hermosas de este viaje. No solo pude recibir el apoyo de una gran experta y profesional, sino que siento que gané una gran amiga.

A ti Mirnita, en agradecimientos escribiría el símil de hojas que contiene esta tesis y aún así me quedaba corta. Solo quiero que sepas que eres mi gran referente como madre, amiga y mujer. Y que haces posible el logro de mis sueños personales y profesionales a través del amor incondicional que me brindas.

Florencia, mi linda niña, eres una compañera de viaje y de sueños inigualable. Sin tu presencia este momento no habría sido tan feliz. Gracias por llenar mi vida de sonrisas, besos y mucha luz.

Irene, en los nueve meses que estaba en tu espera escribí gran parte de este estudio y el solo hecho de saber que llegarías a nuestras vidas me alentó para darle término. Te agradezco por la dulzura y la alegría que le imprimes a esta investigación y a nuestras vidas.

Y ti corazón, mi amado Esteban, por darle sentido a mi existencia. Y por tu generosidad en los afectos, en tu tiempo y en tus conocimientos. Eres la gran bendición de este viaje.

ÍNDICE.

PRESENTACIÓN.	1
PRIMERA PARTE. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.	7
CAPÍTULO 1. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.	8
1.1. Introducción.	8
1.2. Sobre el proceso de envejecimiento.	8
1.3. Principales clasificaciones de la vejez.	14
1.4. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales.	17
1.5. Principales teorías del envejecimiento relacionadas con redes sociales.	30
1.5.1. Teoría de la desvinculación.	31
1.5.2. Teoría del medio social.	33
1.5.3. Modelos de relación persona ambiente.	34
1.5.3.1. Modelo de los efectos ambientales directos e indirectos.	36
1.6. Condicionantes del envejecimiento poblacional.	39
1.7. Información demográfica del envejecimiento en América Latina y el Caribe.	41
1.8. Condicionantes del envejecimiento poblacional en Chile.	44
1.8.1. Mortalidad y esperanza de vida.	45
1.8.2. Fecundidad.	45
1.8.3. Migración.	46
1.9. Situación demográfica de Chile.	47
CAPÍTULO 2. MARCO POLÍTICO, JURÍDICO Y SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE.	48
2.1. Introducción.	48
2.2. Marco político y jurídico de las personas mayores en Chile.	48
2.3. Panorama social de las personas mayores en Chile.	57
2.3.1. Pobreza en edad avanzada.	57
2.3.2. Sistema de pensiones.	58
2.3.3. Empleo y principales fuentes de ingreso.	59
2.3.4. Satisfacción de necesidades.	60
2.3.5. Situación de salud.	60
2.3.5.1. Sistema de salud.	62
2.3.6. Envejecimiento y entorno habitacional.	62
CAPÍTULO 3. ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DEL APOYO SOCIAL.	65
3.1. Introducción.	65
3.2. Definiciones de apoyo social.	65
3.3. Niveles de análisis.	68
3.4. Perspectivas de estudio del apoyo social.	69
3.4.1. Perspectiva estructural.	70
3.4.2. Perspectiva funcional.	72
3.4.3. Perspectiva contextual.	74
3.5. Especificidad del apoyo.	74
3.6. Apoyo recibido versus apoyo percibido.	76
3.7. Fuentes formales e informales del apoyo social.	78
3.8. Efectos positivos y negativos del apoyo social.	81

3.8.1. Efectos positivos del apoyo social.	81
3.8.2. Efectos negativos del apoyo social.	84
3.9. Modelos teóricos del apoyo social.	85
3.9.1. Modelos de Cohen	88
a) Modelos genéricos.	88
b) Modelos centrados en el estrés.	89
c) Modelos de procesos psicosociales	90
3.9.2. Modelo basado en la teoría de las necesidades	92
3.9.3. Modelo de convoy	93
3.9.4. Mecanismos de efectos del apoyo social	94
3.10. Evaluación del apoyo social.	95
3.11. Intervenciones a partir del apoyo social.	100
3.11.1. Perspectiva del empoderamiento: grupos de apoyo y grupos de autoayuda.	105
3.11.2. Intervenciones centradas en las redes formales e informales.	110
a) Intervenciones centradas en redes formales.	110
b) Intervenciones con la familia.	111
c) Intervenciones con los vecinos.	115
d) Intervenciones con redes comunitarias.	116
3.12. Trabajo Social e intervenciones desde el apoyo social.	117
3.12.1. Trabajo Social Gerontológico.	118
3.12.2. Análisis de redes sociales.	120
a) Intervenciones en la red primaria.	125
b) Intervenciones en la red secundaria.	127
c) Intervenciones en la red institucional.	128
3.12.3. Modelo de intervención familiar: terapia en red.	132
3.12.4. Grupos de apoyo.	133
CAPÍTULO 4. EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE APOYO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES.	136
4.1. Introducción.	136
4.2. Aspectos estructurales de las redes de apoyo social.	136
4.2.1. Tamaño de la red.	136
4.2.2. Distribución de la red.	142
4.2.3. Densidad de la red.	155
4.3. Aspectos funcionales de las redes de apoyo social.	156
4.3.1. Tipos de apoyo que dan y reciben las personas mayores.	156
4.4. Principales correlatos del apoyo social en la vejez.	161
4.4.1. Sexo.	161
4.4.2. Salud general.	165
4.4.3. Salud mental.	172
4.4.4. Bienestar y satisfacción vital.	181
4.4.5. Medio rural/urbano.	185
4.4.6. Religiosidad/ espiritualidad.	187
4.4.7. Etnicidad.	189
4.5. Tipologías de redes de apoyo social en personas mayores.	196
4.6. Cuadro resumen sobre evidencia empírica: apoyo social y personas mayores.	199
CAPÍTULO 5. ETNICIDAD. EL PUEBLO AYMARA EN EL NORTE DE CHILE.	203
5.1. Introducción.	203
5.2. Sobre etnicidad.	203

5.3. Institucionalidad de los pueblos originarios de Chile.	206
5.4. Pueblo aymara.	208
5.4.1. Contexto histórico de la presencia del pueblo aymara en el norte de Chile.	208
5.4.2. Cosmovisión aymara.	212
a) Religiosidad aymara.	212
b) Estructura social andina.	213
5.5. Cultura aymara y redes de apoyo social en la vejez.	219
SEGUNDA PARTE. METODOLOGÍA, RESULTADOS Y CONCLUSIONES.	221
CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA.	222
6.1. Justificación.	222
6.2. Objetivos.	223
6.2.1. Objetivo general.	223
6.2.2. Objetivos específicos.	224
6.2.2.1. Descriptivos	224
6.2.2.2. Analíticos	224
6.3. Hipótesis.	225
6.4. Método.	228
6.4.1. Ámbito de estudio.	228
6.4.2. Características sociodemográficas de las personas mayores de la región de Arica y Parinacota.	229
6.4.3. Estrategia de estudio.	231
6.4.4. Sujetos de estudio.	232
6.5. Instrumentos de evaluación.	236
6.5.1. Apoyo social.	237
Inventario de recursos sociales en personas mayores	237
Cuestionario de apoyo social percibido	237
6.5.2. Depresión.	238
Escala geriátrica de depresión	238
6.5.3. Dependencia en actividades básicas de la vida diaria.	238
Índice de Barthel. Escala de actividades de la vida diaria	238
6.5.4. Seguridad del barrio.	239
Escala de valoración de la seguridad del barrio	239
6.6. Análisis de datos y presentación de los resultados.	240
CAPÍTULO 7. VARIABLES RELEVANTES DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.	242
7.1. Caracterización social de las personas mayores de la región de Arica y Parinacota.	242
a) Situación económica y laboral.	242
b) Situación habitacional.	250
c) Antecedentes de salud.	253
d) Situación familiar.	258
e) Participación en actividades sociales.	259
7.2. Caracterización de las redes de apoyo social de las personas mayores de la región de Arica y Parinacota.	262
Aspectos estructurales.	262
a) Tamaño de la red.	262
b) Composición de la red.	264

c) Frecuencia del contacto.	265
Aspectos funcionales.	267
a) Tipo de apoyo social que reciben las personas mayores.	267
b) Reciprocidad del apoyo social.	269
Satisfacción del apoyo social percibido	271
7.3. El apoyo social y su asociación con las principales variables sociodemográficas y relacionadas con la salud.	274
7.3.1. Análisis de las relaciones entre fuentes de apoyo social y variables sociodemográficas y de salud, en función del tipo de apoyo.	275
a) Sexo.	275
b) Rango de edad.	276
c) Estado conyugal.	277
d) Estructura familiar.	279
e) Ocupación.	280
f) Religiosidad.	282
g) Participación comunitaria.	283
h) Depresión.	285
i) Dependencia para realizar actividades de la vida diaria.	287
7.3.2. El papel de la red significativa. La relación entre apoyo social percibido, reciprocidad en el apoyo y variables sociodemográficas y de salud.	289
a) Edad.	289
b) Escolaridad.	290
c) Número de personas co-residentes.	291
d) Número de familiares.	293
e) Salud física y mental.	294
7.4. Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota.	295
a) Apoyo social general y grupos étnicos originarios.	295
b) Aspectos estructurales del apoyo social.	296
c) Aspectos funcionales del apoyo social: según fuente.	297
d) Satisfacción con el apoyo social: según fuente.	301
CAPÍTULO 8. APOYO SOCIAL Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.	303
8.1. Estructura y funciones del apoyo social y bienestar entre las personas mayores.	303
a) Estructura y funciones de las redes sociales y satisfacción con el apoyo social.	304
b) Estructura de la red y percepción del apoyo social.	309
8.2. Apoyo social y bienestar social y psicológico de las personas mayores.	314
a) Dependencia en las actividades de la vida diaria.	318
b) Síntomas asociados a problemas de salud.	324
c) Depresión.	331
d) Percepción de seguridad del barrio	338
CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	346
9.1. Discusión.	346
9.2. Conclusiones.	366
9.3. Aportaciones a la intervención e investigación sociales.	371
BIBLIOGRAFÍA.	376
ANEXOS.	419

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS Y TABLAS.

CUADROS.

Cuadro 1.7.1.	Países seleccionados de América latina y el Caribe: Proporción y tasas de crecimiento de la población de 60 años y más, 2000-2050.	42
Cuadro 3.8.1.	Efectos positivos y negativos del apoyo social.	84-85
Cuadro 3.11.1.	Apoyo social: estrategias y niveles de intervención.	102-103
Cuadro 3.12.2.1.	Tipos de redes y sus componentes.	131

FIGURAS.

Figura 3.7.1.	Perspectiva funcional y estructural del apoyo social.	80
---------------	---	----

GRÁFICOS.

Gráfico. 1.8.3.1.	Tasa de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento en Chile.	46
Gráfico 6.4.4.1.	Distribución de la muestra según pertenencia a una etnia chilena.	235
Gráfico 7.1.1.	Distribución de la muestra en función del ingreso mensual del hogar.	243
Gráficos 7.1.2. y 7.1.3.	Distribución de la muestra en función del origen de los ingresos y de ingresos adicionales del hogar.	244
Gráficos 7.1.4. y 7.1.5.	Distribución de la muestra en función de las personas mayores que trabajan remuneradamente y el tipo de trabajo que desempeñan.	245
Gráfico 7.1.6.	Distribución de la muestra en función del sistema previsional.	246
Gráficos 7.1.7. y 7.1.8.	Distribución de la muestra en función de la satisfacción de necesidades básicas y de participación en programas de vulnerabilidad social.	247
Gráficos 7.1.9. y 7.1.10.	Distribución de la muestra en función del manejo de sus ingresos y de la persona que administra los ingresos.	248
Gráficos 7.1.11. y 7.1.12.	Distribución de la muestra según ejercicio jefatura del hogar (cabeza de hogar) y familiar que la ejerce.	249
Gráficos 7.1.13. y 7.1.14.	Distribución de la muestra según situación habitacional y condiciones de conservación de la vivienda.	250
Gráfico 7.1.15.	Distribución de la muestra según comodidades del hogar.	252
Gráficos 7.1.16. y 7.1.17.	Distribución de la muestra según seguridad del barrio y a quién recurriría en caso de problemas de seguridad del barrio.	252
Gráfico 7.1.18.	Distribución de la muestra según sistema de salud.	254
Gráficos 7.1.19. y 7.1.20.	Distribución de la muestra según inscripción en centro de salud y asistencia a controles médicos.	255
Gráfico 7.1.21.	Distribución de la muestra según síntomas asociados a problemas de salud en los últimos 6 meses.	255
Gráfico 7.1.22.	Distribución de la muestra según nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria.	256
Gráfico 7.1.23.	Distribución de la muestra según Escala Geriátrica de Depresión (GDS).	257
Gráficos 7.1.24. y 7.1.25.	Distribución de la muestra según tenencia de hermanos e hijos vivos.	258
Gráficos 7.1.26. y 7.1.27.	Distribución de la muestra según tenencia de nietos y bisnietos.	259
Gráfico 7.1.28.	Distribución de la muestra según participación en agrupaciones sociales.	261
Gráfico 7.2.1.	Distribución de la muestra según tamaño de su Red Significativa.	263
Gráfico 7.2.2.	Distribución de la muestra según composición de su Red Significativa.	264

Gráfico 7.2.3.	Distribución de la muestra según la frecuencia con los contactos totales de la red.	266
Gráfico 7.2.4.	Distribución de la muestra según grado de Satisfacción con los contactos de la red.	273
TABLAS.		
Tabla 6.4.4.1.	Descripción de la muestra.	233
Tabla 7.1.1.	Distribución de la muestra según actividades que realiza diariamente.	260
Tabla 7.2.1.	Estadística descriptiva del tamaño de la Red Significativa.	262
Tabla 7.2.2.	Distribución de la muestra según frecuencia de contacto con redes informales (no institucionales).	265
Tabla 7.2.3.	Distribución de la muestra según el tipo de apoyo social otorgado por las fuentes informales	268
Tabla 7.2.4.	Distribución de la muestra según Reciprocidad del Apoyo Emocional	269
Tabla 7.2.5.	Distribución de la muestra según Reciprocidad del Consejo.	270
Tabla 7.2.6.	Distribución de la muestra según Reciprocidad del Apoyo Instrumental	270
Tabla 7.2.7.	Distribución de la muestra según satisfacción general de la relación establecida con las fuentes informales.	272
Tabla 7.3.1.	Correlación entre edad y apoyo social otorgado por familiares no cercanos.	289
Tabla 7.3.2.	Correlación entre escolaridad y apoyo social	290
Tabla 7.3.3.	Correlación entre número de personas co-residentes y apoyo social.	291
Tabla 7.3.4.	Correlación entre número de hijos co-residentes y apoyo social otorgado por hijos.	292
Tabla 7.3.5.	Correlación entre el número de familiares y el tipo de apoyo social percibido.	293
Tabla 7.3.6.	Correlación entre satisfacción con los contactos de la red y síntomas asociados a problemas de salud/nivel de dependencia	294
Tabla 7.4.1.	Diferencias según pertenecía étnica en el apoyo social general (funcional, reciprocidad y el percibido total).	296
Tabla 7.4.2.	Diferencias según pertenecía étnica en el tamaño de la Red.	297
Tabla 7.4.3.	Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por el CÓNYUGE.	298
Tabla 7.4.4.	Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por los HIJOS.	299
Tabla 7.4.5.	Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por los AMIGOS.	300
Tabla 7.4.6.	Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por los AMIGOS.	301
Tabla 7.4.7.	Diferencias según pertenencia étnica y satisfacción (evaluación) en las relaciones sociales.	302
Tabla 8.1.1.	Correlación entre tamaño de la red significativa y apoyo social funcional.	305
Tabla 8.1.2.	Correlación entre tamaño de la red significativa y reciprocidad del apoyo.	305
Tabla 8.1.3.	Correlación entre frecuencia de contacto y apoyo social percibido (funcional y reciprocidad).	306
Tabla 8.1.4.	Correlación entre los tres tipos de apoyo funcional y los tres tipos de reciprocidad.	308
Tabla 8.1.5.	Correlación entre satisfacción con los contactos de la red y frecuencia del contacto /apoyo social percibido.	309

Tabla 8.1.6.	Regresión jerárquica para apoyo social percibido según modelos generales de apoyo social.	311
Tabla 8.2.1.	Regresión jerárquica para dependencia en las actividades básicas de la vida diaria según modelos generales de apoyo social.	321
Tabla 8.2.2.	Regresión jerárquica para dependencia en las actividades básicas de la vida diaria según modelos de apoyo social por fuentes informales.	322-323
Tabla 8.2.3.	Regresión jerárquica para síntomas asociados a problemas de salud según modelos generales de apoyo social.	326
Tabla 8.2.4.	Regresión jerárquica para síntomas asociados a problemas de salud según modelos de apoyo social por fuentes informales.	329-330
Tabla 8.2.5.	Regresión jerárquica para depresión según modelos generales de apoyo social.	333
Tabla 8.2.6.	Regresión jerárquica para depresión según modelos de apoyo social por fuentes informales.	336-337
Tabla 8.2.7.	Regresión jerárquica para percepción de seguridad del barrio según modelos generales de apoyo social.	340
Tabla 8.2.8.	Regresión jerárquica para percepción de seguridad del barrio según modelos de apoyo social por fuentes informales.	344-345

PRESENTACIÓN.

La Modernidad ha generado un cambio inédito en la historia de la humanidad: el envejecimiento de la población. Este fenómeno demográfico originado a fines del siglo XX, se profundiza en el XXI y encuentra explicación en cambios culturales, sociales, políticos y económicos que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad, en tanto aumenta la esperanza de vida (Aranibar, 2001; Chakiel, 2000; del Papolo, 2001).

El envejecimiento de la población se ha consolidado en los países desarrollados y se plantea que seguirá intensificándose en el futuro. Esta tendencia también se aprecia en los países en vías de desarrollo, aunque de manera heterogénea (del Papolo, 2001).

En estos últimos el proceso de envejecimiento ha sido rápido. Por ello, las condiciones socioeconómicas y políticas no han permitido desarrollar las medidas correspondientes para dar respuesta a las necesidades de la población de personas mayores. En el caso específico de América Latina, se advierte que muchos países cuentan con precarios servicios de salud, una reducida cobertura en materia de jubilación o bien políticas sociales específicas en vejez insuficientes para dar respuesta a este grupo de edad en constante aumento (Guzmán, Huenchuan y Montes, 2002). En este contexto, las personas mayores hacen uso de sus redes de apoyo social informal para satisfacer sus necesidades e incluso situaciones de supervivencia cotidiana.

De esta manera, el estudio del apoyo social en la vejez cobra relevancia. Ello es así porque contar con redes de apoyo social durante este periodo del ciclo vital se relaciona con dar respuesta a necesidades básicas. Pero quizás lo más importante es la

relación que tiene esta variable con la comprensión del bienestar de las personas mayores, puesto que las redes de apoyo social permiten a las personas mayores mantener vínculos afectivos (sentirse querido, valorado y aceptado), obtener información estratégica en situaciones de la vida diaria, poder apoyar a otros (reciprocidad del apoyo) o participar en actividades sociales. Además, influye positivamente en la salud física y mental, entre otros aspectos positivos que se relacionan directamente con la calidad de vida.

De igual manera, es sabido que en esta etapa de la vida existen mayores probabilidades de experimentar un deterioro económico y de salud (tanto física como mental), pero también que una persona mayor puede verse afectada por el debilitamiento de las redes como consecuencia de la pérdida de la pareja, de los amigos y los compañeros. Frente a estos casos, las redes de apoyo familiar, personales o comunitarias constituyen la estructura de apoyo principal para las personas mayores. En otras palabras, las problemáticas propias de la vejez movilizan la red social.

De esta manera, el presente estudio se centra en analizar el apoyo social en personas mayores en sus aspectos estructurales, funcionales y de satisfacción, incorporando además variables sociodemográficas, de bienestar psicosocial y de salud. Dentro de las variables analizadas destaca la pertenencia étnica, puesto que el estudio fue efectuado en Chile, país que cuenta con un número importante de personas mayores que pertenecen a alguna de las etnias originarias. Cabe resaltar el hecho de que la pertenencia étnica ha sido incorporada recientemente en las discusiones sobre el apoyo social en la vejez (Chappell y Funk, 2011). Se ha comprobado que en determinados grupos étnicos, la etnicidad constituye un recurso social en sí mismo,

incidiendo positivamente en la conformación de redes sociales (Blakemore y Boneham, 1994).

Este estudio pretende, en primer lugar, ser un aporte teórico y empírico en las intervenciones sociales centradas en las redes de apoyo social en personas mayores. Asimismo, busca contribuir al entendimiento de variables primordiales para el logro de un envejecimiento competente y con calidad de vida. Por último, aspira a contribuir a la discusión sobre la inclusión de variables interculturales, como la etnicidad, en el análisis del apoyo social.

Esta tesis doctoral se divide en dos partes. En la primera se realiza una aproximación teórica y empírica a los principales aspectos psicosociales del apoyo social en personas mayores, contextualizando algunos indicadores sociales en Chile. Esta parte de la tesis se divide a su vez en cinco capítulos:

En el **primer capítulo** se describe el proceso de envejecimiento, tanto en su dimensión socioestructural, como en la relacionada con la edad (cronológica, social y fisiológica). Brevemente se analizan las principales clasificaciones, destacando entre ellas la que hace alusión al denominado “envejecimiento satisfactorio”. De igual manera, se describen los principales cambios biológicos, psicológicos y sociales. Se incluyen las principales teorías del envejecimiento que incorporan la variable apoyo social. Finalmente se describen los condicionantes del envejecimiento mundial y los específicos de Chile.

En el **segundo capítulo** se busca contextualizar el fenómeno social del envejecimiento en Chile. Para ello se describen los principales aspectos políticos y legales en relación

con las personas mayores chilenas. Finalmente, se realiza una breve caracterización social, económica y de salud de este grupo social.

En el **tercer capítulo** se aborda teórica y metodológicamente la principal variable de este estudio, el apoyo social. Se trata de dar cuenta de sus principales definiciones, niveles de análisis, perspectivas de estudio, las fuentes formales e informales de apoyo social y los posibles efectos positivos y negativos de este proceso. Posteriormente, se abordan algunos de los modelos teóricos del apoyo social, tales como la propuesta de Cohen, la teoría de las necesidades, el modelo de convoy y los mecanismos descritos por Thoits. Por último, se describe el apoyo social como estrategia de intervención social, enfatizando las experiencias desde el Trabajo Social.

En el **cuarto capítulo** se analiza el sustento empírico para el papel apoyo social en personas mayores. De esta manera se presentan estudios internacionales y algunos específicos de Chile sobre el tema central de esta tesis. El orden de presentación de este epígrafe va desde los aspectos estructurales (tamaño de la red, distribución de la red y densidad de la red) hasta los funcionales (tipo de apoyo que dan y reciben las personas mayores) del apoyo social. Posteriormente, se abordan estudios sobre apoyo social y las siguientes variables: género, salud general, salud mental, bienestar psicológico, satisfacción vital, medio urbano/rural, religiosidad y etnicidad. El capítulo concluye con una propuesta teórica sobre tipologías de redes sociales en personas mayores (Scott y Wenger, 1996).

En el **quinto capítulo**, se abordará los aspectos culturales de la etnia aymara. Teniendo en cuenta que este estudio fue realizado en Chile, se hace relevante incorporar esta

variable en el análisis del apoyo social en personas mayores. De esta manera, se describe brevemente el devenir histórico de este grupo étnico desde su incorporación a la República de Chile (fines del siglo XIX) y se da cuenta de los condicionantes políticos y jurídicos de las etnias originarias chilenas. A continuación se analizan algunos aspectos de la cosmovisión aymara, tales como su organización social, o su visión del ciclo vital. Para dar cierre al capítulo, se incorpora un breve análisis de los aspectos culturales aymaras más relevantes en el ámbito del apoyo social.

La segunda parte de este estudio, que resume la investigación empírica desarrollada, se divide a su vez en cuatro capítulos:

En el **sexto capítulo** se da cuenta de la metodología empleada en este estudio. En otras palabras, se presenta la justificación de la investigación, sus objetivos, hipótesis planteadas y método del estudio (ámbito del estudio, estrategia de recolección de los datos, la muestra y sus características), los instrumentos empleados y una breve descripción del análisis de datos cuantitativos utilizado.

En el **séptimo** y **octavo** capítulos se presentan los principales resultados de la investigación. En el **séptimo** se analizan las variables relevantes del apoyo social percibido en personas mayores (sociodemográficas, de salud y etnicidad), junto con la caracterización social de la muestra y sus correspondientes redes de apoyo social. En el **octavo** se analiza la relación entre el apoyo social y el bienestar en personas mayores. Para ello se consideran las distintas dimensiones del apoyo social, poniéndose a prueba a través de un análisis de regresión jerárquica. Por último, se contrastaron distintos modelos (nuevamente a través del análisis de regresión jerárquica) para

analizar la relación entre apoyo social y diversos indicadores de bienestar psicosocial y en el ámbito de la salud (síntomas asociados a problemas de salud, dependencia en las actividades de la vida diaria y depresión).

Finalmente, en el **noveno capítulo** se realiza una discusión en torno a los resultados obtenidos, integrando los aspectos teóricos y empíricos del apoyo social en personas mayores descritos en los cinco primeros capítulos. Para concluir esta tesis doctoral, se ofrecen algunas conclusiones de especial relevancia, así como algunas implicaciones para la intervención e investigación desde el Trabajo Social a la luz de los hallazgos obtenidos en este estudio.

PRIMERA PARTE:

ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.

CAPÍTULO 1. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

1.1. INTRODUCCIÓN.

En el primer capítulo, se abordará el proceso de envejecimiento en sus dos principales dimensiones. Por una lado como estructura social y por otro como edad. Siendo esta última dimensión la más nombrada en el análisis del envejecimiento, se hará una breve distinción entre la edad cronológica, la edad social y la edad fisiológica. Posteriormente se dará paso al análisis de las principales clasificaciones del proceso de envejecimiento, partiendo desde las clásicas centradas en la edad cronológica hasta aquellas que involucran los diferenciadores funcionales que dan cuenta de un proceso de envejecimiento individual. Brevemente se analizarán los principales cambios biológicos, psicológicos y sociales- jubilación- relacionados con el envejecimiento. Se presentarán las principales teorías psicosociales que explican este proceso y que incluyen la variable apoyo social. Finalmente, se examinarán los condicionantes demográficos del envejecimiento global de la población, contextualizándolos en América Latina y más específicamente en Chile.

1.2. SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

El primer elemento a considerar al abordar la situación social de las personas mayores es la diferenciación existente entre los términos de vejez y envejecimiento. Mientras que el de vejez se presenta como un concepto estático, como una etapa que es vivida en un momento determinado (sobre los 65 años), el concepto de envejecimiento, por su parte, es un proceso que supone continuidad y contiene además la acción de envejecer. En otras palabras, se trata de un proceso permanente que se materializa a

lo largo de la vida. De esta manera, esta investigación se centrará en el proceso de envejecimiento, desde la mirada dinámica que lo caracteriza.

Al procurar conceptualizar el proceso de envejecimiento, se advierte la complejidad de obtener una definición unívoca, al tratarse de un constructo multidimensional que incorpora aspectos sociales, biológicos y psicológicos. Además, el envejecimiento es un proceso vital que engloba en sí mismo a un grupo social heterogéneo, como son las personas mayores. En este sentido, Agulló (2001) hace referencia a la necesidad de entender el envejecimiento como una vivencia heterogénea, que dependerá de las condiciones físicas, psicológicas y sociales del individuo. Esta mirada del envejecimiento como proceso heterogéneo será una idea central de este estudio que trata de observar diferencias en una etapa común del ciclo vital, pero cuya experiencia es única.

Dentro de las propuestas teóricas para comprender el envejecimiento, destaca la que defiende Pérez (1998) quien distingue dos dimensiones en este fenómeno social. El envejecimiento como estructura o sistema social y el envejecimiento asociado a la edad. Lejos de excluirse, ambas facetas representan dos caras del mismo fenómeno social.

De esta manera, la dimensión del envejecimiento como estructura social se identifica con un estado adscrito. En este sentido Laslett (1996) hace referencia a la construcción social del término, que solo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos. La categoría "persona mayor" es, por consiguiente, un "estado adscrito", generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido. Ello

conduce a la inexistencia de una homogeneidad acerca de las características de ese “estado adscrito” y de la fijación de la edad de su inicio. Estos parámetros varían de país a país, de cultura a cultura, y a través del tiempo.

En tanto, la dimensión del envejecimiento asociada a la edad puede ser entendida en dos sentidos. Por un lado, la edad es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender el envejecimiento y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta propias de dicho momento de la vida, configurando así la noción de vejez. Dicho de otra manera, “existiría el concepto de edad [y por lo tanto de vejez] porque la estructura social lo desea” (Pérez, 1998: 21). Como estas dos fuentes actúan simultáneamente, la edad existe en una determinada sociedad y la sociedad se articula en función de las edades. Es decir, “edad y sociedad se contienen una a la otra delimitando el terreno donde surge con propiedad el fenómeno social de la vejez” (Pérez, 1998: 21). Tal como plantea la autora, a su vez la edad implica dos dimensiones. Por una parte la perspectiva biológica – ampliamente utilizada- , y por otro lado una perspectiva social que integra el rol, la función y la dependencia, entre otros factores descriptivos. En concordancia con esta última perspectiva, diversos autores (Aranibar, 2001; Arber y Ginn, 1996; Bazo, 1990; Chackiel, 2000; Rodríguez, 1995; San Román, 1990) concuerdan en el establecimiento de un concepto más amplio de envejecimiento que no solo considere el estado de salud del individuo, sino que incluya además los aspectos sociales, psicológicos, culturales, políticos y tecnológicos, entre otros.

Los diversos marcos conceptuales contemporáneos sobre el envejecimiento incorporan de manera efectiva el término edad en la discusión y el análisis del proceso

de envejecimiento (Arber y Ginn, 1996, Fernández – Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1997; Inga y Vera, 2006; Korotky, 2003, entre otros). Al respecto, Arber y Ginn (1996) identifican tres significados distintos de la edad: la edad cronológica, la edad social y la edad fisiológica, estableciendo la forma en que estos diferentes significados se interrelacionan en un contexto social y cultural determinado. El énfasis se sitúa en el desarrollo de la conexión existente entre edad y relaciones de género. De esta manera se desarrollarán brevemente los tres significados atribuidos a la edad.

La **edad cronológica** es esencialmente biológica y se refiere específicamente al calendario, es decir, al número de años que una persona ha cumplido, lo que significa para el individuo una serie de cambios en su posición dentro de la sociedad, ya que muchas de las normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto dependen de su edad cronológica. Algunas de ellas son elementos explícitos en la legislación, como la edad de votar, la edad mínima para casarse, la edad en que es posible procesar jurídicamente a una persona, la edad de jubilar, la edad para acceder a beneficios estatales, etc. Es importante recordar que algunas de estas restricciones difieren entre hombres y mujeres, como la edad de jubilación, de recibir beneficios estatales, de nupcialidad y, en el pasado, el derecho a voto (Aranibar, 2001).

La edad cronológica viene generalmente acompañada de un fenómeno de identificación con los estadios tradicionalmente reconocidos como constituyentes de la juventud, la edad madura y la vejez. Los primeros estudios sobre envejecimiento mostraban que las personas tienen conciencia de ser primero jóvenes, después adultos y finalmente viejos (Burgess, Cavan y Havinghurst, 1948). Posteriores investigaciones (Busse, Jeffers y Obrist, 1957; Jerrome y William, 1964) indicaron que la identificación

con el grupo de edad (joven, adulto o viejo) no solo dependen de la edad sino también de su estado de salud, etnia, situación socioeconómica y nivel de instrucción. De esta manera la edad cronológica resulta una clasificación meramente objetiva, ya que el envejecimiento está asociado a variables de salud, sociales y económicas.

La **edad social** se construye culturalmente y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas (cuán mayor el sujeto se siente) y a la edad atribuida (la edad que los otros atribuyen al sujeto). Esta dimensión de la edad se basa en la idea de que las capacidades, particularmente la de aprendizaje, disminuyen con la edad. En este sentido, Arber y Ginn (1996), afirman que este “prejuicio” serviría para justificar la institución social de la jubilación fundada en la edad cronológica.

Desde esta perspectiva el envejecimiento social está relacionado con las transiciones que se producen en el curso vital, pero como el momento y sucesión de tales transiciones difieren según se trate de mujeres u hombres (y de acuerdo con la clase social y carácter étnico), el envejecimiento social estaría claramente marcado por el género. De esta forma existiría una “cronología femenina” específica (en el ámbito personal, el reproductivo y el laboral) que va en perjuicio de las mujeres.

El tercer sentido de la edad se refiere al proceso de **envejecimiento fisiológico**, el que se relaciona con la capacidad funcional y con la gradual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza. Entre estas modificaciones destacan cambios o disminuciones en las capacidades sensoriales: alteraciones en la visión, la audición y el tacto suponen dificultades y modificaciones en la percepción del mundo, de sí mismos y de los demás, y eso conlleva efectos en la interpretación de la realidad y del

comportamiento. En cuanto a los cambios motrices, el aumento de la fatiga, problemas como la artrosis y la lentitud motriz, suponen una disminución de la autonomía funcional.

En relación a los cambios cerebrales, la memoria, el aprendizaje y la cognición son funciones que se verán determinadas por los cambios en las células cerebrales. El cerebro de una persona mayor tendrá un 10% menos peso que a los 20 años, pero los cambios no parecen afectar a todas las partes cerebrales por igual, siendo la corteza más afectada que el tronco por la pérdida de células cerebrales. Parece que el papel hormonal de los neurotransmisores y otros elementos fisiológicos en interacción son responsables de las modificaciones en el transcurso de los años (Cacabelos, 2009).

Aunque la velocidad y la distribución temporal de estos cambios fisiológicos varían según la posición de los sujetos en la estructura social –en especial la relativa al género y la clase social– es innegable que durante la vejez se producen muchos cambios específicos de la esfera biofisiológica (Arber y Ginn, 1996).

Las diferencias de género respecto a la mortalidad, así como la frecuencia, tipo y edad del comienzo de las discapacidades están relacionadas con el envejecimiento fisiológico y dan lugar a significativos desequilibrios en la última etapa de la vida. En este sentido, la esperanza de vida de las mujeres es significativamente superior y esta tendencia se va ampliando en países desarrollados (Arber y Ginn, 1991; Vinuesa y Moreno, 2009). La desigualdad por géneros es marcada en el envejecimiento avanzado; pasado los 85 años, la cantidad de mujeres supera a la de los hombres en una proporción de tres es a uno. Esta situación, que supone que la mitad de las

mujeres mayores haya enviudado, mientras que solo tres cuartos de los hombres estén casados, tiene consecuencias en la identidad, las relaciones y las funciones de género hacia el final de la vida.

En resumen, el proceso de envejecimiento es un fenómeno complejo y multidimensional que comprende aspectos de edad (cronológica, social y biológica) y aspectos relacionados con la estructura social. Pero ante todo es un proceso social que se define por roles y funciones específicas.

1.3. PRINCIPALES CLASIFICACIONES DE LA VEJEZ.

Tan difícil como es conceptualizar de manera única el constructo de envejecimiento lo es pretender hacer una clasificación del mismo. Dentro de las clasificaciones realizadas en las ciencias sociales, destacan las clásicas que obedecen a criterios de edad cronológica, posteriormente ampliadas por aquellas que distinguen diferencias en el proceso individual de envejecer y las que actualmente utilizan aspectos netamente funcionales.

Según la clasificación cronológica clásica de Neugarten (1975) nos encontraríamos con dos categorías de vejez: los “viejos-jóvenes”, que abarcaría de los 55 a los 75 años, y la de los “viejos – viejos”, que se situaría a partir de los 75 años. Esta clasificación será reconsiderada posteriormente. Así, por ejemplo, Riley (1988) modifica estos rangos de edad considerando a los “viejos- jóvenes” desde los 65 a los 74 años, y los “viejos – viejos” los situados entre los 75-85 años, considerando personas mayores de 85 como “viejos más viejos”.

Es importante resaltar que estas clasificaciones a partir de la edad cronológica no dan cuenta del proceso de envejecimiento. Como ya se ha mencionado, la edad en sí misma no puede explicar de manera satisfactoria los cambios – físicos, psicológicos y sociales- que varían de individuo en individuo. En esa línea, Busse (1969) establece una distinción entre envejecimiento primario y secundario. El envejecimiento primario guarda relación con los cambios inherentes al proceso de envejecimiento. Por el contrario, el envejecimiento secundario hace referencia a los cambios causados por la enfermedad.

Por su parte, la clasificación funcional de la vejez da espacio a las denominadas vejez normal y vejez patológica(véase Fernández – Ballesteros, 2000). Por vejez normal se entiende aquella que cursa sin enfermedades graves ni dependencia, aunque sí un riesgo de padecerlas al estar asociadas a la edad. Por el contrario, vejez patológica es aquella que está asociada a múltiples patologías y a algún grado de dependencia.

Cabe destacar que esta última clasificación es un tanto insatisfactoria, al resumir de manera dicotómica un proceso notablemente complejo. Por ello, diversos autores (Baltes y Baltes, 1990; Fernández- Ballesteros, 1985; Rowe y Khan, 1998; Triadó y Villar, 2006) proponen como alternativa la distinción de envejecimiento satisfactorio (“successful aging”), o también denominado vejez saludable, competente o con éxito. Este tipo de envejecimiento se entiende asociado a una “baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociadas junto con un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida” (Rowe y Kahn, 1998: 433).

Ello supone que el envejecimiento satisfactorio está libre de enfermedades que generen un grado de dependencia, además de un buen funcionamiento físico y mental que le permitan al sujeto realizar autónomamente las actividades cotidianas. Junto con estas dos dimensiones, la persona debe implicarse activamente con la vida a partir de un patrón de actividades determinado. Rowe y Kahn (1998) plantean que estas actividades son, por una parte, el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias y, por otra, realizar actividades productivas, no únicamente aquellas que tienen una retribución económica, sino que aquellas que, en general, son capaces de contribuir, de una u otra manera, al mantenimiento y promoción del crecimiento personal del sujeto. De esta forma, la implicación en actividades sociales positivas permitirían a la persona mayor obtener apoyo instrumental (dar y recibir asistencia y cuidado directo, resolver algunos problemas cotidianos, etc.) y apoyo emocional (expresar afecto, respeto y comprensión).

En esta línea, Baltes y Baltes (1990) proponen dos criterios- subjetivos y objetivos- que permiten entender el denominado envejecimiento satisfactorio. En lo que respecta a los criterios subjetivos, permiten definir el envejecimiento satisfactorio teniendo en cuenta la visión y sistema de las propias personas mayores, para evitar una tendencia a estandarizar su consideración. Por su parte, los aspectos objetivos, son necesarios para evitar la denominada “paradoja del bienestar” (Mroczek y Kolarz, 1998), es decir, el hecho de que en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas puedan contemplar su situación de forma optimista y satisfactoria.

A modo de síntesis, las clasificaciones de vejez han abandonado el encapsulamiento en rangos de edad cronológica, para dar paso a aspectos funcionales que tratan de entender el proceso de envejecimiento según el nivel de autonomía y las capacidades físicas, cognitivas y sociales del sujeto que le permiten desenvolverse de manera “normal, con éxito, satisfactoriamente” en su contexto social.

1.4. ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO.

El proceso de envejecimiento es patentemente un hecho biológico. Sin embargo, no solo viene acompañado de cambios en esta esfera, sino también en los ámbitos psicológico y social. En este apartado se desarrollarán brevemente los cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimenta el sujeto al envejecer. Se quiere insistir que el tratamiento del tema no es en profundidad dado que el interés de este estudio se circunscribe en lo social.

Ya se mencionaba, que el envejecimiento es indudablemente un hecho biológico que afecta a todos los seres vivos. Desde una mirada médica, el envejecimiento biológico puede definirse, como “el proceso degenerativo multiorgánico de naturaleza multifactorial, que antecede a la muerte” (Ruiz, 2007: 154). Esta definición supone que el patrón de envejecimiento, definido como el grado de afectación a cada uno de los órganos y sistemas del individuo dado y en un momento determinado, es el resultado de factores genéticos y no genéticos diversos. En este sentido, se puede entender el envejecimiento como un deterioro funcional, progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento de riesgo de enfermedades asociadas a la edad (Kirkwood, 1996).

En esta línea, Birren y Zarit (1985: 1) entienden el envejecimiento biológico como “un proceso de cambios en el organismo que, con el tiempo, disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y de adaptación a las demandas ambientales”. Es claro, por tanto, que el proceso de envejecimiento implica cambios biológicos básicos que lo caracterizan. Siguiendo a Cristofalo (1990) dichos cambios se pueden resumir como sigue:

- Cambios en la composición química del cuerpo.
- Cambios degenerativos globales, tal como muestran las medidas básicas de la capacidad funcional.
- Menor capacidad de responder de forma adaptativa a las variaciones ambientales.
- Incremento en la vulnerabilidad a numerosas enfermedades.
- Aumento exponencial de la probabilidad de muerte.

En otras palabras, el envejecimiento es un proceso de declive progresivo o escalonado de las funciones orgánicas, si bien no se debe considerar el envejecimiento como sinónimo de enfermar. Sin lugar a dudas son procesos relacionados, pero no idénticos. El envejecimiento es un proceso gradual, universal e irreversible que, aunque en sentido amplio podría comenzar desde el nacimiento, se suele datar más allá de la adolescencia, cuando cesa el crecimiento físico (Kohn, 1985). La enfermedad, por el contrario, es un proceso que solo afecta a algunas personas, de formas variadas y que puede comenzar en cualquier punto del ciclo vital. La relación entre ambos conceptos estriba en que el envejecimiento conlleva al aumento de las probabilidades de que aparezcan enfermedades. Así, es posible entender el envejecimiento como un proceso ininterrumpido y dinámico que modifica la realidad de una persona, en sus diversos aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

Siguiendo la idea de que el envejecimiento se relaciona con enfermedades Triadó y Villar (2006) establecen una interesante división de los cambios acaecidos en la vejez. Por un lado están los cambios que no producen un aumento de vulnerabilidad a la muerte ni a la enfermedad, como por ejemplo la aparición de canas. Por otro, están los cambios que aumentan la vulnerabilidad a procesos patológicos. Y por último, los cambios que generan la muerte, como puede ser un declive del sistema inmunológico o del sistema cardiovascular. Suele darse con frecuencia durante la vejez el fenómeno de la co-morbilidad (Bermejo, 1993), que supone que un individuo padece varias enfermedades o incapacidades que interactúan entre sí y determinan situaciones de salud difíciles de definir y evaluar (Fried y Wallace, 1992; White et al., 1986).

En esta línea patológica Kohn (1985) realiza la siguiente agrupación de las enfermedades características del envejecimiento:

- Enfermedades universales, progresivas e irreversibles, como puede ser la arteriosclerosis.
- Enfermedades más comunes en la vejez, pero que no afectan a toda esta población. Por ejemplo, el cáncer o la demencia.
- Enfermedades cuya frecuencia no se asocia a la edad, sin embargo sus consecuencias son más graves en el envejecimiento. En este tipo, se puede nombrar las neumonías o las gripes.

Dentro del primer y segundo grupo mencionados se concentran la mayoría de los síndromes geriátricos que pueden ser patologías comunes a otras edades pero que se desarrollan con mayor frecuencia en el envejecimiento. También pueden ser situaciones que acontecen en el envejecimiento como son las caídas.

Junto con el declive funcional y el aumento de la probabilidad de padecer enfermedades, durante el envejecimiento suelen desarrollarse síntomas depresivos

(Ribera, 1998). La predisposición a padecer trastornos depresivos en la población de personas mayores se puede relacionar con los cambios estructurales y bioquímicos que suceden en esa edad. El mismo argumento es válido para el padecimiento de enfermedades somáticas y pérdidas psicológicas tales como aflicción, soledad y pérdida de estatus social previo que se da en este periodo de la vida.

Se debe diferenciar, en todo caso, los sentimientos de tristeza ocasionales de la depresión clínica que supone síntomas persistentes en el tiempo. En otras palabras, la depresión es un “estado en que el paciente sufre una persistencia de los estados de ánimo tristes y pesimistas, una pérdida de interés por todas las actividades, una disminución de energía, etc.” (Conde y Jarne, 2006: 346), que suele ir acompañado de síntomas somáticos como la fatiga, insomnio, alteraciones de apetito, entre otros, y trastornos cognitivos como la pérdida de memoria, dificultad de concentración, etc. Es frecuente en las personas mayores desarrollar síntomas de apatía, más que síntomas emocionales y de igual manera hay una mayor presencia de síntomas somáticos. En este sentido, Pitt (1986) hace referencia a la dificultad de diagnosticar la depresión en personas mayores, puesto que este grupo suelen referir los síntomas mediante manifestaciones somáticas, siendo habitual por tanto un solapamiento con las enfermedades físicas.

Ya Williamson et al. (1964) señalaban que los trastornos depresivos suelen pasar inadvertidos por los médicos, asociándose sus manifestaciones más bien al proceso de envejecimiento. Posteriormente, Goodstein y Ferrell (1977) hablan de esta confusión sintomatológica con algunas alteraciones como la demencia y otros desórdenes neurológicos. En esta línea de sintomatologías confundidas con trastornos depresivos,

destacan el análisis con hidrocefalias (Rosen y Swigar, 1976), con el hipotiroidismo (Taylor, 1975) e incluso manifestaciones de procesos cancerosos (Hollister, 1983). En esta problemática relacionada con la identificación de trastornos depresivos, estos suelen ser asociado con altos niveles de sintomatología disfórica (Blazer y Williams, 1980; Gillis y Zabow, 1982; Newmann, Engel y Jensen, 1990).

De hecho, es posible señalar que los síntomas de depresión en las personas mayores están condicionados, precisamente, por la edad. En efecto, tal y como señalan Buendía y Riquelme (1994), existen características específicas de los cuadros depresivos en las personas mayores, pudiendo resumirse en las siguientes dimensiones:

- Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
- La frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor.
- Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y particularmente importante cuando viven solos.
- Frecuentemente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- Especial relevancia de trastornos del sueño.
- Frecuentes somatizaciones ansiosas.

Esta forma de abordar la depresión (en páginas posteriores se recupera esta temática) pone de manifiesto la importancia de tomar en consideración la relación entre envejecimiento y cambios anímicos, hasta el punto de que las formas en las que se observan los síntomas de depresión entre las personas mayores son claramente específicas. Evidentemente, los procesos emocionales en la vejez no constituyen el único ámbito psicológico en el cual se ha centrado la investigación previa. Así, por ejemplo, la discusión en torno a los cambios en la personalidad constituye un ámbito

en el que ya autores clásicos como Watson (1954), Riegel (1959) y Neugarten (1964,1972) postulaban una continuidad de la personalidad a través de los años, si bien es razonable suponer que se pueden producir cambios en la personalidad provocados por cambios corporales, por los roles sociales, por las diferencias generacionales, pérdidas afectivas y familiares, entre otros factores de estrés (Rodríguez, 1989). También el estudio de los cambios motivacionales tiene especial protagonismo. Así, diversos estudios señalan que las personas mayores muestran una menor motivación, que a su vez se traduce en la realización de menos actividades (Chapin y Brail, 1969; Mishara y Riedel, 1986). Moragas (1998) explica esta situación por el hecho de que disminuyen las oportunidades de competitividad y de realización en términos generales.

Sin embargo, el ámbito de investigación más activo en las últimas décadas está relacionado con los procesos cognitivos. El planteamiento de inicio es que, en términos cognitivos, el envejecimiento supone un declive (Birren y Schaie, 1977; Bromley, 1974; Junqué y Jódar, 1990; Spirduso y MacRae, 1977). El declive en el desempeño cognitivo se produce por el enlentecimiento general de la velocidad de transmisión neuronal (Cerella, 1985; Salthouse, 1996), cuya evidencia empírica parece claramente establecida. Así, el estudio realizado por Junqué y Jódar (1990) muestra que las medidas de velocidad motora-perceptiva comparten mucha varianza asociada a la mayor edad en el desempeño de un amplio rango de tareas cognitivas. El estudio realizado por Baltes (1997) muestra que la correlación entre la edad y los aspectos cognitivos es alta y explica hasta en un 35% la variación individual. Siendo esta relación tal que, a mayor edad, hay un mayor deterioro de habilidades cognitivas, hecho que se

explica por el proceso degenerativo de todo el soporte biológico de la cognición, especialmente, del sistema nervioso y perceptivo (Smith y Baltes, 1996; Véliz, Riffo y Arancibia, 2010).

El declive cognitivo puede afectar directamente al lenguaje, tal y como establece la denominada teoría de la “disminución de la capacidad de la memoria operativa” (Carpenter, Miyake y Just, 1994; Just y Carpenter, 1992; Kemper y Kemtes, 1999), según la cual la memoria operativa experimenta una disminución en su capacidad de trabajo como consecuencia del envejecimiento. Este hecho, a su vez, impondría limitaciones a la habilidad de las personas mayores para comprender o producir oraciones semántica o sintácticamente complejas (Véliz, Riffo y Arancibia, 2010).

Autores como Mishara y Riedel (1986) plantean que, en términos generales, aunque varíe de individuo en individuo, se produce una reducción en la capacidad de recibir y tratar las informaciones concernientes al entorno. En términos sensoriales se ve afectado el ámbito auditivo (Cañete, 2010; Fozard y Gordon- Salant, 2001), el visual (Fozard et al., 1977; Kline y Scialfa, 1996, Schaie y Willis, 2003; Weale, 1988) y de igual manera el gusto y el olfato (Nordin, Monsh y Murphy, 1995; Weiffenbach, Tylanda y Baum, 1990). De la misma forma, fruto de la disminución de masa muscular se produce una disminución de la motricidad, en términos del tiempo de respuesta (Belsky, 2001). Más aún, a partir de la teoría del déficit sensorio- perceptivo o de la señal degradada (Baltes y Lindenberger, 1988), se plantea un declive de los procesos sensoriales y perceptivos asociado al envejecimiento- principalmente, audición y visión- lo que produce entradas erróneas o incompletas en las computaciones de bajo nivel implicadas en la codificación fonológica y ortográfica (Véliz, Riffo y Arancibia, 2010).

Ahora bien, pese a que la mayoría de las habilidades van disminuyendo de manera progresiva durante la vida adulta, hay otras que se mantienen en etapas tardías e incluso algunas mejoran, como por ejemplo ciertas habilidades lingüísticas, la inteligencia emocional y la sabiduría (Bäckman y Nilsson, 1996; Baltes y Staudinger, 2000; Labovief- Vief, 1999;). De hecho, existe notable controversia en torno a la disminución de la memoria a medida que se envejece. En este sentido, Moragas (1998) señala que en la vejez se recuerda mejor lo remoto y lo ecoico, en contraposición a lo señalado por diversos autores (Gely- Nargeot, 1997; Naveh-Benjamin, 2000; Paas, Camp y Rikers, 2001; Swanson, 1999; Wilson et al., 1999) que muestran que la memoria a largo y corto plazo resultan inferiores en personas mayores. Es relevante para este debate el estudio realizado por Montorio (1994), que mediante una revisión crítica de los diversos estudios, instrumentos y técnicas aplicadas en la investigación de la memoria en la vejez, concluye que la disminución de esta capacidad está asociada a múltiples factores y no solo a la edad.

Siguiendo el modelo de memoria de Atkinson y Shiffrin (1968), la memoria sensorial no parece sufrir grandes cambios (Gilmore, Allan y Royer, 1986; Manning y Greenhut-Wertz, 1990). Tampoco la memoria a corto plazo experimenta un declive significativo, salvo en situaciones de demencia. Ahora bien, dentro de la memoria a corto plazo el subsistema de trabajo padece un deterioro significativo a partir de los 70 años (Paas, Camp y Rikers, 2001). Finalmente, en la memoria a largo plazo, solo la memoria episódica sufre un declive significativo en el envejecimiento (Naveh-Benjamin, 2000; Swanson, 1999; Wilson et al., 1999).

Otro ámbito de debate especialmente relevante en la investigación previa es el que tiene que ver con la inteligencia, en cuyo marco se advierten perspectivas antagónicas por la prevalencia de dos modelos sobre el envejecimiento. Por una parte, el modelo del *declive* y, por otro, el modelo del *ciclo vital* (Pousada y de la Fuente, 2006). El primero, postula el deterioro de las funciones cognitivas y de la inteligencia a medida que se avanza en edad, estableciéndolo como un hecho necesario e irreversible. El segundo, plantea que ciertas funciones con la edad maduran, mientras otras pueden retroceder; sin embargo dichos cambios no serían irreversibles.

Un interesante análisis surge de la teoría de los dos factores en la inteligencia (Cattell, 1963; Horn, 1968). Según esta teoría, la inteligencia está constituida por dos factores. El primero es la denominada inteligencia fluída, la que está estrechamente ligada al funcionamiento fisiológico y neurológico y se expresa en la resolución de tareas abstractas y novedosas. A medida que las estructuras nerviosas se deterioran con el tiempo, se advierte un declive en la inteligencia fluída. El otro factor lo constituye la inteligencia cristalizada, que se identifica con los conocimientos y habilidades que se adquieren al pasar el tiempo, depende menos del funcionamiento nervioso y más de la experiencia acumulada, no se deteriora con el tiempo e incluso puede mejorar (Belsky, 2001; Pousada y de la Fuente, 2006).

Parece, por tanto, que el declive de las funciones cognitivas – más allá del desarrollo de enfermedades degenerativas concretas, como puede ser el alzhéimer y la demencia – es un proceso característico de la vejez. Ahora bien, existen importantes debates en torno al alcance de dicho proceso y de su universalidad, tanto en términos de las funciones afectadas como en términos poblacionales. Está fuera de toda duda, en todo

caso, que las funciones cognitivas y los procesos emocionales constituyen los dos ámbitos principales de cambio y eventual deterioro durante la vejez desde el punto de vista de la investigación de los procesos psicológicos.

El mismo argumento puede aplicarse a la jubilación (es decir, el paso de una vida laboralmente activa a una pasiva) en el ámbito de la investigación de los procesos y cambios sociales. De hecho, la jubilación tiende a ser identificada con la vejez. En otras palabras, se entiende como parte de la identidad social de las personas jubiladas el hecho de ser viejo (Navarro et al., 2006). Sin embargo, la jubilación no puede considerarse una situación exclusiva de las personas mayores de 65 años, puesto que por motivos voluntarios o circunstancias vitales una persona puede jubilarse antes de cumplir dicha edad. Tal como plantea Lainéz (2004: 48) “jubilación y vejez son dos condicionantes no intercambiables, a pesar de que existen modelos diferentes de envejecer, el proceso de envejecimiento tiene un carácter universal mientras que la jubilación solamente es una circunstancia que afecta a una parte de las personas que envejecen”.

Autores como Guijarro (1999) defienden que la jubilación define la llamada “vejez social”, puesto que sus orígenes históricos y culturales se remontan a épocas en que efectivamente en torno a los 65 años se producía un declive de las capacidades de rendimiento productivo de los trabajadores y una mayor proximidad a la muerte. Es evidente, sin embargo, que en la actualidad muchas personas postergan la edad de jubilación, incluso algunas comienzan a trabajar en edades tardías. Tal como plantean Navarro et al. (2006) la edad dejó de ser un criterio válido para identificar las aptitudes, capacidades, habilidades o necesidades de las personas. Los criterios a

considerar para dar paso al cese formal de la actividad laboral remunerada, han de ser el tipo de actividad, la eficacia, la creatividad, la trayectoria laboral, las condiciones laborales, la personalidad, el estado civil, el estado de salud o los acontecimientos estresantes.

Sea como fuere, el fin de la actividad laboral genera una serie de cambios en términos sociales que en gran medida se asocian con la vejez. Mota y López (1998), dan cuenta de tres cambios fundamentales que acompañan a la figura de la jubilación:

- Cambios en las fuentes de ingresos, que generalmente se traduce en una reestructuración de los gastos al percibir un ingreso menor.
- Reorganización de las relaciones sociales, dado que muchas de ellas giraban en torno al trabajo.
- Cambios en el status social adscrito a las personas jubiladas y que mantiene, por una lado, fuertes cargas de desvalorización social y por otro, la llave de acceso a ciertos beneficios y prestaciones sociales.

De los cambios antes mencionados, uno de los más relevantes está relacionado con el ámbito económico, que suele reproducir las condiciones socioeconómicas de las personas antes de jubilarse. Es decir, una persona que trabajó en un sistema formal de trabajo, suele contar con una jubilación más segura que quienes no pudieron acceder a estas condiciones. De igual manera las cantidades cotizadas se reflejan en el importe a percibir en la jubilación por lo que las personas más desprotegidas, como mujeres que desarrollan labores domésticas o personas que trabajaron en sistemas informales del mercado, suelen ser los sectores más vulnerables en la vejez.

Al realizar una breve revisión de la evidencia empírica en torno a las consecuencias del proceso de jubilación surge como una variable interesante de analizar el género. En este sentido estudios como el realizado por Kim y Moen (2002) refieren que las

mujeres suelen estar menos satisfechas tras la jubilación, algo en lo que inciden factores como un peor estado de salud y un menor nivel de ingresos. Como ya se mencionaba, las mujeres que han desarrollado labores domésticas o bien periodos que dedican a esta responsabilidad, presentan discontinuidad laboral y suelen tener condiciones más desventajosas en materia de pensión (Madrid y Garcés, 2000).

Navarro et al. (2006) analizan el proceso de adaptación a la jubilación a partir de cuatro variables como son estado civil, nivel educativo, nivel de ingresos económicos y categoría laboral. En cuanto al estado civil, los autores indican que las personas mayores casadas cuentan con una fuente mayor de apoyo en el periodo de transición a la jubilación y en la jubilación misma. La mayoría de las personas casadas se ajustan mejor a este proceso y muestran mayor satisfacción.

El nivel educativo también resulta ser una variable relevante en el ajuste a la jubilación. Así lo confirman Navarro et al. (2006), encontrando que cuanto mayor es el nivel educativo, mejor suele ser la adaptación a la jubilación, ya que suele planificarse antes de dar paso a este proceso.

Indiscutiblemente, una variable central en el análisis de la adaptación a la jubilación es el nivel de ingresos económicos. Según confirman Navarro et al. (2006) se espera que un ingreso insuficiente y problemas financieros estén asociados con la insatisfacción y el mal ajuste a la jubilación.

Finalmente, la categoría y los factores laborales de la persona jubilada también repercute en el este proceso de adaptación. Navarro et al. (2006) afirman que aquellas personas que trabajaron en ámbitos pocos prestigiosos o reconocidos presentan un

proceso más complejo de adaptación. En cambio, quienes se desarrollaron en sectores de reconocimiento personal y profesional, una vez jubilados suelen mantener un mayor contacto con profesionales, implicarse con más frecuencia en trabajos de tiempo parcial, etc.

El estado de salud también incide en la vivencia de la jubilación. De esta manera, Iglesias, López y Díaz (2001) defienden que el estado de salud puede adelantar o atrasar el retiro laboral. Asimismo, diferentes estados de salud pueden favorecer o limitar la realización de actividades y contactos sociales tras jubilar.

Tras la desvinculación del mundo laboral con la jubilación, la disponibilidad de tiempo es uno de los principales bienes con que cuenta una persona mayor. La ocupación de tiempo libre y el tipo de actividades que se realiza son fuente de satisfacción y bienestar en la persona mayor. Autores como Bueno, Vega y Buz (1999) refieren que la jubilación es una oportunidad para el desarrollo personal y social y para la implicación en diversas actividades. Moen et al. (2000) refieren que el participar en actividades sociales ayuda al proceso de transición tras la jubilación, además de favorecer el desarrollo personal y la integración social del individuo.

A modo de resumen, podemos concluir que durante el envejecimiento se advierte una tendencia al declive de las funciones orgánicas- fisiológicas, cognitivas, sensoriales, emocionales o motivacionales, entre otros. Sin embargo, se trata de un proceso gradual y que dependerá de la capacidad individual y del contexto social en que se circunscriba el sujeto. Desde un ámbito social los cambios más relevantes están asociados a la jubilación y al uso del tiempo libre. Al igual que en el caso de los factores

psicológicos, el afrontamiento de dichos acontecimientos también depende de condicionantes individuales y sociales.

1.5. PRINCIPALES TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO RELACIONADAS CON REDES SOCIALES.

Analizar el envejecimiento desde una perspectiva teórica resulta un esfuerzo complejo. Por una parte ha de tenerse en cuenta que desde un punto de vista social las teorías solo podrán describir y en algunos casos predecir algunos cambios. En este sentido, tal como plantea Fernández Ballesteros (2000), difícilmente podrán “explicar” y/o predecir un proceso individual, que difiere de individuo en individuo y que además es multidimensional.

Por otro lado, existe una amplia multiplicidad de teorías del envejecimiento. Cabe destacar que desde la sociología y psicología, a partir de la década de los 50, se han elaborado diversos planteamientos teóricos, de entre los que destacan los siguientes: la teoría del desarrollo, el enfoque del ciclo vital, la teoría de la desvinculación, la teoría de la actividad, la teoría de los roles, la teoría de la estratificación social y la teoría de la continuidad. Precisamente, en este epígrafe se abordarán las principales teorías y modelos teóricos de las ciencias sociales que permiten entender el envejecimiento a partir de los recursos sociales, como son las redes de apoyo social.

1.5.1. Teoría de la desvinculación.

Ya se advertía la existencia de múltiples teorías psicosociales que explican el proceso del envejecimiento. Sin embargo, siendo el eje de análisis de esta investigación la vinculación de las personas mayores con sus redes sociales, cobran especial relevancia propuestas teóricas como la teoría sociológica de la “desvinculación social”.

También denominada teoría del retraimiento, desenganche o ruptura fue planteada inicialmente por Cumming y Henry (1961), quienes analizaron dos grupos de adultos de 50 a 70 años (172 sujetos) y de 71 a 90 años (107 sujetos) que les permitió afirmar que la desvinculación es un proceso inevitable en que el sujeto rompe las relaciones individuo – sociedad. En otras palabras, los autores plantean que las personas mayores tienden a desarraigarse y desconectarse socialmente.

Siguiendo la tesis central de esta teoría, durante el envejecimiento se produce un retraimiento recíproco de la sociedad y del individuo: el individuo deja poco a poco de mezclarse en los marcos convencionales de vida en sociedad y ésta le ofrece cada vez menos posibilidades de todo tipo de participación, liberándole de gran parte de sus obligaciones y roles sociales, lo que hace que la persona se sienta feliz y satisfecha. Esta desvinculación resultaría, asimismo, positiva para la familia y las relaciones más cercanas, ya que ofrece la posibilidad de buscar sustitución de tareas para la persona mayor, o de reorganizar los roles. Es decir, se postula que la desvinculación es funcional para todos los que están implicados con esta situación.

Como plantea Agulló (2001), esta propuesta teórica se puede resumir en las siguientes premisas:

a) El proceso de desvinculación de las personas que envejecen y la actitud de la sociedad ante ello es algo natural; b) este retraimiento que se produce es recíproco; c) este proceso es algo inevitable; d) este desacoplamiento, que puede ser iniciado por la persona o por la sociedad, resulta gratificante y beneficioso porque contribuye a mantener el equilibrio y el orden social y a disminuir el conflicto intergeneracional; y e) es necesario para un envejecimiento con éxito a nivel personal (mayor tranquilidad y libertad para el mayor) y social.

Diversos autores (Bazo, 1990; Rubio, 1996) encasillan esta propuesta teórica en los planteamientos generales del funcionalismo sociológico, ello por cuanto “considera necesario tal abandono para la supervivencia de la sociedad en la medida en que la retirada de los mayores va poniendo el poder a disposición de los jóvenes” (Bazo, 1990: 9).

La teoría original de Cumming y Henry (1961) ha generado dos derivaciones. Por una parte, la denominada teoría de la “**desvinculación – vinculación selectiva**”, representada por Neugarten (1968) y Neugarten, Havighurst y Tobin (1961, 1968), quienes proponen que en el envejecimiento se produce una reestructuración de las actividades sociales, un cambio cualitativo, más que una desvinculación. Esto se traduce, por ejemplo, en que al dejar de trabajar el sujeto aumentará otros tipos de contactos como lo son la familia y los amigos, y ello supondrá una compensación.

Posteriormente, en 1971, Gordon y Schneider van a considerar que la desvinculación es siempre parcial y nunca total. En otras palabras, las personas mayores se retiran de ciertas actividades producto de su edad, pero pueden mantener e incluso incorporar

nuevas; los factores que pueden incidir en este proceso son, entre otros, la satisfacción con la vida pasada, el estado de salud, el género y el nivel educativo.

En segundo lugar, nos encontramos con la teoría de “**la desvinculación transitoria**”, vertiente encabezada por Lehr (1969), Lehry Rudinger (1970) y Dreher (1969 y 1970). Dichos autores incorporan a esta propuesta teórica la idea de que “una alta satisfacción asociada a escasos contactos sociales podría ser una forma de reacción a determinadas situaciones de sobrecarga” (Agulló, 2001: 221). Por ejemplo, una persona tras jubilarse en un primer momento verá una disminución de sus redes sociales. Si tras esta primera fase se produce una adaptación, generándose una renovada vinculación social, nos encontraríamos ante una desvinculación transitoria. En otras palabras, esta teoría propone que en la vejez se produce una desvinculación temporal, siendo especialmente relevante enfatizar este carácter transitorio de la desvinculación. Esta sería más bien un momento de crisis que un resultado definitivo del proceso de envejecimiento.

1.5.2. Teoría del medio social.

Gubrium, en 1972, desarrolla la denominada “teoría del medio social”, que sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de condiciones biológicas y sociales. Ello supone que el medio en el que viven las personas mayores engloba no solo el contexto social (con sus normas), sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Según este punto de vista, sobre el nivel de actividad de un individuo de edad influyen tres factores valiosos: la salud, el dinero y los apoyos

sociales. Estos factores procedentes del medio social pueden influir de manera positiva o negativa en la vejez (Mishara y Riedel, 1986).

Durante la vejez, el estado de salud, como ya se ha dicho, suele ir acompañado de diversas enfermedades propias de la edad o bien de otras que acentúan la situación de vulnerabilidad. Siguiendo esta teoría un mal estado de salud o estar propenso a ello, limita el desarrollo de ciertas actividades.

El ámbito económico, como también se ha mencionado, constituye otro elemento que aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores, sobre todo de mujeres y hombres que no trabajaron en contextos formales de empleo. Obviamente, esto constituye una limitación para participar en actividades.

Por último, la existencia de apoyos sociales incide directamente en la participación en actividades. Más adelante se analizará con detalle la influencia directa que tienen las redes de apoyo familiar como el cónyuge, hijos, nietos y otras familiares, junto con la existencia de amigos, vecinos y compañeros de agrupación.

De esta manera, esta teoría plantea que el comportamiento durante la vejez se ve afectado por condicionantes biológicos y sociales. Dentro de los condicionantes sociales, destaca el apoyo social que disponga la persona mayor.

1.5.3. Modelos de relación persona – ambiente.

Desde la psicología ambiental surge esta propuesta elaborada inicialmente por Stokols en 1987, que supone entender el comportamiento de las personas mayores en virtud de su ambiente sociofísico. Tal como señala Fernández – Ballesteros (2000), un

elemento central para entender esta propuesta teórica es el concepto de “congruencia persona- ambiente”, que supone “la existencia de un equilibrio entre las necesidades, disposiciones de las personas y las oportunidades de acción que ofrece el ambiente” (Carp, 1987: 252).

Con objeto de entender esta propuesta y su aplicación en la vejez, se hace necesario abordar las dimensiones sociofísicas del ambiente (Kleemeier, 1959) y el concepto de compatibilidad persona – ambiente (Kaplan, 1983).

Dimensiones Sociofísicas: Ya en 1959 Kleemeier realizó un estudio de residencias para personas mayores en EEUU, a partir del cual construye tres dimensiones sociofísicas del espacio de dichas personas:

1. La dimensión *reunión*, que refleja hasta qué punto actividades similares son realizadas por personas en un lugar al mismo tiempo. A partir de esta dimensión se analiza la co-actuación de los sujetos.
2. La dimensión de *segregación*, que se refiere a aquel lugar diferenciado, física y/o socialmente, de los lugares comunitarios habitables. En base a esta dimensión se analiza la tendencia al aislamiento.
3. La dimensión de *control*, que está definida por el grado en que los residentes se oponen a las regulaciones normativas y de conductas existentes o a los planes y decisiones de los administradores o gestores de la institución. Desde esta dimensión se analiza el grado de consenso social de los miembros de la institución.

Cabe destacar que la influencia lewiniana del autor le lleva a entender que cada dimensión es una estructura sociofísica que supone la fusión de aspectos humanos (necesidades o demandas individuales y sociales) y variables físicas (características del ambiente).

Compatibilidad persona – ambiente: Supone entender las transacciones que se producen entre la persona y su ambiente, lo que supondrá que la persona mayor guíe su interacción con el ambiente en función de planes específicos. Se habla de compatibilidad cuando se observan coincidencias entre las necesidades e intenciones de las personas y las oportunidades y/o demandas de acción que le plantea el ambiente (Kaplan, 1983).

1.5.3.1. Modelo de los efectos ambientales directos e indirectos.

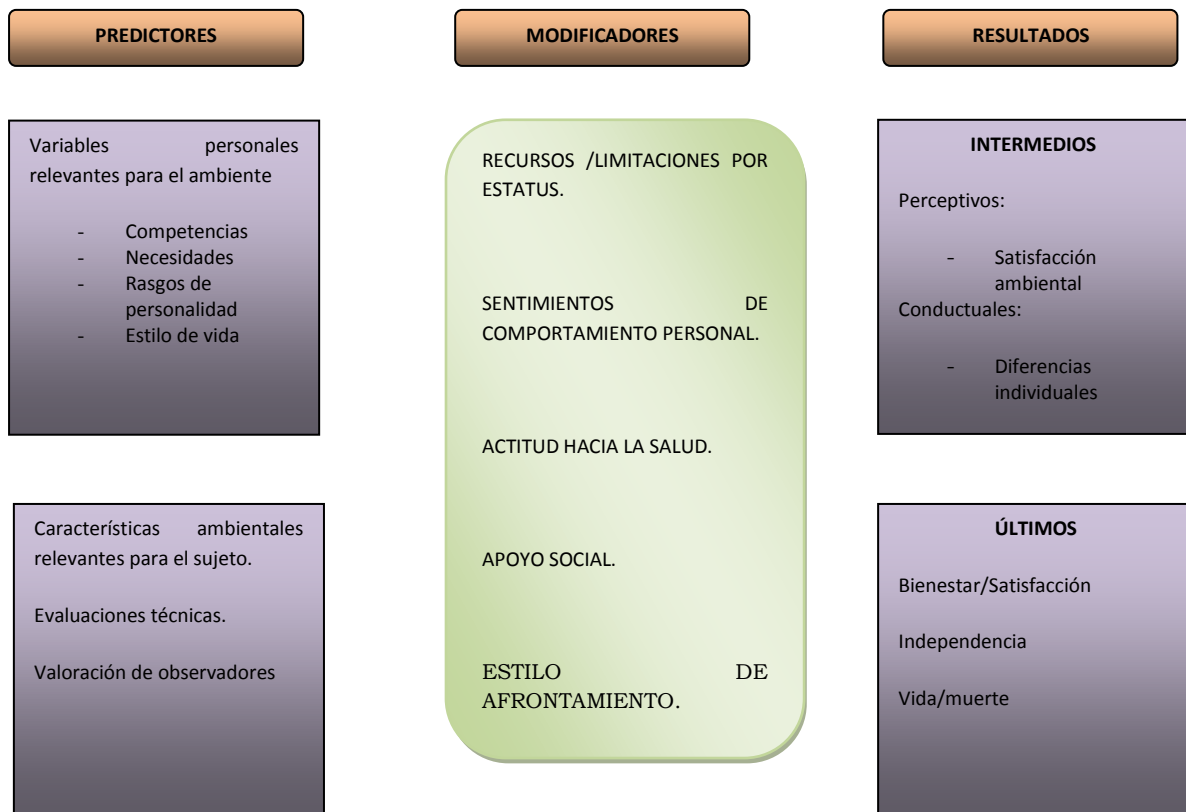
En el marco de los modelos de relación persona – ambiente, Rocío Fernández-Ballesteros (1987) va a elaborar su modelo de efectos directos e indirectos. Esta propuesta teórica plantea que el ambiente tiene efectos directos e indirectos en el individuo conforme a la percepción que el sujeto tenga del mismo y el grado de satisfacción. Las variables ambientales son aspectos relevantes, si bien en función de las características del sujeto.

De hecho, las variables personales son rasgos relevantes para el ambiente específico, tales como competencia, necesidades, rasgos de personalidad, estilo de vida y edad. Además, los resultados de la interacción entre ambiente e individuo pueden ser afectados por características personales de los propios individuos (estilos de

afrontamiento, actitudes hacia la propia salud), por los factores externos (apoyo social) y por sucesos vitales recientes.

Dentro de los resultados de la interacción ambiente- conducta, este modelo distingue entre resultados intermedios, como son la percepción del ambiente o el nivel de satisfacción con el mismo y, también, las diferencias individuales en el comportamiento, y resultados finales, tales como independencia, el bienestar y la supervivencia.

Para entender mejor esta propuesta se incluye a continuación un cuadro que representa gráficamente las principales variables que predicen o modifican el comportamiento de las personas mayores:



Fuente: Izal y Fernández- Ballesteros (1990: 191).

Sintetizando lo hasta aquí tratado, puede señalarse que el proceso de envejecimiento conlleva toda una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Los cambios en los ámbitos biológicos y psicológicos suelen relacionarse con el declive funcional. Sin embargo, en términos sociales este declive funcional pareciera depender de múltiples factores, entre el que destaca el apoyo social. En esta línea, las teorías anteriormente expuestas ponen de manifiesto la importancia de contar con soportes de apoyo social durante la vejez para entender no solo la experiencia subjetiva de este proceso vital, sino también para comprender fenómenos tan relevantes como la calidad de vida de las personas mayores. De esta manera, la teoría de la disvinculación selectiva muestra que las personas mayores modifican sus vínculos sociales en virtud de sus necesidades. Por tanto, tras la jubilación otros apoyos sociales como la familia y las amistades cobran mayor relevancia. De igual manera, la teoría del medio social destaca la importancia del apoyo social para comprender no solo el comportamiento de las personas mayores, sino también su participación en actividades sociales. Por último, las teorías ambientales resaltan la importancia de los elementos externos al sujeto, como lo es el apoyo social, para comprender su nivel de satisfacción vital.

Además, el proceso de envejecimiento constituye un fenómeno propio de la modernidad. Más aún, todas las teorías analizadas son aplicables a sociedades contemporáneas económicamente desarrolladas y que han alcanzado un determinado nivel de bienestar en ámbitos como la salud. Por tanto, parece necesario establecer que dichos parámetros se ajustan a la sociedad chilena, ya que es en su contexto donde se desarrolla la presente investigación. Precisamente, el último epígrafe de este capítulo se ocupa de dicha cuestión.

1.6. CONDICIONANTES DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

La Modernidad se ha caracterizado, entre otros aspectos, por los cambios en materia demográfica directamente vinculados con el “envejecimiento poblacional”. Diversas propuestas teóricas intentan explicar esta tendencia que suele estar en aumento en países desarrollados y en vías de desarrollo.

A principios del siglo XX, los países desarrollados comienzan a experimentar cambios demográficos que se traducen en términos generales del paso de sociedades con una alta natalidad y alta mortalidad a una caracterizada por una baja natalidad y baja mortalidad. Este cambio en los patrones demográficos básicos está en el origen de transformaciones radicales en la estructura de la población, dando lugar a un conjunto de explicaciones que se resumen bajo la denominación de “teoría de la transición demográfica”.

Autores como Warren Thompson, en 1929, hacía referencia a tres tipos de crecimiento poblacional (Weeks, 1984: 66-67).

“Países de grupo A (Europa nórdica y occidental y EEUU): desde fines del siglo XIX hasta 1927 han pasado de tener tasas de incremento natural muy elevadas a tenerlas muy bajas, y en breve se harán estacionarios y empezarán a decrecer. Grupo B (Italia, España y pueblos eslavos del centro de Europa): Thompson encontró pruebas de un descenso tanto en la tasa de natalidad como en la de mortalidad, pero indicó que parece probable que la tasa de mortalidad siga descendiendo aún durante algún tiempo tan rápidamente, o más rápidamente incluso, que la tasa de natalidad (...).

Grupo C (resto del mundo): en el resto del mundo Thompson halló escasas pruebas de la existencia de control sobre los nacimientos o las defunciones”.

Posteriormente, Notestein (1945) retomó la tesis de Thompson, asignando nombre a los tres grupos. De esta manera denominó “descenso incipiente” al grupo A, “crecimiento transicional” al grupo B y “elevada capacidad de crecimiento” al grupo C. Con ello surge el término de “transición demográfica”, que hace referencia un periodo de crecimiento de país que pasa de tener altas tasas de natalidad y mortalidad a tenerlas bajas, en otras palabras cuando pasa de una situación de alta capacidad de crecimiento a otra de descenso incipiente.

Una propuesta más reciente y que se aplica al contexto latinoamericano, es la desarrollada por Chesnais (1990), quien identifica cuatro etapas en la evolución de la estructura por edades de una población, consecuencia de los procesos demográficos de fecundidad y mortalidad. La primera está asociada a intensos descensos de la mortalidad, con altas tasas de natalidad. Como la baja de la mortalidad en esta etapa ocurre principalmente en edades tempranas, el efecto es similar al aumento de la fecundidad y con ello el rejuvenecimiento de la población. En general, en América Latina este proceso se desarrolló entre los años 1950 y 1965, suponiendo que el 44% de la población total se encontraba en el rango etario de 0 a 15 años.

Posteriormente, sobreviene una etapa de plena transición demográfica que se traduce en un descenso más acelerado de la fecundidad que de la mortalidad, detectándose un envejecimiento por la base de la pirámide, al contraerse el porcentaje de niños/as.

Una tercera etapa puede apreciarse en países que están en una transición demográfica avanzada reciente, como es el caso de Brasil, Cuba y Chile, en los que la base de la pirámide se estrecha, las edades centrales se ven abultadas por la alta fecundidad de un pasado no muy lejano, y se percibe un aumento importante en la proporción de ancianos.

La última etapa descrita por Chesnais (1990), se da cuando la fecundidad es muy baja y las ganancias en mortalidad se dan con fuerza en las edades superiores, de manera que el proceso de envejecimiento se hace más notorio y acelerado. En estos casos se puede hablar de poblaciones envejecidas, en las que el porcentaje de personas mayores de 60 años es cercano al 20%. Los países latinoamericanos más cercanos a esta realidad son Uruguay y Argentina.

1.7. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que fue característico de los países desarrollados. Sin embargo a fines del siglo XX comienza a expandirse a países latinoamericanos en vías de desarrollo, de manera que los pronósticos refieren que el envejecimiento será una característica de ciertos sectores de la región en un futuro cercano.

Guzmán (2002), propone tres principios que caracterizan el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe. En primer lugar, es un **proceso generalizado**. Ello supone que todos los países de la región experimentan un crecimiento sustancial de la población mayor de 60 años, lo que se advierte en términos absolutos y relativos.

El país que encabeza este proceso es Uruguay que en el año 2000 presentaba un 17,2% de personas mayores. En segundo lugar en ese año se situaba Cuba con un 13,7%. El porcentaje de personas mayores de 60 años en Chile (10,2%) situaba al país en quinto lugar en el contexto geopolítico referido. En términos generales, las proyecciones para la región estiman que del año 2000 al 2025 se pase de un 8% a un 14,1%; en tanto en el periodo de 2025 al 2050 aumente a un 22,6%. Se estima que este porcentaje se mantenga más elevado para el caso de las mujeres que de los hombres. Igualmente, se estima que el proceso de envejecimiento será más elevado para países como Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en países de Caribe (Trinidad y Tobago y Barbados) donde más del 20% de su población será mayor de 60 años.

Cuadro.1.7.1. Países seleccionados de América latina y el Caribe: Proporción y tasas de crecimiento de la población de 60 años y más, 2000-2050.

PAÍS	POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD (%)			TASA DE CRECIMIENTO	
	2000	2025	2050	2020-2025	2025-2050
URUGUAY	17,2	19,6	24,5	1,2	1,3
ARGENTINA	13,3	16,6	23,4	1,9	1,9
CUBA	13,7	25	33,3	2,6	0,9
BARBADOS	13,4	25,2	35,4	2,8	1
CHILE	10,2	18,2	23,5	3,3	1,5
BRASIL	7,9	15,4	24,1	3,7	2,3
MÉXICO	6,9	13,5	24,4	3,8	2,8
REP. DOMINICANA	6,5	13,3	22,6	3,9	2,8
BOLIVIA	6,2	8,9	16,4	3,3	3,4
PARAGUAY	5,3	9,4	16	4,4	3,3
HONDURAS	5,2	8,6	17,4	4	3,9
TOTAL AL Y CARIBE	8	14,1	22,6	3,5	2,5

Fuente: Guzmán, 2002: 10.

En segundo lugar, se advierte un **crecimiento acelerado** de esta población distinto al experimentado por los países desarrollados. Por ejemplo, en Estados Unidos la población mayor mostró un aumento de 5,4% en 1903 a 12,8% en el 2000, de manera que el tiempo necesario para duplicar la población mayor de 60 años fue de casi un siglo. En el polo opuesto, se espera que países como Brasil, que actualmente presenta un 5,1% de personas mayores, alcance un 14,5% en el 2040. Se trata de triplicar el porcentaje de población en aproximadamente cuatro décadas.

En tercer lugar, son patentes los posibles **impactos negativos del envejecimiento**, en términos cualitativos y cuantitativos, tales como una alta incidencia de la pobreza, persistente y aguda desigualdad social, baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al adulto mayor. Asimismo, Palloni, Pinto y Peláez (2002) señalan que las cohortes que se incorporan al grupo de adultos mayores pueden presentar mayores índices de vulnerabilidad en el futuro.

Chackiel (2000) incorpora una cuarta característica al proceso de envejecimiento en la región, que no es otra que la **feminización de la vejez**. Ello supone que en edades avanzadas hay un mayor porcentaje de población femenina, diferencia que parece ir en aumento. En términos generales el 8% de los latinoamericanos tiene más de 60 años de edad, mientras que para el caso de los hombres agrupa al 6,7%. El factor que mejor explica esta diferencia es la mortalidad, ya que la esperanza de vida de una mujer latinoamericana es 6,4 años mayor que en el caso de un hombre.

En este contexto, Chackiel (2000) describe la paradoja de las mujeres latinoamericanas, que viven más años que los hombres, pero en la mayoría de los casos deben enfrentar solas (generalmente viudas) o incluso teniendo familiares a su cargo, una vejez precaria, siendo los factores asociados a una vejez femenina precaria el hecho de percibir ingresos bajos y las malas condiciones de salud asociadas a la función reproductiva.

A modo de síntesis, el panorama del envejecimiento en América latina es diverso en cada país, sin embargo la tendencia apunta a una población que también envejece. Destaca el hecho que este continente ha logrado aumentar significativamente su población mayor de 60 años en un periodo más acelerado que los países desarrollados. Otro aspecto a destacar es el complicado panorama social para este grupo en ascenso, puesto que la mayoría de los países no han creado las condiciones institucionales para enfrentar este nuevo panorama demográfico (Chande, 1998), protagonizado en gran medida por las mujeres latinoamericanas.

1.8. CONDICIONANTES DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CHILE.

Chile se encuentra en la etapa denominada de “transición demográfica avanzada reciente”, situación que supone un aumento de la población envejecida que se espera que se mantenga y acentúe en las próximas décadas. Como ya se ha mencionado, los factores demográficos asociados son la disminución de la mortalidad y la disminución de las tasas de natalidad. Brevemente se abordarán los factores demográficos implicados en esta transición demográfica en la población mayor chilena, que constituye precisamente la población objeto de estudio de esta tesis doctoral.

1.8.1. Mortalidad y esperanza de vida.

Tal como refiere el informe desarrollado por Servicio Nacional de Adultos Mayores (SENAMA) en el año 2009, los avances en materia de salud han incidido en el incremento de la esperanza de vida al nacer y el descenso de la mortalidad. A medida que la población envejece el número potencial de años que se puede esperar vivir se incrementa de manera relativa. Este panorama favorable se encuentra determinado por el hecho de que, al superar ciertas edades, se dejan atrás escenarios asociados a enfermedades específicas y contingencias (como los accidentes laborales), relacionados con altas tasas de mortalidad. En otras palabras, cuando una persona supera los 60 años de edad, aumentan las probabilidades de llegar a vivir más allá de los 80 años.

Según los datos más recientes disponibles del INE - CEPAL (2007) el descenso en las tasas de mortalidad de los chilenos es significativamente alto en los últimos 40 años, puesto que en el periodo 1970-1975 se advierte una tasa de 8,9 fallecimientos; en tanto en el periodo 2000- 2005 es de 5,7 fallecimientos.

Otro dato relevante que ponen de manifiesto estos organismos se relaciona con la esperanza de vida al nacer. Así, en el periodo 2005 – 2010 la expectativa de vida al nacer de las mujeres es de 81,5 años, mientras que la de los hombres es de 75,5 años; en tanto la esperanza de vida para el total de la población chilena es de 78,6 años.

1.8.2. Fecundidad.

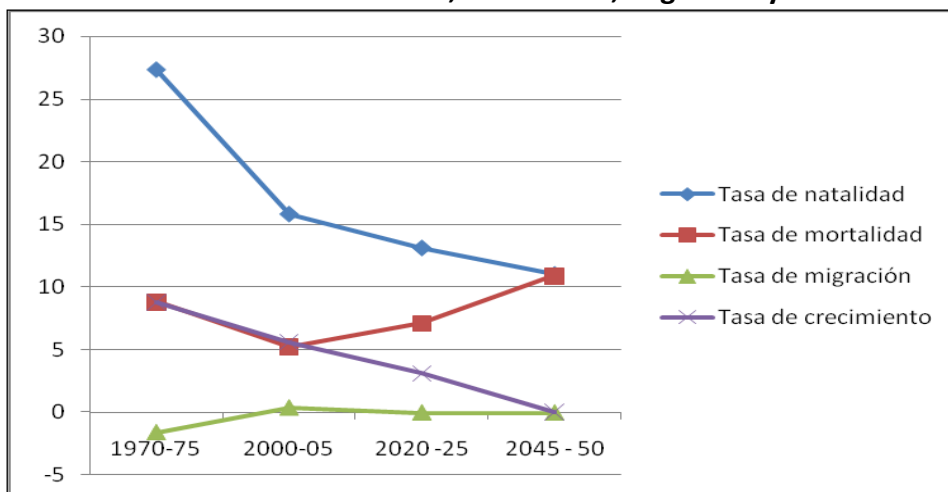
Junto con estos cambios positivos en materia de salud pública, Chile experimenta procesos de cambios en sus patrones socio- culturales propios de una sociedad

moderna, que suponen la disminución de las tasas brutas de natalidad y fecundidad. Esta situación afecta directamente en una escasa renovación demográfica, en otras palabras, en una estructura demográfica que tiende al envejecimiento. En este sentido, el INE - CEPAL (2007) refiere a que en quinquenio 1970-1975 la tasa global de fecundidad se situaba en 3,63 hijos por mujer y desciende a 2,0 en el periodo 2000 – 2005.

1.8.3. Migración.

El fenómeno de migración no es significativo en relación a la transición demográfica en el contexto chileno, al menos no en la misma medida en que es una variable significativa para entender el envejecimiento poblacional en otros países, como por ejemplo España.

Gráfico.1.8.3.1. Tasa de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento en Chile.



	1970-75	2000-05	2020-25	2045-50
Tasa de natalidad	27,3	15,8	13,1	11
Tasa de mortalidad	8,8	5,2	7,1	10,9
Tasa de migración	-1,6	0,4	0	0
Tasa de crecimiento	8,8	5,6	3,1	0

Fuente: INE- CEPAL, 2007.

1.9. Situación demográfica de Chile.

Como ya se ha mencionado, Chile, experimenta una transición avanzada hacia el envejecimiento de su población. Entre los factores incidentes resaltan la disminución de la tasa de mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad.

Los datos muestran que el ritmo de crecimiento del conjunto de la población ha descendido, mientras que el grupo de mayores de 60 años ha aumentado (INE – CEPAL, 2007). De esta manera en el período 1975-2000 fue de 47,9% mientras la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más se situó en 92,6% en el mismo período. Según las estimaciones entre los años 2000-2025 el crecimiento de la población chilena será un 24,3%, mientras que la población de mayores se incrementará hasta llegar a 145,2%. Lo que se traduce en términos porcentuales en que en Chile el 13% de su población son personas mayores. Esta cifra ha ido en un aumento sostenido dado que en el año 2000 equivalía a un 10,2% y se estima para el año 2015 que ascenderá a un 14,8%, en tanto para el 2025 llegará a un 20,1% (INE- CEPAL, 2007).

Al observar el envejecimiento conforme el sexo de las personas mayores, se advierte una diferencia sustantiva. Las mujeres presenta una mayor esperanza de vida respecto a los hombres, conforme el índice de masculinidad (se expresa en el número de hombres por cada 100 mujeres), en el año 1975 la razón era de 77,5 hombres por cada cien mujeres y esta cifra desciende a 76,1 en el año 2000. Los datos indican que de la población mayor, el 43, 8% es masculina frente a un 56,2% de mujeres (MIDEPLAN, 2009).

CAPÍTULO 2. MARCO POLÍTICO, JURÍDICO Y SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE.

2.1. INTRODUCCIÓN.

En el segundo capítulo, se realizará un breve recorrido histórico por los elementos políticos y legales que afectan y están relacionados con las personas mayores en Chile, para luego dar cuenta de los programas sociales específicos que protegen a este grupo social. Por último se presentan los principales datos sociales, económicos y de salud de las personas mayores chilenas.

2.2. MARCO POLÍTICO Y JURÍDICO DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE.

En Chile, tras la recuperación de la democracia en el año 1990, el envejecimiento de la poblacional comienza a ser considerado una problemática social prioritaria para el Estado. Antes de este periodo se advierten algunos lineamientos generales de corte caritativo, para luego dar paso a una comprensión integral del fenómeno desde una perspectiva de derechos. En este línea, Morales (2001) plantea que las políticas de envejecimiento de las personas mayores en Chile han transcurrido desde un enfoque caritativo hacia uno integral.

Para poder entender el contexto socio-político, es importante tener en cuenta que en los primeros años del Gobierno Militar (principios de los 80) Chile optó por un paradigma económico basado en el libre mercado, modelo que se mantiene hasta el día de hoy con algunas modificaciones destinadas a corregir desequilibrios sociales.

Esta tendencia se inició tempranamente en Chile y caracterizó a la mayoría de los países de América Latina. Tal como refiere Pizarro (1999), esta línea de desarrollo económico supuso una apertura hacia el mercado mundial, junto con la retirada del Estado de las actividades productivas. Ello implicó, en el ámbito social, que las políticas de corte universal experimentaron un proceso de focalización en los sectores de la población que mostraban mayores carencias. Al mismo tiempo, el sector privado extendió sus inversiones hacia la educación, la salud y la previsión social. La estrategia de concentración de los recursos para la superación de la pobreza, no resultó ser un avance técnico como se pensaba, más bien al contrario, esta focalización sería “consecuencia del tipo de desarrollo vigente en la región, el que ha producido segmentación y diferenciación social, convirtiendo la selectividad en un hecho insoslayable” (Pizarro, 1999: 24).

Retomando los antecedentes históricos, durante el Gobierno Militar no hubo intervenciones políticas en materia de envejecimiento. Tal como plantea Morales (2001) se desarrollaron los efectos propios de acciones que tenían como norte modernizar al país mediante un modelo económico neoliberal, cuya principal repercusión se aprecia en materia de seguridad social. En este sentido, la gran reforma en materia de seguridad social se realizó entre los años 1980-1981, sustituyendo un sistema público contributivo y segmentado por un sistema de capitalización individual único (Uthoff, 2010). Para ello el Estado traspasó responsabilidades a los agentes privados denominados Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), cuyo objetivo consiste en tutelar el ahorro de los trabajadores para el momento de la jubilación, pero siguió manteniendo a las personas de menores recursos (y quienes no se

cambiaron al nuevo modelo) en el Instituto de Normalización Previsional (INP), de titularidad pública. De la misma manera, en materia de salud se creó un sistema privado para las personas de mayores recursos, llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se mantuvo el sistema público para los grupos más vulnerables en términos sociales, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA).

De esta manera, desde la década de los años 80 la seguridad social chilena puede caracterizarse como un modelo mixto. Cabe resaltar algunas intervenciones del Gobierno Militar en materia de envejecimiento, que se caracterizaban por ser asistencialistas, tales como la creación de la Pensión Asistencial (PASIS) para las persona mayores en situación de pobreza; la creación de la Corporación Nacional para la Protección de la Ancianidad (CONAPRAN), organización de voluntariado femenino que agrupó a los mayores en clubes con fines recreativos y asistenciales; y una política de reajuste de pensiones automática cuando el IPC llegaba a acumular un 15% (Morales, 2001).

En los años 90, tras el retorno de la democracia, el Gobierno elaboró una política específica para el adulto mayor a través de Ministerio de Planificación Social, denominada “Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez: Lineamientos Básicos”, primer documento oficial que reconoce explícitamente el cambio demográfico de la población chilena hacia el envejecimiento. De tal manera, este grupo de edad se convierte en un objetivo prioritario de las políticas sociales.

En el año 1995, se crea una instancia gubernamental que asesorará el diseño e instrumentación de políticas, planes y programas específicos para los adultos mayores.

Este organismo, que inicialmente se denominó “Comisión Nacional para el Adulto Mayor”, posteriormente se transformará en un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio denominado actualmente “Servicio Nacional del Adulto Mayor”(SENAMA).

El SENAMA se promulga bajo la Ley Nº 19.828 en el año 2002 y comienza sus funciones en enero de 2003. Este servicio está sometido a la supervisión del Presidente de la República a través del Ministerio de Planificación (actualmente Ministerio de Desarrollo Social). Su tarea principal es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores chilenas, siendo su misión la de fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo el autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos. Todo ello a través de la coordinación intersectorial en el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas.

Otra instancia institucional de especial relevancia en Chile es el Comité de Ministros del Adulto Mayor, creado en el año 2004, cuya función es definir las líneas de acción común para el desempeño de los distintos ministerios y servicios públicos en materia de personas mayores, realizando evaluaciones con objeto de mejorar las medidas legales y reglamentarias dispuestas gubernamentalmente.

Desde el año 2006, durante el Gobierno de Michelle Bachelet, se comienza a sentar las bases de un sistema de políticas sociales basado en el enfoque de derechos, modelo que se mantiene en la actualidad. Ello supone otro gran cambio a la política social en

Chile, que intenta girar desde un modelo de focalización en los grupos más pobres de la población hacia uno centrado en los derechos del individuo. Para ello el Estado de Chile ha de crear las condiciones para proteger los derechos económicos, sociales y culturales establecidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

El enfoque de derechos humanos se ha ido incorporando paulatinamente en el marco normativo y programático de desarrollo social en los países de América Latina. Tal como plantea Abramovich (2006), en los últimos años esta perspectiva de intervención social ha ido ganando relevancia en la región de América Latina y el Caribe. Junto con ello los Estados de la región han ratificado los principales tratados de derechos humanos y ello supone obligaciones jurídicas internacionales vinculantes (Huenchuan, 2009).

La incorporación de este modelo, a diferencia de los tradicionales que estandarizan las concepciones de humanidad, permite tomar en consideración la situación específica de los individuos y los grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos. En esta línea, Huenchuan (2009) plantea que el proceso de envejecimiento considerado desde esta perspectiva contribuye a la construcción de ciudadanía propias del siglo XXI. Por una parte permite avanzar hacia la integración social en plenitud, dado que cada persona, indistintamente su edad, desempeña una función activa con los derechos y responsabilidades de los que es portadora. Por otra parte, se consolida un sujeto social que reclamara un tratamiento particular conforme a su edad. Finalmente, el enfoque analizado permite expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.

En el plano jurídico, junto con el establecimiento de un servicio específico en materia de vejez (SENAMA), en Chile se han promulgado las siguientes leyes con el objetivo de garantizar los derechos fundamentales de las personas mayores:

NORMA	MATERIA	Año de promulgación
Ley 19.418	Junta de vecinos y demás organizaciones comunitarias (dando cabida a los club de adultos mayores como un organismo comunitario funcional)	1997
Ley 19.828	Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor	2002
Decreto 92	Reglamento del Comité Consultivo del Adulto Mayor	2003
Decreto 93	Reglamento de Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores	2003
Decreto 94	Reglamento del registro de Asociaciones de Adultos Mayores	2003
Decreto 95	Reglamento de los Comités Regionales para el Adulto Mayor	2003
Decreto 115	Reglamento del Fondo Nacional del Adulto Mayor	2003
Ley 20.066	Ley de Violencia Intrafamiliar (reconoce al adulto mayor como un grupo susceptible a experimentar episodios de violencia)	2005
Decreto 8	Decreto que crea los Consejos Asesores Regional de Mayores	2008
Decreto 14	Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía	2010
Decreto 49	Reglamento que regula el Programa de Viviendas Protegidas para Adultos Mayores	2011
Ley 20.500	Ley de asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública	2011

Fuente: SENAMA (2012).

En el plano programático, la política de personas mayores del Estado de Chile define sus acciones en base a tres líneas fundamentales de trabajo: i) el respeto y el desarrollo de los derechos; ii) la red de protección social, y iii) la inclusión social (SENAMA, 2012). De igual manera, se cuenta con un Plan Nacional Conjunto para las personas mayores, que actúa como mecanismo de coordinación y cooperación

intersectorial dirigido a asegurar una gestión ordenada del sector público en esta materia.

Chile cuenta con diversos programas orientados a las personas mayores, destacando aquellos orientados a disminuir los niveles de pobreza en esta población. A continuación se nombrarán las principales iniciativas gubernamentales en los ámbitos de seguridad social, salud y entornos propicios y favorables.

SEGURIDAD SOCIAL	
Pensión Asistencial de Vejez	Pensión mensual que se otorga a las personas mayores de 65 años que carecen de recursos económicos y que no han podido acceder a una pensión por régimen previsional. El beneficiario recibe atención médica gratuita en los consultorios y hospitales públicos.
Pensión Mínima	Pensión mensual permanente y vitalicia que se aplica cuando, al calcular una pensión de acuerdo al régimen previsional que corresponde, el importe de ésta resulta inferior a otro que se considera mínimo, debiendo elevarse hasta alcanzar a este último.
Bono de Invierno	Subsidio equivalente a 61 dólares aproximadamente, que se entrega a beneficiarios de la pensión mínima y asistencial una vez al año.
Bono por hijo nacido vivo	Beneficio otorgado a todas las mujeres que haya o no contribuido al sistema de pensiones durante su vida activa. Se incrementará su pensión a través de una asignación por cada hijo nacido vivo (incluyendo los hijos adoptados). Consiste en un aporte estatal que equivale al 10% de 18 ingresos mínimos mensuales.
SALUD	
Programa de Alimentación Complementaria	Entrega de productos alimenticios (crema y leche) en forma gratuita a las personas mayores en condiciones de alto riesgo (pobreza o aislamiento) afiliadas al Fondo Nacional de Salud.
Programa de Salud del Adulto Mayor	Trabaja a través de los Consultorios de atención primaria en los que se ejecuta el Plan de Control de Salud, e incluye un programa cardiovascular, un programa respiratorio y uno de vacuna antigripal.
Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE)	Recurso establecido por ley dirigido a los afiliados a sistemas públicos o privados de salud, cuyo objetivo es facilitar el acceso a la atención oportuna y a la protección financiera para 40 enfermedades- 16 de las cuales tiene una alta incidencia entre las personas mayores.

ENTORNOS PROPICIOS Y FAVORABLES	
Vacaciones para la Tercera Edad	A cargo del Servicio Nacional de Turismo
Fondo Nacional del Adulto Mayor	Fondo que financia proyectos ideados y ejecutados por las organizaciones de personas mayores
Ayudas técnicas para las instituciones de larga estadía	Desde el año 2003, SENAMA ofrece apoyo técnico a este tipo de instituciones que no tengan fines de lucro.
EDUCACIONAL	
Programa de alfabetización, enseñanza básica y media	Programas desarrollados por el Ministerio de Educación, orientados a la nivelación de estudios básicos en personas mayores.
Programa de Educación Superior	Surgimiento de programas y cursos como diplomados en Gerontología Social, junto con las conocidas universidades para la tercera edad.
Acceso a Nuevas tecnologías- Alfabetización digital	A través de un Convenio entre el SENAMA y la Fundación Todo Chile Enter, se desarrollan cursos de alfabetización digital para mayores, así como la entrega de computadores en comodato a los Municipios para acceder a conexión gratuita.

Fuente: SENAMA (2012)

Tal y como se ha señalado, las iniciativas gubernamentales se orientan en gran medida a la disminución de la pobreza en las personas mayores. En esta línea, y de forma directamente relacionada con el tema central de esta tesis, destaca la iniciativa denominada “Programa Vínculos”. Este programa fue creado en el año 2007 por el SENAMA, estando orientado a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna (barrio) y de sus pares. Se trata de un programa de acompañamiento continuo a cargo de un equipo interinstitucional (al incluir a los Municipios), cuyo objetivo es fomentar en las personas mayores más vulnerables las herramientas psicosociales que fortalezcan su identidad, autonomía y sentido de pertenencia. El programa favorece la articulación de apoyos formales e informales, con el objetivo de que se constituyan en una red de

protección social de las personas mayores (SENAMA, 2012). Las principales prestaciones y líneas de acción del Programa Vínculos son los siguientes:

ÁREA SALUD	El programa ofrece las siguientes prestaciones de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM) - Vacunas - Órtesis y prótesis
ENTORNO INMEDIATO	Equipamiento domiciliario a través de enseres domésticos.
SUBSIDIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidio de agua potable (SAP) - Pensión Asistencial de Ancianidad (PASIS) - Subsidio para la obtención de carné de identidad.
ASESORES SENIORS	Proyecto de voluntariado de “asesores seniors” que brinda apoyo escolar a niños(as) de familias en riesgo social.
SERVICIOS Y VIVIENDAS PARA EL ADULTO MAYOR	A través del programa “Fondo de Servicios de atención del adulto mayor” que se desarrolla en convenio de cooperación entre el SENAMA y el MINVU (Ministerio de Vivienda y Urbanismo), que brinda soluciones habitacionales y servicio de apoyo a personas mayores vulnerables y con distintos grados de dependencia.
ESCUELAS DE FORMACIÓN PARA DIRIGENTES DE ORGANIZACIONES DE MAYORES	Programa destinado a la formación de líderes mayores y que desarrollen las competencias como dirigentes sociales. Además, les permite acceder a la información de la oferta pública nacional y regional.

Fuente: SENAMA (2012)

Resumiendo, desde la década de los 90 en Chile está consolidando una estructura política, institucional y jurídica específica para las personas mayores. Con objeto de mejorar la calidad de vida de este grupo social. Por tanto, se hace necesario observar las implicaciones de las diversas acciones gubernamentales en el actual panorama social de las personas mayores chilenas. Frente a lo cual en el siguiente epígrafe se describirá este panorama social en las áreas más sensibles del envejecimiento.

2.3. PANORAMA SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE.

Brevemente se abordará la situación económica, laboral, socio-sanitaria y habitacional de las personas mayores en Chile. Los datos han sido extraído de fuentes gubernamentales, tales como el Censo (2002), la Encuesta de Caracterización Socioeconómica- CASEN (2006,2009), la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2007,2010) y la Encuesta SABE (2007).

2.3.1. Pobreza en edad avanzada.

La disminución de la pobreza en las personas mayores chilenas ha logrado importantes avances en los últimos años, ello por la incidencia de políticas sociales focalizadas en superar esta problemática social. Los indicadores, basados en la Encuesta de Caracterización Económica- CASEN, aplicada en el año 2009, muestran que la pobreza y la indigencia en Chile se concentran principalmente en niños y jóvenes (46%) y sólo el 8,9% de las personas mayores de 60 años se encuentra en esta condición. Siguiendo los datos de esta encuesta, en el año 1990 el 4,7% de personas mayores era indigente, cifra que en la actualidad se ha reducido a la mitad, dado que el 2,1% de mayores es declarado indigente. Una situación similar se observa en las personas mayores pobres no indigentes, que pasa de un 15,7% en el año 1990 a un 6,8 % en el año 2009.

Otro dato de especial interés es la distribución por hogares en situación de pobreza. Según los datos del la encuesta CASEN 2009, el 40% de las personas mayores habitan en los dos quintiles más pobres. Esta misma encuesta muestra que uno de cada cuatro hogares chilenos depende de una persona mayor. Considerando que el promedio de

las pensiones en Chile aún es bajo, ello muestra una situación de vulnerabilidad aún latente.

2.3.2. Sistema de pensiones.

Tal como se ha señalado, Chile cuenta con dos sistemas básicos de pensiones, uno público tendente a desaparecer y uno privado que se instaló hace más de 30 años, siendo especialmente relevante conocer la distribución de las personas mayores en ambos sistemas. Para ello, se considerarán las cifras procedentes de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2007, 2010). Los datos para el año 2010 muestran una breve ventaja del sistema público (34,1%) con respecto al privado (32,7%). Realizando un análisis retrospectivo, en el año 2007 el 39,2% de las personas mayores pertenecían al sistema público, de manera que en los últimos tres años ha experimentado una baja de un 5,1% demostrando que la utilización de este sistema disminuye significativamente. Un 29% de los mayores no ha cotizado, que corresponden a personas que serán amparadas por el sistema público a través de pensiones asistenciales. Este grupo, tal como muestran los datos, son en su mayoría mujeres y con una baja escolaridad.

Al analizar por separado los sistemas, se observa que las personas usuarias del sistema privado de las AFP en su mayoría son hombres (45,5% de los hombres pertenece al sistema privado, un 38,3% pertenece al sistema público, un 7,3% al sistema de fuerzas armadas y el 8,9% no ha cotizando en un sistema provisional), se concentran entre los 60 y 74 años de edad (39,2%) y poseen mayor nivel educativo (56,3% cuentan con

estudios superiores). Por el contrario, el sistema público concentra al grupo de mayor edad y con una baja escolaridad.

2.3.3. Empleo y principales fuentes de ingreso en la vejez.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010) el 25% de las personas mayores continúa trabajando. De las personas mayores que declaran que aún siguen trabajando, un alto porcentaje (36,8%) poseen estudios superiores demostrando que a mayor educación mayor es la posibilidad de trabajar tras cumplir la edad legal para jubilar. Los datos igualmente indican que son más hombres que mujeres los que siguen trabajando, un 38,5% frente a un 15,2% respectivamente.

Las fuentes de ingresos en las personas mayores son diversas, sin embargo la principal proviene de ingresos a través de pagos de pensiones y jubilaciones. En este sentido, el 78% de las personas mayores en Chile recibe ingresos a través de jubilaciones, pensiones, montepíos o rentas vitalicias y un 40%, recibe pensiones y subsidios estatales. Destaca el hecho de que un 30,8% recibe ingresos adicionales procedentes de un trabajo o negocio y que un 19,5% lo haga a través de ayudas económicas de familiares, un 7,3% del arriendo de propiedades y un 7,1% de ahorros.

La misma encuesta muestra que el 38% de las personas mayores declara estar endeudada, siendo la principal deuda la contraída con las Cajas de Compensación (20,2%), a la que siguen las deudas a través de tarjetas de crédito (12%).

2.3.4. Satisfacción de necesidades.

La encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010), da cuenta que el 26,1% de los mayores percibe que el dinero que dispone no logra satisfacer sus necesidades. Por otro lado, de aquellos que declaran que el dinero con el que cuentan cubre sus necesidades, un 54,9% señala que lo hace de manera ajustada. Un dato interesante es que la necesidad más cubierta es la de alimentación (86,5%), seguida de vivienda (79,7%) y un porcentaje también significativo la de salud (65,1%), datos que ponen de manifiesto que las necesidades básicas de la población adulta mayor en Chile están en cubiertas para una amplia mayoría. No obstante, un porcentaje significativo de las personas mayores aún a día de hoy no logra satisfacer algunas de las necesidades básicas.

2.3.5. Situación de salud.

Tal y como se ha analizado en el capítulo anterior, la situación de salud constituye un ámbito en la vejez. Durante esta etapa del ciclo vital las manifestaciones y sintomatología de las enfermedades difieren notoriamente a las del resto de la población. Además, como ya se ha visto el organismo no responde de igual manera ante las patologías que lo amenazan.

El problema de salud que más afecta a las personas mayores chilenas es la alta tensión o hipertensión con un 58%, seguido por la artritis con un 34% y el colesterol alto con un 33,7%. Los síntomas más comunes en los mayores son: dolor de espalda, rodillas y caderas (67,8%), problemas para dormir (40,6%) y mal estado de ánimo (36,7%).

La dependencia es una de las principales variables asociada a la calidad de vida en las personas mayores, puesto que surge como una situación limitante para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y se asocia a la dependencia del cuidado de redes sociales informales o formales. Según fuentes estatales, menos de un 30% de las personas mayores se encuentran en estado de dependencia (leve, moderada y severa). De esta manera el Ministerio de Salud en el año 2006 declara que un 28,6% se encuentra en estado de dependencia frente a un 71,4% que no. Posteriormente, en el año 2007, la Encuesta SABE señala la existencia de un porcentaje aún menor de personas mayores en estado de dependencia, un 19,9%. En este sentido, el índice de dependencia que se centra en las actividades de la vida cotidiana (comer, lavarse, vestirse, desplazarse por la casa, etc.) refiere a que un 80,1% de las personas mayores no cuentan con este tipo de dificultades. Un 8% presenta tres o más actividades que desarrolla con cierta dificultad, siendo las mujeres las que presentan más dificultades con un 9,7% frente al 5,5% en los hombres. Un 11,2% presenta una o dos actividades que realiza con dificultad, siendo nuevamente las mujeres quienes presentan índices superiores de dependencia.

Otro dato de salud indispensable a considerar en personas mayores, son los síntomas depresivos, considerados como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en este grupo de edad. La investigación realizada por Hoyl, Valenzuela y Marín (2000) encontró una alta prevalencia de depresión en la población de personas mayores chilenas. Fue aplicada la Escala de Depresión Geriátrica (15-GDS), obteniendo una puntuación media de 5,35 (de 4,2). El 47% de la muestra resultó positiva en síntomas depresivos. Igualmente los resultados del estudio indican que las personas mayores

deprimidas tenían una peor auto-percepción de salud, peor funcionalidad para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, una mayor proporción era dependiente de terceros para la toma de medicamentos, tenían también más quejas subjetivas de problemas de memoria, mayor frecuencia de caídas, consultaron al médico más veces al año y se hospitalizaron más que los sujetos no deprimidos.

2.3.5.1. Sistema de Salud.

Tras las reformas del sistema público en los años 80, Chile cuenta con dos pilares básicos en salud, uno público y uno privado, además del sistema propio para las Fuerzas Armadas y del Orden. La mayoría de las personas mayores en Chile (85,6%) pertenece al sistema público de FONASA, como consecuencia de las restricciones y los altos costes del sistema privado de ISAPRE, que solo recoge un 6,2% de los mayores.

Un 19% declara haber recibido algún tipo de beneficio del Plan AUGE (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas) o GES (Garantías Explícitas de Salud), siendo más frecuente en personas de menor nivel socioeconómico.

2.3.6. Envejecimiento y entorno habitacional.

Según los datos del Censo realizado en 2002, el 77,7% de las personas mayores habita en viviendas propias, de las cuales un 8,4% lo hace en viviendas que aún se están pagando. De igual manera, la mayoría de las viviendas corresponde a casas unifamiliares (85,6%), luego le siguen las personas que viven en departamentos (8,9%), mientras que el porcentaje de personas mayores que reside en las denominadas mejoras o mediaguas (viviendas precarias) es del 2%.

Solo un 11% de los mayores vive solo, lo que muestra que la tendencia en Chile sigue siendo las familias extensas, sin embargo la tendencia va en aumento de los hogares unipersonales.

A modo de resumen, el panorama social de las personas mayores muestra indicadores positivos en los ámbitos de pobreza, protección social y condiciones habitacionales. En este sentido, parece que en materia de pobreza las distintas acciones gubernamentales han contribuido a que a día de hoy, en Chile, las personas mayores sean el grupo con mejores indicadores relativos a pobreza e indigencia en el panorama nacional.

Otro aspecto a destacar está relacionado con las prestaciones de jubilación. En este sentido, en Chile el sector público de pensiones atiende a la población más anciana (mayores de 75 años), con menor nivel de escolaridad y principalmente a las mujeres, poniendo de manifiesto que este sistema que se basa en principios de solidaridad concentra a los grupos de personas mayores más vulnerables socialmente. Se advierte la incidencia positiva de las modificaciones de la reforma del 2008 en el sistema de pensiones, entre las que destacan las aportaciones a la pensión mínima solidaria para los grupos más pobres, que han mejorado notoriamente sus condiciones económicas.

Un tercio de la población mayor sigue trabajando aun cumpliendo la edad legal para dejar de hacerlo. Sin embargo, son las personas con un mayor nivel de escolaridad las que tienden a postergar la edad de jubilación o bien a contar con un ingreso extra a la jubilación o pensión con la que cuentan.

El ámbito que aún presenta problemas patentes es el de salud, pese a las reformas implementadas como el AUGE o GES, todavía un bajo porcentaje hace uso de las prestaciones gratuitas que estos programas incorporan. Asimismo, el panorama de salud en Chile muestra una gran desigualdad, puesto que se advierte una sobrecarga del sistema público que contiene a los grupos pobres y medios de la población, y solo las personas con un mayor nivel económico pertenecen al privado. Asimismo, en términos morfológicos, la tendencia entre la población chilena es de un aumento de las enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes, alto colesterol, etc.

Finalmente, en el ámbito habitacional, la mayoría de las personas mayores son dueñas de sus viviendas y no tienen deudas asociadas a este concepto. Cabe resaltar que el porcentaje de personas mayores que viven solas es notablemente bajo.

CAPÍTULO 3. ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DEL APOYO SOCIAL.

3.1. INTRODUCCIÓN.

En el tercer capítulo el tema central que se analizará, desde un punto de vista teórico y metodológico, es el “Apoyo Social”. De esta manera se revisarán las principales definiciones del constructo, sus niveles de análisis (macro, meso y microsocioal), las perspectivas en su estudio (estructural, funcional y contextual), las diferencias entre apoyo social recibido versus el percibido, las fuentes formales e informales proveedoras de apoyo, y los efectos positivos y negativos del apoyo social. Posteriormente, se revisarán los modelos teóricos de apoyo social que guiarán esta investigación; a saber, la propuesta de Cohen (modelos genéricos, centrados en el estrés y procesos psicosociales), la teoría de las necesidades, el modelo convoy y los mecanismos del efecto del apoyo social. A continuación se analizará el apoyo social como estrategia de intervención con personas mayores, ya sea desde la perspectiva del empoderamiento (grupos de apoyo y grupos de autoayuda) o bien desde intervenciones a partir de las redes formales e informales (familia, vecinos y comunidad). Por último, se centrará el análisis en las experiencias de intervención en apoyo social desde la disciplina del Trabajo Social.

3.2. DEFINICIONES DE APOYO SOCIAL.

El apoyo social es un constructo dinámico, interactivo y multidimensional que supone transacciones entre individuos. Diversos autores (Barrón, 1996; Buunk et al., 1998; Gracia, 1997; Gracia, Herrero y Musitu, 2002; King et al., 1995; Saranson, Saranson y Pierce, 1990) advierten la complejidad de encontrar una definición unánime. La multiplicidad de significados que se le han atribuido en los diferentes estudios

realizados desde distintas perspectivas teóricas, puede ser la razón de esta falta de coincidencia. En este apartado se considerarán las definiciones clásicas del constructo, cuyo orden va desde los aspectos funcionales y estructurales (redes sociales), hasta las más integradoras.

Desde una perspectiva funcional, destaca la propuesta de Caplan (1974), quien además realiza uno de los primeros intentos de definir apoyo social, conceptualizándolo como aquellos lazos entre los individuos o entre individuos y grupos que permiten promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar retroalimentación sobre la propia identidad y el desempeño. En otras palabras, defiende la idea que el apoyo social es una guía proporcionada por otras personas que permiten al sujeto manejar emocionalmente un evento estresante.

Desde un punto de vista integrador, Gottlieb (1983) señala que el apoyo social es información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor. En esta misma línea Lin, en el año 1986, conceptualiza el apoyo social como un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales- reales o percibidas - proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. Estas provisiones pueden darse en situaciones cotidianas o bien de crisis.

Thoits (1986) define este constructo como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Entiende por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Estas necesidades pueden satisfacerse mediante la provisión de ayuda

socio- emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativos), o por la provisión de ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, en las tareas, en lo económico, etc.).

Por último, House (1981) define el apoyo social como transacciones interpersonales de uno o más de los siguientes tipos: interés o apoyo emocional, ayuda o apoyo instrumental y apoyo evaluativo.

Desde una perspectiva estructural (redes sociales), destaca la definición de Khan y Antonucci (1980), quienes lo definen como las transacciones interpersonales basadas en recursos emocionales, instrumentales e informativos de las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor. Esta interacción es percibida como una transacción de ayuda tanto para el receptor como para el proveedor. Por su parte, Brownell y Shumaker (1984) conceptualizan el apoyo social como el intercambio de recursos entre al menos dos individuos, percibido por el donante y/o por el receptor como dirigido a fomentar el bienestar del receptor. De esta manera, un sistema de apoyo es una red social que supone una serie de nodos unidos por una serie de vínculos (Wellman, 1981).

Siguiendo esta línea, Sluzki (1996) defiende que el apoyo social constituye una ayuda emocional o instrumental para el individuo, que se deriva de su entramado social. Sin embargo, la mera existencia de relaciones sociales no necesariamente supone la provisión de apoyo, puesto que algunas de las relaciones que establecen los individuos pueden ser fuentes de conflicto.

El apoyo social es un producto de las interacciones sociales de un individuo dentro de una red social con características estructurales específicas. Esta red social puede estar formada por individuos, grupos o comunidad.

Otra definición es la acuñada por Fernández Ríos, Torres y Díaz (1992: 92) quienes consideran que la red social es un “conjunto de relaciones sociales que presenta un individuo que pueden ser facilitadoras de apoyo (social), neutras o, incluso, dar lugar a efectos negativos”. En definitiva, todo sistema de apoyo es parte de una red social, sin embargo no toda red social es proveedora de un sistema de apoyo.

Finalmente, destacan las propuestas que incorporan el carácter complejo y multidimensional del constructo apoyo social y lo entienden como una característica abstracta de personas, conductas, relaciones o sistemas sociales, y por tanto representa más bien un metaconcepto (Veiel et al., 1988; Vaux, 1990).

3.3. NIVELES DE ANÁLISIS.

En lo que refiere a los niveles de análisis, Gottlieb (1985) y Lin, Dean y Ensel (1986) distingue tres ámbitos en los que se produce o puede producirse el apoyo social: comunidad, redes sociales y relaciones íntimas y de confianza. Dicha distinción ya la había propuesto Cassel (1976) al indicar que el apoyo social era proporcionado por los grupos primarios más relevantes para el individuo. Los tres niveles que se distinguen no son independientes, al contrario están interconectados, al emerger del nivel superior las relaciones del nivel inferior.

En el nivel **macrosocial** o comunitario, la persona se identifica o participa del entorno social e implica por tanto un sentimiento de pertenencia e integración social.

Siguiendo a Barrón (1996) la integración social es evaluada normalmente en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales. Por ello, los indicadores de integración social son el estado civil, la participación en agrupaciones, asociaciones, clubes, etc.

El nivel medio, **mesosocial** o de las redes sociales, permite a los individuos acceder directa o indirectamente a un número relativamente amplio de personas, lo que supone un sentimiento de vinculación o de unión con los demás. Retomando a Barrón (1996) en este nivel se suelen incluir todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como las propiedades de las redes sociales, tales como densidad, tamaño u homogeneidad, entre otras.

Finalmente, el nivel **microsocial**, o de las relaciones íntimas y de confianza, supone el estrato más significativo para el sujeto. Se asocia a un sentimiento de compromiso, dado que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentimiento de responsabilidad con el otro.

3.4. PERSPECTIVAS EN EL ESTUDIO DEL APOYO SOCIAL.

En lo que respecta a las distintas perspectivas de estudio de apoyo social, en algunas definiciones del constructo se resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales y en otras los aspectos funcionales, a lo que se incorporan los aspectos contextuales. Siguiendo a Pinazo (2005) destaca la relevancia de distinguir entre estos elementos, dado que las variables estructurales son requisito indispensable para que las transacciones de apoyo sean posibles, en tanto que la dimensión contextual proporciona el marco en el que ocurre el intercambio en sí mismo y explica las razones

que lo motivan y la naturaleza de los recursos movilizados. A continuación se desarrollará cada uno de los ámbitos o perspectivas del estudio del apoyo social.

3.4.1. PERSPECTIVA ESTRUCTURAL.

Desde esta perspectiva se analizarán las condiciones objetivas que acompañan el proceso de apoyo. Se asume, como plantea Barrón (1996), que los contactos o relaciones sociales que mantiene el individuo son fuente de apoyo social, ignorando los conflictos asociados al intercambio.

En este sentido, los aspectos más estudiados desde esta perspectiva son la integración/participación social, constatando la existencia de las relaciones y enumerando los lazos sociales del individuo como un índice cuantitativo de integración (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). Esta aproximación se basa en el supuesto de que la mera existencia de determinadas relaciones sociales (parentesco, amistades, etc.) pueda tomarse como un indicador de participación e integración de una persona en la comunidad, lo que es cuestionable al considerar el denominado “estrés asociado a la red”.

Esta perspectiva se basa en el análisis de la estructura de las redes sociales definidas por Gracia, Herrero y Musitu (2002: 26) como “un conjunto de de nudos enlazados por uno o más tipos de específicos de relaciones entre ellos. Esos nodos suelen ser individuos, pero también pueden ser grupos o colectivos”. Es relevante distinguir que el término red social alude a la estructura de las relaciones, en tanto el apoyo social alude las funciones específicas de dichas redes (Pinazo, 2005).

Siguiendo la propuesta de Barrón (1996), las dimensiones de las redes sociales más destacadas son:

-Tamaño de la red: Hace referencia al número de personas que la componen, o número de sujetos con quienes mantiene contacto personal el individuo central.

-Densidad: Hace referencia a la interconexión entre las personas que forman parte de la misma independientemente del individuo central.

-Reciprocidad: Se refiere al grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, así como al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.

-Homogeneidad: Se entiende por homogeneidad, la semejanza o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada: actitudes, experiencias, valores, etc.

Retomando la clasificación de Mitchell y Trickett (1980) sobre las principales características de una red social, a continuación se ofrece un resumen que incorpora los elementos estructurales analizados en la red de apoyo social (adaptado por Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992: 93).

CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LAS REDES
Tamaño o rango, densidad de la red y grado de conexión
CARACTERÍSTICAS DE ENLACE DE LOS COMPONENTES
Intensidad, durabilidad, multidimensionalidad, directividad y reciprocidad, densidad de relación, dispersión, frecuencia y homogeneidad.
CONTEXTO NORMATIVO DE LAS RELACIONES
Familia primaria, familia extendida, amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

3.4.2. PERSPECTIVA FUNCIONAL.

Esta perspectiva se centra en el análisis funcional del apoyo social, en las funciones que cumple el apoyo social. En este contexto se hace necesario distinguir entre los recursos que se intercambian en las transacciones y las funciones propias del apoyo. En lo que refiere a los recursos, éstos pueden ser materiales (dinero, objetos, pequeños servicios, entre otros) y simbólicos (cariño, aceptación, estima, consejo, entre otros). En cuanto a las principales funciones del apoyo, se pueden agrupar en tres tipos:

Función apoyo emocional: Ligada al área afectiva, se relaciona con la expresión de emociones, la importancia de compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, la necesidad de expresarse emocionalmente, la confianza, la intimidad, el afecto positivo e intenso, el dominio de las emociones, sentimientos de ser querido y cuidado, los sentimientos de ser valorado o los elogios y expresiones de respeto (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). Es decir, hace alusión a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo.

Función apoyo material, tangible o instrumental: Se define como prestación de ayuda material directa o servicios que sirven para resolver problemas prácticos y/ o facilitar la realización de tareas cotidianas, como por ejemplo ayuda en tareas domésticas, cuidado de niños o prestar dinero, entre otras.

Función apoyo informacional: Proceso a través del cual las personas reciben informaciones, consejos o guía relevante que les ayuda a comprender su mundo y/o

ajustarse a los cambios que éste experimenta. Está asociado al apoyo emocional, dado que un consejo puede ser percibido como un gesto de cariño y preocupación.

Los tres tipos de apoyo antes expuestos, son los que reciben mayor respaldo por parte de los autores que desarrollan el tema. Sin embargo, se agregan otras propuestas entre las que destacan la de House (1981), que propone cuatro tipos de apoyo: *instrumental* (realizado mediante conductas que ayudan directamente a la persona necesitada), *emocional* (conlleva ofrecer simpatía, cuidado, afectividad, confianza, aumento de autoestima, escucha, interés, etc.), *informativa* (o facilitación de información que puede utilizarse para afrontar problemas personales y ambientales; dicha información no es en sí útil, sino más bien se trata de proveer a las personas de estrategias de autoayuda) y *evaluativo o de valoración* (comparaciones sociales para la autoevaluación social).

Barrera (1981) por su parte, identifica seis tipos de apoyo: material, ayuda física, relaciones íntimas, guía y consejo, feed-back y participación social.

A modo de resumen, podemos señalar que los diversos autores coinciden generalmente en dos aspectos: los *tipos y las fuentes de apoyo social*. Como tipos de apoyo citan: 1) el emocional o socioemocional (que incluiría conductas de afecto y cuidado); y 2) el instrumental o tangible (referido a conductas de ayuda). En cuanto a las fuentes de apoyo social se consideran también dos, las provenientes del ámbito laboral y el no laboral (como la familia) (King et al., 1995).

3.4.3. PERSPECTIVA CONTEXTUAL.

Constituye el análisis del sistema donde radican las fuentes de recursos de apoyo a las que los sujetos acuden. Es relevante considerar en el análisis del apoyo social los contextos ambientales y sociales en los que el intercambio es percibido, movilizado aportado o recibido. Siguiendo a Cohen y Syme (1985), se deben incluir como elementos del contexto las características de los participantes (ya que en función de su procedencia- fuente formal o informal- será positivo o negativo su efecto), el momento en que se da el apoyo (las necesidades del apoyo varían según la situación estresante que enfrente el sujeto), la duración (el periodo para dar o cambiar el tipo de apoyo, dependiendo las necesidades de sujeto) y por último, la finalidad (la efectividad del apoyo que dependerá de las necesidades específicas del sujeto).

3.5. ESPECIFICIDAD DEL APOYO.

Se debe tener en cuenta que las personas suelen tener problemas complejos, en otras palabras, raramente son problemas simples en su resolución. Ello supone que un problema puede acarrear otras necesidades de apoyo secundarias. Igualmente durante la resolución de un conflicto pueden surgir nuevas necesidades. Frente a esta característica del apoyo social, Cohen y McKay (1984) defienden la hipótesis de la especificidad del apoyo, que propone que el apoyo social será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar. En este sentido, Barrón (1996) enfatiza que para que la ayuda proporcionada pueda resultar apropiada y eficaz deberá ajustarse al contexto.

Esto supone que el apoyo social se debe ajustar a las necesidades del individuo; autores como Shinn, Lehmann y Wong (1984) plantean las siguientes dimensiones que se han de ajustar:

1. Cantidad de apoyo: Entendiendo que el exceso de apoyo social puede generar dependencia.
2. Momento: Bajo el supuesto que las necesidades cambian a lo largo del tiempo y dependiendo de la etapa del ciclo vital.
3. Origen del apoyo: En función de las circunstancias será más útil el apoyo procedente de una fuente u otra.

Otro aporte al modelo de ajuste del apoyo social es el realizado por Cutrona y Russell (1990) quienes hipotetizan y luego comprueban empíricamente, el tipo de apoyo que será más eficaz teniendo en cuenta una serie de dimensiones de los eventos vitales. Dichos autores consideran como primera dimensión la posibilidad de **controlar el acontecimiento**, frente a lo cual proponen que en eventos incontrolables o fuera de control para el sujeto, el apoyo social más eficaz será el que potencie un tipo de afrontamiento centrado en la emociones que genera el problema; en tanto en situaciones en que el acontecimiento es controlable será más adecuado el apoyo social que active un afrontamiento centrado en el mismo problema.

Una segunda dimensión a considerar es la **influencia de la duración** del evento en el proceso de ajuste. Ello quiere decir que cuanto más se prolongue en el tiempo mayor importancia tendrá el apoyo de tipo emocional, para evitar una disminución del autoestima.

Por último, plantean una tercera dimensión relacionada el área de ocurrencia, con respecto a la cual dividen los eventos según cuatro posibles áreas de ocurrencia y sugiriendo qué tipo de apoyo es el más apropiado en cada una de ellas. Cuando los estresores afectan a los recursos de los sujetos en general, el apoyo material será el más efectivo. En situaciones que los eventos se asocian a las relaciones sociales, requerirán fundamentalmente integración social, al igual que en circunstancias en que se vean afectados los roles sociales. Finalmente, los estresores que afectan a los logros exigen principalmente apoyo centrado en la estima.

De igual manera, Cutrona y Russell (1990) defienden que cada evento tiene distintas dimensiones y requerirá más de un tipo de apoyo.

3.6. APOYO RECIBIDO VERSUS APOYO PERCIBIDO.

En el análisis o estudio del apoyo social es importante distinguir entre el *apoyo social percibido*, que alude a las percepciones de apoyo que los sujetos tienen de sus relaciones sociales y el *apoyo social recibido*, referido a las transacciones reales de apoyo que se producen entre una persona y su entorno (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). Siguiendo la propuesta de Caplan (1974), quien hacía referencia a las transacciones objetivas y subjetivas, el apoyo social puede consistir en una transacción real o puede ser una percepción subjetiva de que esa transacción pudiera producirse en determinadas circunstancias. La distinción entre lo objetivo y subjetivo no solo recae en ámbito conceptual, sino también en el operativo o efectivo, ya que pueden no coincidir. De esta manera, Gracia, Herrero y Musitu (2002) plantean que en términos prácticos cuando las intervenciones basadas en apoyo social solo evalúan la

presencia de transacciones y no presta atención a la percepción que el receptor tiene de ésta, es posible que las transacciones de apoyo no hayan sido experimentadas como tales.

Retomando a Barrón (1996: 20) los aspectos subjetivos del apoyo social, se puede definir en términos cognitivos “como percepción de que uno es amado, querido, etc., que tiene personas a quien recurrir en caso de necesidad y que le aportarán la ayuda requerida”. La misma autora reconoce la coherencia de este aspecto del apoyo social en la conceptualización clásica y reconocida de Cobb (1976), quien define este constructo como:

1. Información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado.
2. Información que le lleva a creer que es estimado y valorado.
3. Información que le lleva al individuo a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Sin embargo, el apoyo social recibido no es meramente un aspecto cognitivo, dado que suele ser evaluado de manera retrospectiva al preguntarle al sujeto por el tipo de apoyo social que recibió en un determinado momento.

Barrón (1996) plantea que el ideal en el intercambio de apoyo social sería que, existiendo apoyo, el receptor lo percibiera de esa manera. Sin embargo, en algunos casos, el apoyo social percibido y el real son inconsistentes, es decir, algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas a pesar de no recibirlo. Posibles explicaciones a estas discrepancias han sido desarrolladas por Dunkel- Schetter y Bennett (1990):

1. Infra o supervaloración del apoyo social recibido, ya sea por percepciones defectuosas o memoria inadecuada.
2. Sesgo optimista que lleva a esperar más apoyo del que realmente recibe. Suele suceder en aquellos donantes que no saben cuál es el apoyo correcto que deben dar, ya sea porque se ven amenazados o bien por concepciones erróneas sobre el proceso de afrontamiento.
3. En otros casos, la inexactitud es al contrario: el apoyo social percibido es menor que el recibido. Suele suceder en aquellos donantes del apoyo que tienen experiencia previa con la dificultad que afronta el sujeto, o también en situaciones en que es fácil otorgar apoyo y cuando los eventos que se afrontan y que hacen necesitar ayuda de los demás son deseables.
4. Por último, también es posible que en un principio el apoyo social percibido y el recibido coincidan, pero con el paso del tiempo el recibido disminuya. Ello sucede frecuentemente cuando los sujetos enfrentan estresores crónicos. Tal circunstancia lleva a los miembros de la red a sentirse sobrecargados e incapaces de afrontar una carga a largo plazo.

3.7. FUENTES FORMALES E INFORMALES DE APOYO SOCIAL.

Se distinguen dos fuentes de apoyo social, las formales y las informales. Ambas presentan características muy diferentes. Mientras que las primeras trabajan con redes formales y procedimientos estandarizados, las segundas lo hacen con reglas implícitas y actividades espontáneas (Arias, 2006).

En lo que respecta a las *fuentes formales* de apoyo, suponen una organización burocrática o casi burocrática, se contemplan objetivos específicos en ciertas áreas

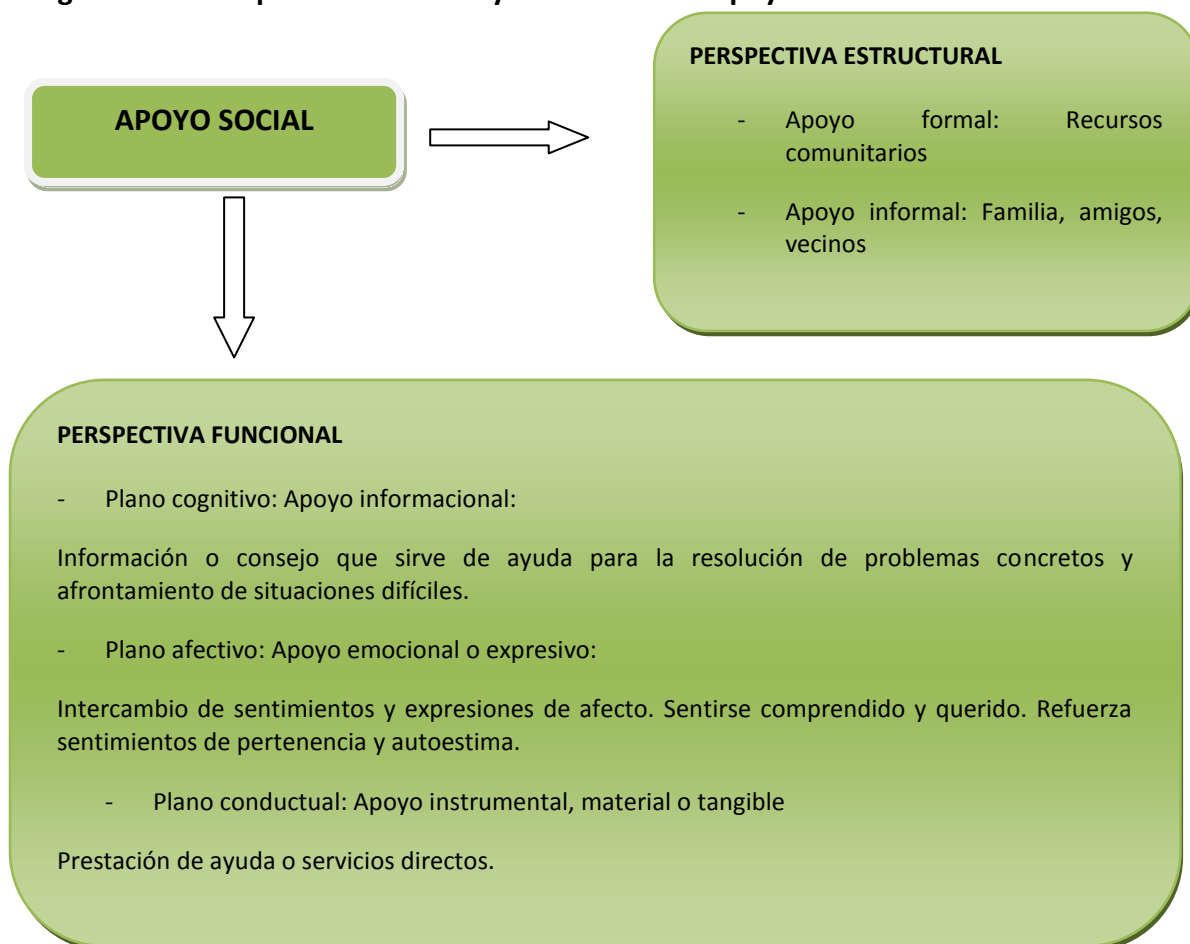
determinadas y utilizan a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas (Sánchez, 1994). Este tipo de apoyo, en el caso de las personas mayores, puede provenir de organismos públicos o privados, y suele ser ofertado a través de políticas públicas, otorgamientos de subsidios y programas de prestación de servicios (por ejemplo salud, seguridad social, entre otros). En otras palabras, la disponibilidad de este tipo de apoyo se relaciona con las características institucionales de un determinado territorio. Generalmente, este tipo de ayuda se presta a partir de cuidados en residencias para personas mayores y centros de día, servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, servicios de voluntariado social o programas de ocio, cultura y participación social (Pinazo, 2006).

Por otro lado las *fuentes informales* están constituidas por las redes personales y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo, pudiendo tratarse tanto de vínculos familiares como no familiares (amigos, vecinos, compañeros de trabajo o de agrupación, voluntarios). Según las Naciones Unidas (2002: 4) el apoyo social informal en las personas mayores está constituido por “ayudas y cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos”.

Para Novak y Campbell (2006) el apoyo informal es la ayuda no remunerada dada por amigos, vecinos y la familia, que implica una variedad de actividades cotidianas básicas e instrumentales, el apoyo emocional y las visitas. Pinazo (2006) se refiere al apoyo social informal de las personas mayores como los cuidados y atenciones que reciben dichas personas de manera regular para la realización de actividades que son necesarias para llevar a cabo una vida independiente y que no son dispensados por profesionales dependientes de los servicios sociosanitarios organizados.

Ambos tipos de fuentes son importantes y necesarias según las necesidades del sujeto en cuestión, y un desequilibrio en la participación de una o ambas pueden generar graves problemas. Asimismo diversos autores (Arias, 2006; Gottlieb, 1983, Gracia, 1997) concuerdan en que ambas fuentes pueden entrar en conflicto, ya sea por modos de funcionamiento o por diferencias culturales. De ahí que diversos expertos (Gracia, 1997, CEPAL- CELADE, 2002; Guzmán, Huenchuán y Montes, 2002) en el tema reiteren la relevancia de crear iniciativas que busquen una complementariedad entre fuentes formales e informales.

Figura 3.7.1. Perspectiva funcional y estructural del apoyo social.



Fuente: Pinazo, 2005: 234.

3.8. EFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DEL APOYO SOCIAL.

El apoyo social suele ser concebido como una variable que afecta positivamente en los ámbitos de la salud física y mental, bienestar psicológico, satisfacción vital, entre otros aspectos, lo que será abordado en profundidad en el capítulo 4 de este trabajo. Sin embargo, el apoyo social puede también generar efectos negativos, tal como señala Argyle (1967: 11):

“las relaciones sociales con los otros pueden ser fuente de la más profunda satisfacción y de la desventura más tétrica (...) muchos individuos se sienten solos y desdichados, y algunos padecen enfermedades mentales porque son incapaces de mantener relaciones sociales. Muchas interacciones corrientes son desagradables, embarazosas o estériles debido a una conducta social inepta”.

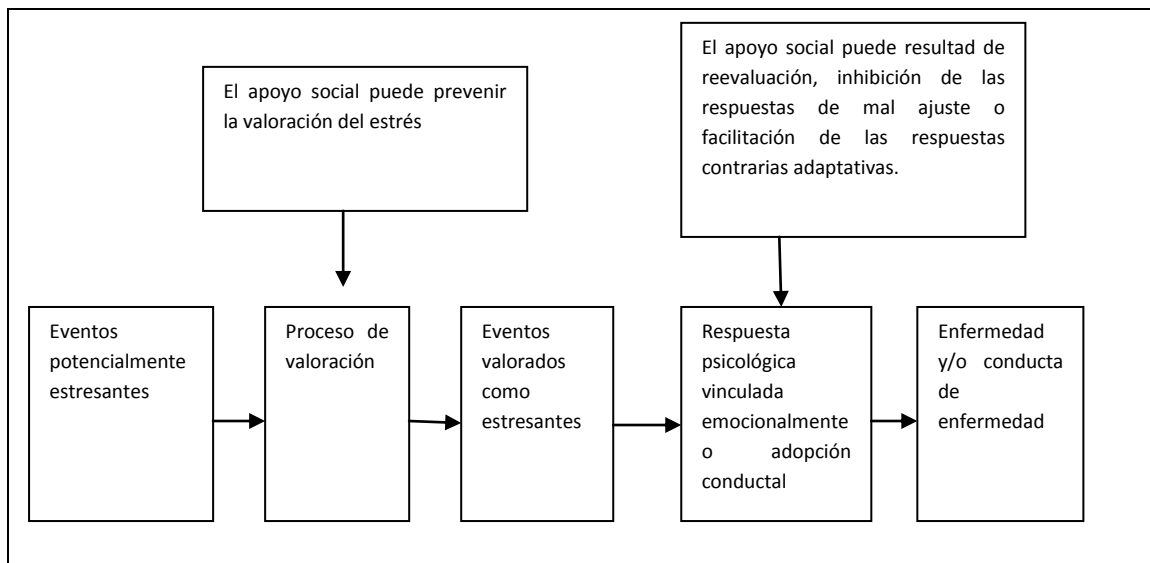
En este sentido, es preciso hacer una consideración sobre los principales efectos positivos y negativos del apoyo social a partir de la evidencia empírica existente.

3.8.1. Efectos positivos del apoyo social.

El apoyo social incide positivamente en la salud física. Diversos estudios (Prince et al., 1997; Tsouna-Hadjis et al., 2000), comprueban que la ausencia de apoyo social se asocia con la aparición de diversas formas de dolencias, enfermedades, mortalidad, e incluso con la detección de algunas enfermedades. De igual manera, la evidencia empírica apunta que la ausencia o bajos niveles de apoyo social se relacionan con trastornos mentales como depresión, neurosis y esquizofrenia (Barrón y Sánchez, 2001; McInnis y White, 2001).

Fernández Ríos, Torres y Díaz (1992) han realizado un exhaustivo análisis bibliográfico, concluyendo que el apoyo social incide positivamente en los siguientes aspectos:

-Reduciendo el estrés: Puede influir en los procesos de evaluación primaria y secundaria, asimismo como proceso de reevaluación. Todo ello queda reflejado en la siguiente esquema:



Fuente: Fernández Ríos, Torres y Díaz (1992: 115)

-Realzando la autoestima de los sujetos.

-Elevando el humor, lo que a su vez influirá sobre aspectos fisiológicos de estrés y procesos de afrontamiento (destacan los últimos estudios de Bailey, 2011; Ellis, Nixon y Williamson, 2009; Wang y Gan, 2011)

Por último, a partir de la revisión efectuada por Gracia (1997) en lo que refiere a las relaciones entre apoyo social y variables en los ámbitos de salud y ajuste psicosocial, destacan:

-Diversas investigaciones que confirman una relación positiva entre apoyo social y la salud física (entre las últimas investigaciones al respecto destacan las de Mehnert et al., 2010; Ruggiero et al., 2009; Sumner et al., 2011).

-El acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas se ha asociado con bienestar psicológico (entre los últimos estudios destacan Beeble et al., 2009; Kaniasty, 2012; Schroevers et al., 2010) y la ausencia de depresión (entre las últimas investigaciones destacan Dorinson, 2011; Ford, Clark y Stansfeld, 2011; Wind, Fordham y Komproe, 2011).

-El apoyo social modera los efectos negativos del estrés laboral y el desempleo (Hamilton, Poza y Washington, 2011).

-El acceso a una red social positiva ha demostrado ser un mejor predictor del éxito en la integración comunitaria que otros tratamientos para pacientes mentales (de los estudios más recientes destacan Druss et al., 2010; Tural, Önder y Aker, 2010), menores en centros de tratamientos residenciales (Thabet et al., 2009) y para la reinserción de jóvenes infractores (Ariga et al., 2010; Lynch, 2008).

-La disponibilidad para una persona que ha perdido a su pareja de una red social compuesta por personas que han sido capaces de superar un mismo suceso vital proporciona tanto fortaleza como un modelo para afrontar la pérdida (Windholz, Marmar y Horowitz, 1985).

Resumiendo, la evidencia empírica muestra que el apoyo social es un recurso con gran potencial para la prevención y mejora del bienestar físico, mental y psicosocial de las personas en las distintas etapas de su ciclo vital.

3.8.2. Efectos negativos del apoyo social.

Puesto que el apoyo social emana de las interacciones sociales que el individuo establece, no todas estas interacciones tienen efectos positivos o beneficios, pudiendo muchas veces generar costos, situaciones desagradables e inadecuadas para una persona. Partiendo de la premisa que todo intercambio social supone reciprocidad, ya en el cumplimiento de este principio se generan problemas.

Rook y Pietromonaco (1987) destacan tres aspectos negativos de los vínculos sociales. En primer lugar, afirman que la ayuda provista por el apoyo social puede ser inefectiva, excesiva, pudiendo generar o incluso elevar las amenazas de bienestar, fomentando la dependencia de otros y reduciendo los recursos de afrontamiento, bien en la persona que da o en la que recibe apoyo social. En segundo lugar se hace referencia a los procesos de interacción no placenteros o no queridos, que pueden “invadir” la vida privada, causar rechazo, crítica, interacciones competitivas y no recíprocas, etc., contribuyendo todo esto a disminuir el bienestar. Por último, el apoyo social puede producir un proceso de “regulación negativa” de la interacción humana; es decir, puede fomentar actos de desviación social, estimulando no sólo la ejecución de roles inestables, sino también de patología conductual.

Cuadro. 3.8.1. Efectos positivos y negativos del apoyo social.

	EFFECTOS POSITIVOS	EFFECTOS NEGATIVOS
PREVENCIÓN	Reduce la incertidumbre y la preocupación. Modelos adecuados. Compartir problemas Distracción	Crea incertidumbre y preocupación. Crea nuevos problemas. Modelos inadecuados Distracción.
AFRONTAMIENTO	Etiquetado benéfico Proveer simpatía Dar información útil	Etiquetado negativo Sujeto irritado t resentido Dar información engañosa

RECUPERACIÓN	Mantener el régimen Contraste con la salud (incentivo) Creación del deseo eliminar la molestia en el sujeto.	Desistir de régimen Contraste con la salud(depresivo) Creación de necesidad de poder/dependencia.
--------------	--	---

Fuente: Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992: 118. (Basado en Suls, 1982)

3.9. MODELOS TEÓRICOS DEL APOYO SOCIAL.

El apoyo social se constituyó como modelo teórico y como campo de investigación en la década de 1970. Desde dicha fecha, e incluso en algunas aproximaciones previas, como se verá, se destaca la importancia de las relaciones sociales para entender el comportamiento humano y cómo estas relaciones sociales inciden en el bienestar del individuo.

No es desatinado señalar que los antecedentes históricos de los estudios sobre apoyo social se sitúan a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX. En ese momento, Durkheim junto a otros sociológicos clásicos - Tönnies y Weber - se interesó en analizar la desintegración social producto del advenimiento de las sociedades industriales, bajo la premisa de que el desarrollo industrial enfatizaba el valor de individualismo y ello generaría algún cambio en los patrones tradicionales de interacción social, ya sea en los vínculos comunitarios o en los de parentesco.

Un hito especialmente significativo es la publicación por Emile Durkheim (1858-1917) de su clásico estudio sobre los determinantes del suicidio, examinando las tasas de suicidio en diversos segmentos de la población. En su obra, el clásico francés logró corroborar su hipótesis de que el suicidio era más frecuente en aquellos contextos humanos donde los lazos sociales (en concreto, las normas sociales) se diluyen y erosionan la relación de los individuos con los grupos y la colectividad en general.

Así, por ejemplo, Durkheim pensaba que entre los campesinos que emigraban a zonas urbanas en calidad de trabajadores asalariados se producía un proceso de disolución de sus lazos individuales, familiares, religiosos y comunitarios, y de esta manera se produciría una pérdida de las restricciones sociales que derivaban de roles sociales y las normas bien definidas. Pensaba que esta pérdida de integración social, o anomía, era incompatible con el bienestar psicológico.

Tras Durkheim, otros científicos sociales prosiguieron el análisis de cómo el aislamiento y la desorganización social afectan negativamente a la salud de personas (Gracia, Herrero y Mutistu, 2002). Pero antes del reconocimiento científico del constructo de apoyo social, destacan las investigaciones realizadas en los años 30 sobre la “ecología de la salud mental”, que ponen en manifiesto que las situaciones como la pobreza, la desorganización social, la desintegración social, la ausencia de sentimiento de afiliación y el aislamiento social se relacionan con una mayor incidencia en trastornos mentales (Fernández Rios, Torres y Díaz, 1992).

Lo mismo cabe decir sobre las aportaciones clásicas desde la Psicología Social, tales como la teoría de Cooley (1909/1922) sobre los grupos primarios, la teoría de comparación social de Festinger (1954), la teoría de la psicología de la afiliación de Schachter (1966) y la teoría del intercambio social con Blau (1964/1982) y Homans (1951/1977), que sugieren que el apoyo social puede incluir interacciones positivas y negativas entre las personas.

Otra línea de investigación que contribuye al campo del apoyo social, son los estudios efectuados por Bowlby (1969/1982) y Ainsworth (1973) quienes hacen referencia a la

importancia de los vínculos afectivos en la salud mental. Estos autores defienden que los vínculos de apego (*attachment*) entre madre/hijo o entre adultos constituyen una necesidad primaria, o dicho en otras palabras, cuando dicho vínculo de apego se desarrolla de forma adecuada, la persona mejora sus estrategias de afrontamiento y su bienestar general.

Como se mencionaba, va a ser en los años 70 cuando el concepto de apoyo social obtenga el reconocimiento de la comunidad científica, gracias a la aportación de los epidemiólogos Cassel (1976) y Cobb (1976). Ambos comprobaron, por separado, que los sujetos sometidos a situaciones estresantes en compañía de pares significativos o en un contexto interactivo de apoyo no mostraban los cambios negativos en la salud que presentaban aquellos que enfrentaban tales situaciones en condiciones de aislamiento social. De esta manera, ambos autores concluyen que las personas que experimentan sucesos vitales estresantes en circunstancias en que el apoyo social está disponible sufren menos consecuencias físicas y psicológicas comparadas con quienes se enfrenten a dichas condiciones de estrés en situaciones contrarias.

En el mismo periodo, Caplan (1974), Weiss (1974) y Caplan y Killilea (1976), reconocen los aspectos positivos de los sistemas de apoyo social sobre la salud y bienestar de los individuos. De esta manera destaca la noción de apoyo social de Caplan (1974: 20): “un sistema de apoyo social implica un patrón duradero de vínculos intermitentes y continuos que juegan una parte significativo en el mantenimiento de la integridad psicológica y física del individuo a lo largo del tiempo”.

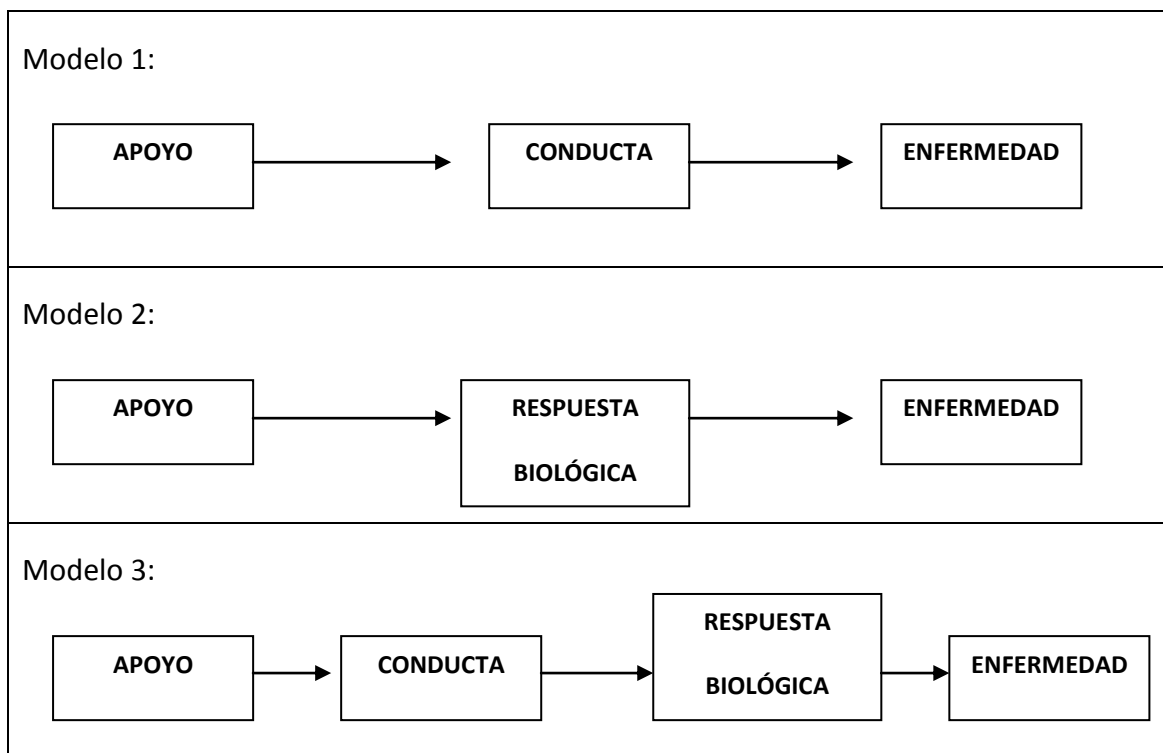
A partir de dicha aportación clásica, proliferaron las investigaciones sobre los efectos del apoyo social en el bienestar de las personas. De esta manera, en apenas unas décadas surgirán diversas aproximaciones teóricas y empíricas, que contribuirán a consolidar el estudio del apoyo social como un factor beneficioso para el bienestar de las personas y los grupos. A continuación se presentarán los principales modelos teóricos del apoyo social que guardan relación con los objetivos de este estudio, no olvidando que el eje central de la investigación es el apoyo social en personas mayores.

3.9.1. MODELOS DE COHEN.

Dentro de las taxonomías de los modelos de apoyo social destaca la propuesta por Cohen (1988; véase también Wheaton, 1985), quien parte del supuesto de que el apoyo social influye en la mortalidad y morbilidad de las personas. Para desarrollar su argumentación agrupa la información en tres grupos: modelos genéricos, modelos centrados en el estrés y modelos de procesos psicosociales.

a) Modelos genéricos.

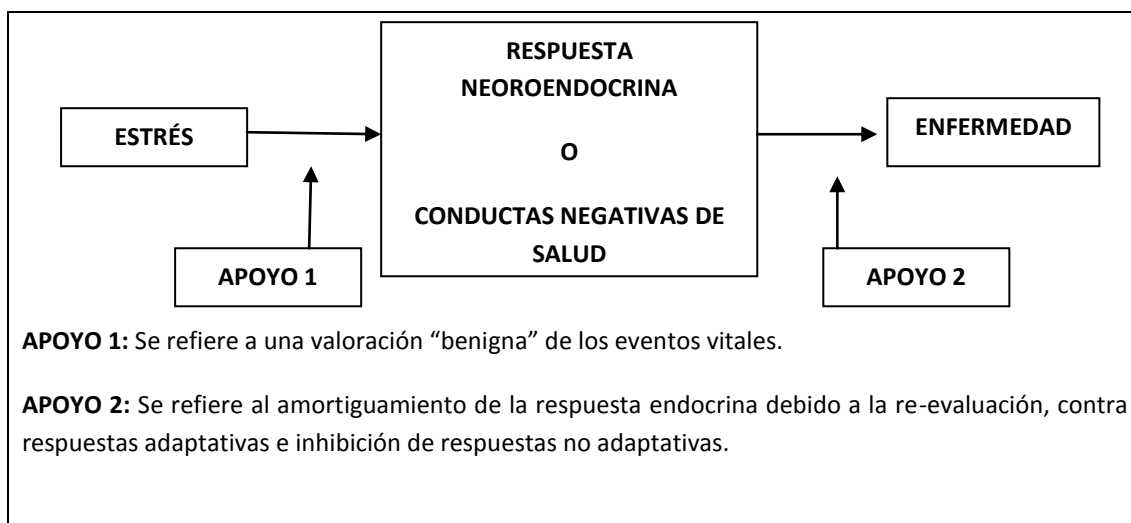
Afirman que el apoyo social está relacionado con distintas enfermedades a través de su influencia sobre patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo a la enfermedad (Modelo 1); a través de sus efectos sobre respuestas biológicas que influyen la enfermedad (Modelo 2); o bien a través de la convergencia de estos dos modelos, en cuanto a los efectos de la conducta sobre la enfermedad mediados por respuestas biológicas (Modelo 3).



Fuente: Cohen (1988: 227).

b) Modelos centrados en el estrés.

Establecen dos tipos de efectos del apoyo social en el estrés. Por un lado el apoyo social solo es importante para las personas que se encuentran en condiciones de estrés (modelo de amortiguación). Por otro lado, el apoyo social podría ser benéfico al margen del nivel de estrés (modelo de efecto principal, o directo).

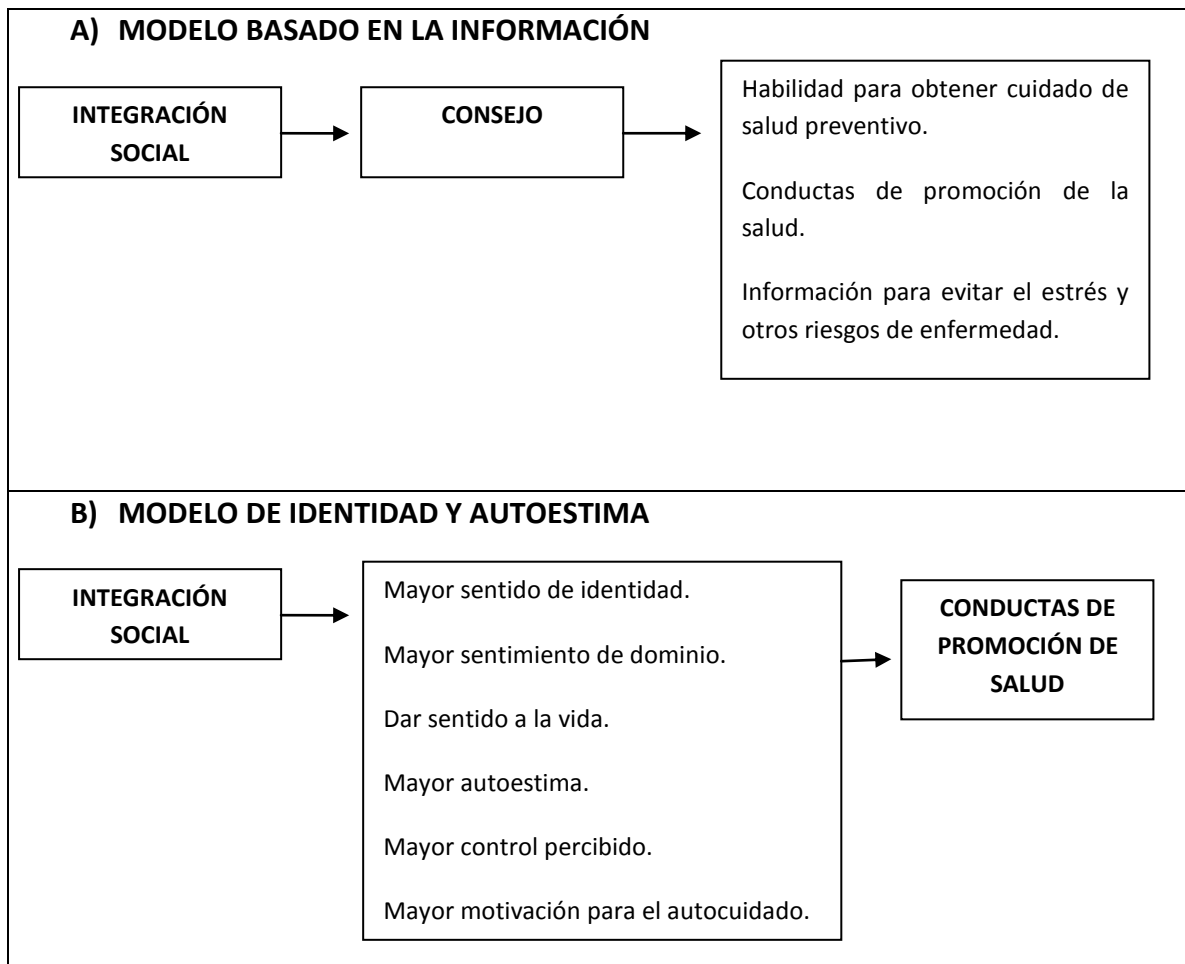


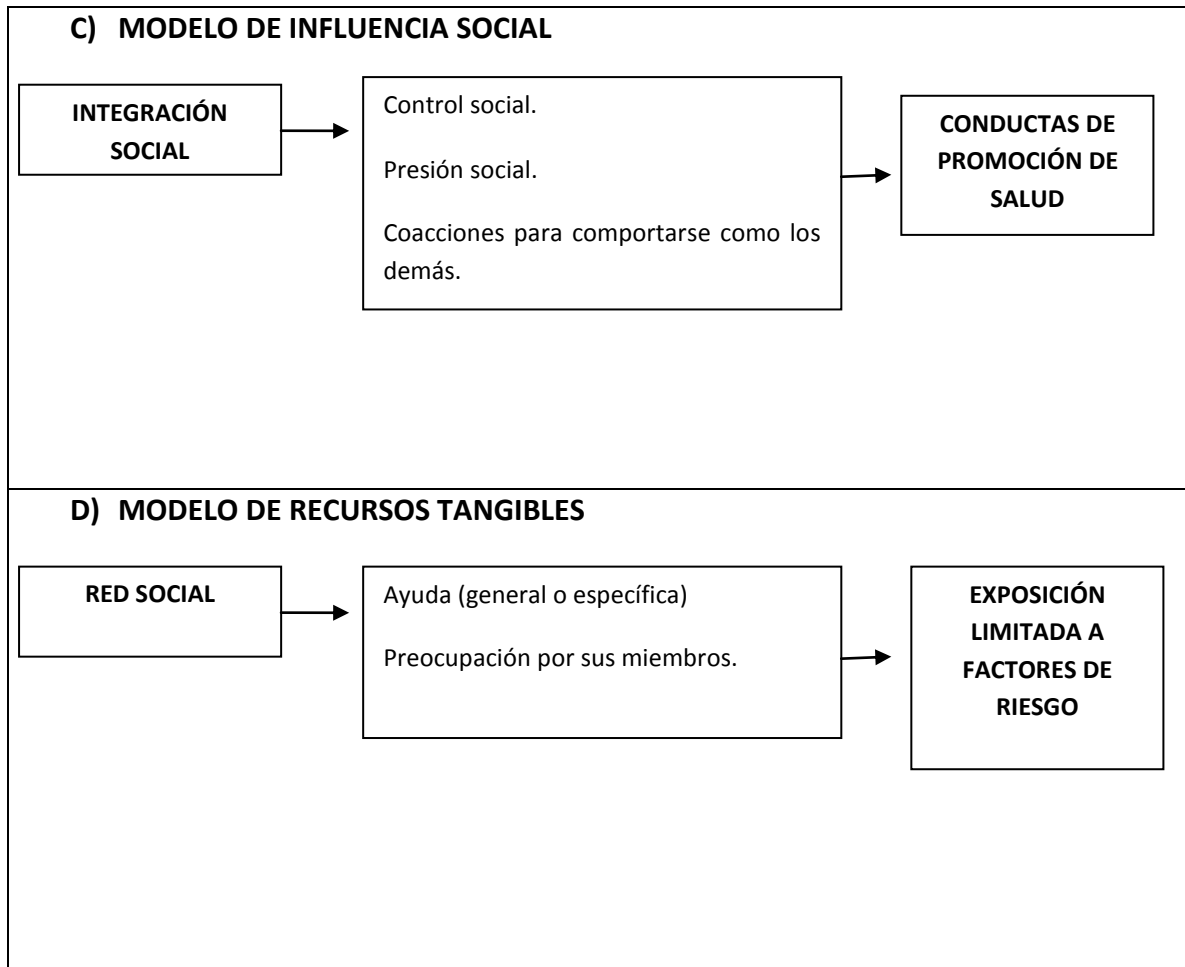
Fuente: Cohen (1988: 127).

c) Modelos de procesos psicosociales.

Son aquellos modelos que efectúan una descripción de los procesos psicosociales que median los efectos del apoyo social sobre la salud. En ellos se distinguen los modelos de efectos principales y modelos de amortiguación.

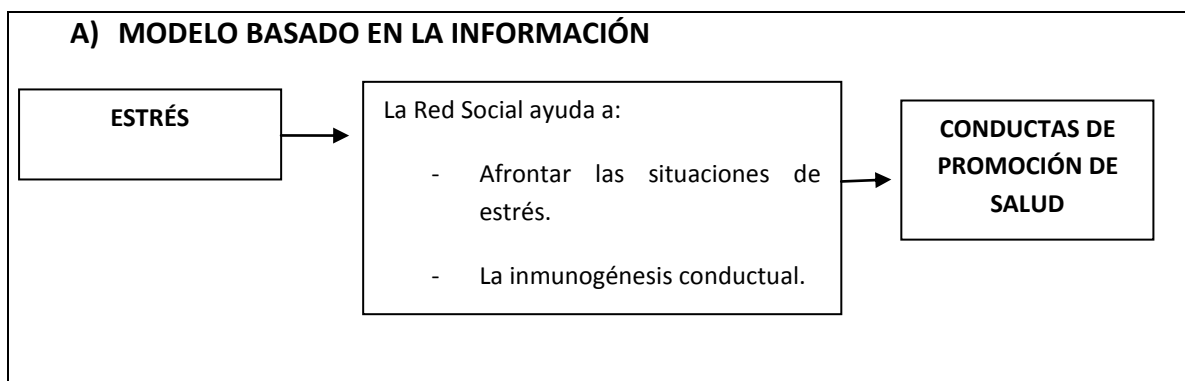
Los **modelos de efectos principales** predicen la influencia del apoyo social sobre la salud independiente del nivel de estrés, señalando diversas vías en que la integración social (apoyo social) puede influir en la salud. Las vías planteadas por Cohen son las siguientes:

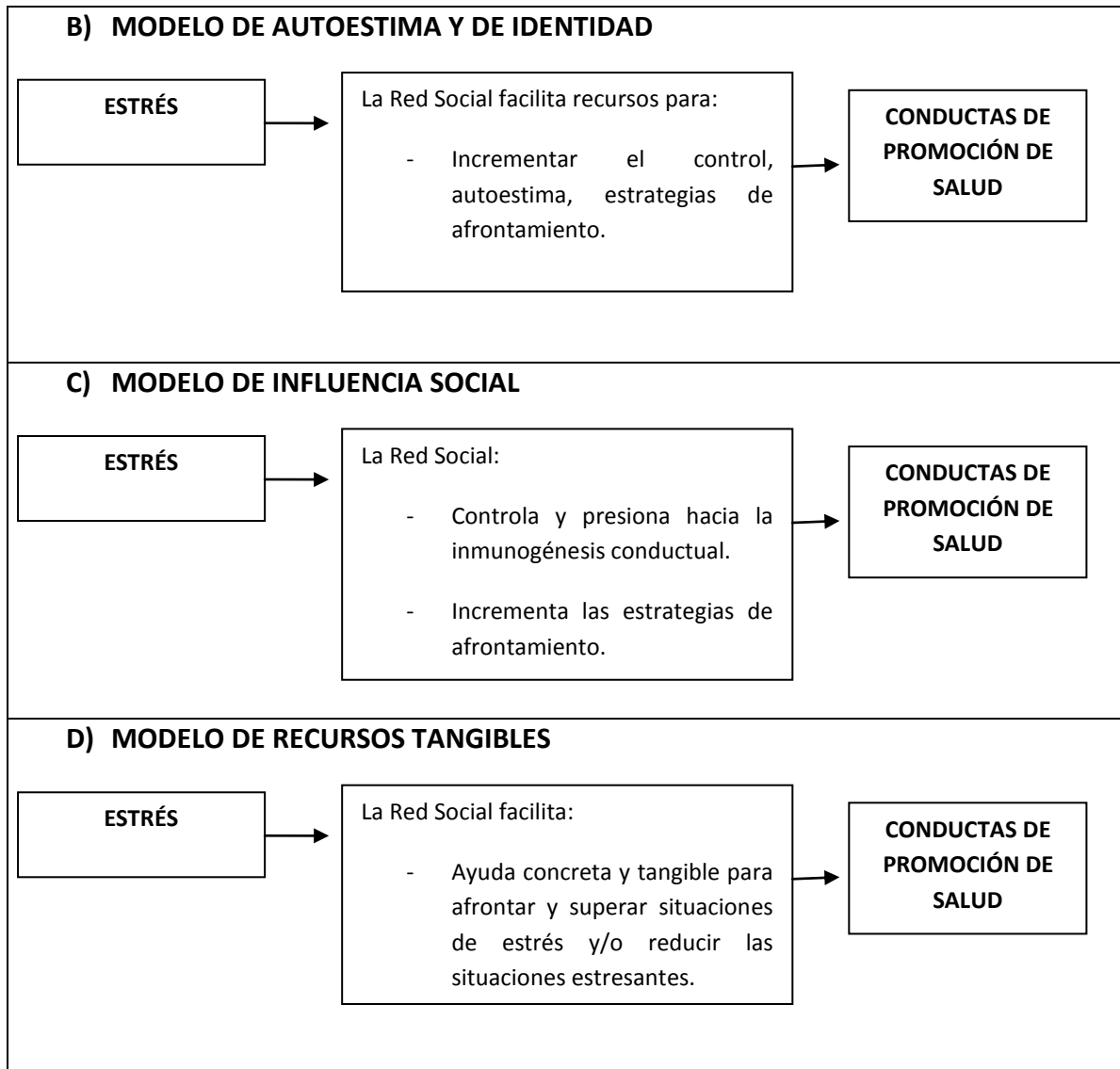




Fuente: Cohen (1988: 280).

Los **modelos de amortiguación** del estrés hacen énfasis en que el apoyo social disponible, accesible y adecuado tiene efectos positivos solo cuando las personas se hallan en situaciones de estrés. Cohen plantea que la “red social” tiene los siguientes efectos positivos en el individuo:





Fuente: Cohen (1988: 282).

3.9.2 MODELO BASADO EN LA TEORÍA DE LA NECESIDADES.

Desde la teoría de las necesidades se han elaborados modelos que incorporan el apoyo social, partiendo de la premisa de que debe existir una correspondencia entre los recursos sociales existentes y las necesidades (Murray, 1962 y Veiel, 1985). De esta manera se entiende que una necesidad es cualquier estado motivacional que se dirige a una condición, objeto o situación definible (Albarracín y Goldestein, 1994).

Las necesidades pueden ser agrupadas, según su objeto, en materiales o psicosociales, y según su duración, en necesidades diarias o de crisis. De esta manera, el objeto de las necesidades define las siguientes categorías de apoyo social:

- a) Apoyo psicológico diario (necesidades psicosociales diarias)
- b) Apoyo psicológico de crisis (necesidades psicosociales de crisis)
- c) Apoyo material o instrumental diario (necesidades materiales diarias)
- d) Apoyo material o instrumental de crisis (necesidades materiales de crisis)

La teoría de las necesidades sostiene que la salud de un sujeto dependerá de la relación que establezca con sus necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción.

3.9.3. MODELO DE CONVOY.

Este modelo teórico del apoyo social desarrollado por Robert Kahn y Toni Antonucci (1980) enfatiza el desarrollo de las relaciones sociales informales a lo largo del ciclo vital y su papel en la provisión de apoyo social (Pinazo, 2006). Plantea que a lo largo del ciclo vital las personas experimentan tensiones, transiciones y momentos de crisis y cambio en los que están presentes un número pequeño y seleccionado de personas de las que recibe el apoyo emocional e instrumental y a partir de las que se conforma la identidad.

El término “convoy” fue acuñado por el antropólogo David Plath (1975) y hace referencia a una suerte de capa protectora de familiares y amigos que rodea al individuo y le acompaña a lo largo de su vida, ayudándole a afrontar los cambios que experimenta. De esta manera el convoy implica apoyo que es proporcionado por el grupo de personas calificadas como centrales en la vida del individuo. Es decir, una

persona a lo largo de su vida cuenta con grupos de personas con las que realiza intercambios de apoyo.

Desde un punto de vista teórico, estas capas de apoyo son dinámicas y cambiantes, pero a la vez duraderas y estables a lo largo del ciclo vital. En otras palabras, el convoy puede cambiar en algunos casos y en otros permanecer igual. A modo de ejemplo, las relaciones padres e hijos suelen permanecer estable en el tiempo, no así las relaciones establecidas con vecinos y amigos.

3.9.4. MECANISMOS DEL EFECTO DEL APOYO SOCIAL.

La aportación de Peggy Thoits (1995, 2011) en torno a los mecanismos a través de los cuales el apoyo social tendría un efecto beneficioso en el bienestar de las personas supone uno de los ámbitos de investigación más relevantes en el ámbito del apoyo social. Esta autora ha elaborado una propuesta con siete mecanismos derivados de las redes de apoyo social, tales como: influencia social, comparación social, control social, autoestima, sensación de control, pertenecía/compañerismo y apoyo social percibido. Bajo el supuesto de que las relaciones sociales son multidimensionales, es posible que incidan de distintas maneras en el bienestar físico y mental de las personas, si bien influyen principalmente en la amortiguación del estrés. En este apartado se desarrollarán aquellos mecanismos de los citados que tienen mayor aplicabilidad a los objetivos del estudio y que no han sido analizados anteriormente.

Influencia social/Comparación social. Las personas obtienen de sus respectivos grupos de referencia (redes sociales) las normas y orientaciones para sus comportamientos. Generalmente se realiza una evaluación de los propios comportamientos con respecto

a los declarados por el grupo de referencia, y el sujeto tiende a cambiar sus comportamientos para que éstos coincidan con los del grupo. De esta manera los grupos de referencia pueden modelar comportamientos de riesgo o bien protectores para la salud física y mental.

Control social. Hace referencia los intentos explícitos de los miembros de la red social por vigilar, promover, persuadir, recordar o presionar a una persona para que adopte conductas saludables. Pero al igual que los mecanismos antes descritos, pueden tener efectos beneficiosos o perjudiciales en las personas. De esta manera, el control social puede incidir en conductas de riesgo o bien pueden resultar ser conductas excesivamente dominantes e intrusivas que generen resistencia a cambiar las conductas no saludables.

Pertenencia/Compañerismo. La pertenencia implica la aceptación y la inclusión de los miembros a un grupo primario o secundario. La aceptación del grupo garantiza que las propias necesidades de sus miembros serán satisfechas por el grupo. Tanto la aceptación como el compañerismo tienen efectos positivos en la salud física y mental de las personas. En un sentido contrario, la falta de compañerismo se relaciona con depresión, ansiedad, malos hábitos de salud y mala salud.

3.10. EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL.

Tal y como se ha señalado a lo largo del presente capítulo, resulta complejo definir el apoyo social, por tanto igualmente es compleja su evaluación o medición. Así, existen múltiples instrumentos de medición, los cuáles suelen centrarse en algún aspecto específico del apoyo social, más que en dimensiones globales.

Siguiendo la propuesta de Barrón (1996) una primera taxonomía a considerar en los instrumentos de medición del apoyo social, consiste en diferenciar aquellos que se centran en los aspectos estructurales, frente a los que se centran en los funcionales.

Aquellos que miden *aspectos estructurales* realizan el análisis desde las redes sociales, y por tanto evalúan la existencia de personas que son potencial o realmente fuentes de apoyo. En otras palabras, proporcionan un índice objetivo e indirecto de la disponibilidad de las funciones de apoyo.

Otro aspecto estructural que se analiza es la integración social, lo que suele ser medido solicitándole al sujeto que enumere las relaciones sociales de las que dispone o bien el número de contactos sociales que ha mantenido en un determinado tiempo. Su manera de operacionalizar es la siguiente (Krause, 1989):

Indicadores sociodemográficos: Mediante la presencia de ciertos lazos sociales, tales como estado civil, número de hijos, número de personas que viven en el hogar. Tal como se ha visto la existencia de ciertas redes sociales no garantiza el intercambio de apoyo social, ya que se trata de condiciones en las cuáles puede que se dé el apoyo.

Número de relaciones íntimas: Se tratan de las relaciones más significativas para el sujeto, lo que de igual manera no garantiza que se otorgue apoyo social, sobre todo en situaciones de necesidad.

Análisis de red: Se realiza una descripción de la red social del sujeto a partir de componentes tales como tamaño, densidad, grado de conexión, etc. Este análisis proporciona información sobre las relaciones concretas en las que se intercambia apoyo, pero puede también incluir relaciones que son fuente de tensión.

Respecto a los instrumentos que miden *aspectos funcionales*, se trata de instrumentos que evalúan o analizan subjetivamente los aspectos cualitativos del apoyo, tales como grado de satisfacción, grado de felicidad, entre otros. Dentro de estas medidas se puede distinguir entre las que evalúan los tipos de apoyo social que se dan en las relaciones sociales, las conductas de apoyo real o funciones que cumplen las relaciones sociales y las que miden apoyo social percibido.

Cuando se evalúan las funciones de apoyo – emocional, material e informacional – suelen medirse de manera separada para comprobar sus efectos en el bienestar del sujeto.

Por otro lado, las medidas de apoyo social real o recibido, miden la cantidad de ayuda que realmente ha recibido una persona de otras en un periodo de tiempo determinado. Algunas dificultades que presenta esta medición son la falta de acuerdo entre donante y receptor respecto al apoyo social otorgado o bien el sesgo del recuerdo.

Finalmente, las medidas de apoyo social percibido se basan en la disponibilidad percibida de un sujeto en caso de requerir apoyo. Incluye aspectos de evaluación cognitiva, puesto que el individuo realiza una evaluación de los procesos en los que se ve implicado, y a la vez psicológica, puesto que permite conocer las representaciones psicológicas que los individuos mantienen sobre sus sistemas de apoyo (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

En el momento de seleccionar un instrumento o medida del apoyo social se debe tener en cuenta los objetivos de la investigación, tal como plantea Díaz Veiga (1987) en su

clásica revisión de la evaluación del apoyo social. Será más adecuada una medida estructural para la obtención de un conocimiento global y objetivo de las relaciones sociales de individuo, en tanto que una medida funcional será más adecuada para buscar asociaciones con variables de salud y bienestar.

En lo que refiere a la evaluación del apoyo social en personas mayores, Kane y Kane (1993), en su revisión de instrumentos, dan cuenta de los siguientes tipos: procedimientos que tratan de analizar el entramado social (red social) de la persona mayor, cuestionarios dirigidos a establecer el intercambio de ayuda que se produce entre distintas generaciones, valoraciones de expertos sobre funcionamiento social, y autoinformes de actividad social.

Fernández Ríos, Torres y Díaz (1992: 98) concluyen a partir de diversos estudios respecto a la evaluación del apoyo social, lo siguiente:

- Las escalas para la evaluación del apoyo social no suelen presentar propiedades psicométricas aceptables.
- La carencia de una definición consensual del apoyo social hace muy difícil comparar diferentes instrumentos.
- Lo que evalúan las escalas disponibles tal vez no incluya una conceptualización aceptable de apoyo social. Sin embargo, sí parece existir cierta correlación entre los contenidos de las diferentes escalas.

De igual manera Barrón (1996) da cuenta de algunos problemas metodológicos en el estudio del apoyo social, tales como:

-Confusión operacional: Cuando se estudia el apoyo social y el estrés, algunos autores plantean que no se pueden separar operacionalmente, dado que numerosos eventos estresantes representan pérdidas o rupturas de redes. Sin embargo, en la medida que se solapan, afectan la posibilidad de evaluar sus impactos relativos en el bienestar. De igual manera tampoco resulta conveniente el excluir de los instrumentos de evaluación a aquellos ítems que representan pérdida de redes.

Asimismo, existe confusión operacional entre las medidas de apoyo social y las de malestar psicológico, frente a lo cual Barrón (1996) plantea la importancia de minimizar el solapamiento conceptual y operacional entre ambos, dado que la tendencia a que esto suceda es mayor en casos en que las medidas de salud utilizadas son un autoinforme y el apoyo social es evaluado mediante su concepto subjetivo de satisfacción percibida con el mismo.

-Interpretación causal: La mayoría de las investigaciones sobre apoyo social son de alcance correlacional y de tipo retrospectivos. La dificultad de un estudio retrospectivo radica en la falta de control sobre trastornos o síntomas del sujeto, lo que pudiese ser solucionado con estudios longitudinales. En cuanto al alcance, para que fueran de tipo explicativo, sería necesaria la manipulación del grado de apoyo social en distintos grupos, lo que supone problemas de índole ético.

-Mecanismos de actuación en la salud: Queda aún por aclarar si los efectos del apoyo social en salud están mediado por cambios conductuales, fisiológicos, perceptuales o por una combinación de estos tres elementos.

Barrón, Lozano y Chacón (1988) defienden que al evaluar el apoyo social se deben tener en cuenta los siguientes aspectos (haciendo referencia a Bruhn y Phillips, 1984): El apoyo social es un aspecto dinámico, interactivo y forma parte de la cotidianidad de las personas; de igual manera las necesidades de apoyo social son dinámicas al cambiar según las situaciones que afronte el individuo, a lo que se suma que la percepción entre necesidad y disponibilidad del apoyo dependerá del funcionamiento físico, psicológico y social del sujeto; los distintos niveles de dónde provenga el apoyo social han de entenderse conjuntamente, ya sea el individual, el grupal y el institucional y comunitario. Relacionado con lo anterior una persona puede recibir simultáneamente apoyo social de fuentes formales e informales.

3.11. INTERVENCIONES A PARTIR DEL APOYO SOCIAL.

El apoyo social brinda múltiples opciones en el diseño de intervenciones sociales, por ello es incorporado cómo una estrategia o bien como un indicador por disciplinas como la Antropología, Psicología, Sociología, Trabajo Social, Gerontología Social, entre otras. Las intervenciones pueden efectuarse desde un nivel macro, marco, en la formulación y ejecución de políticas sociales, hasta un nivel micro de intervención social, cara a cara con el individuo, la denominada intervención de caso desde el Trabajo Social.

De igual manera las intervenciones desde el apoyo social pueden ser a nivel comunitario, institucional, grupal e individual y con fines distintos como por ejemplo promoción, prevención o asistencia en salud. Arias (2006) agrega que el trabajo desde el apoyo social además apunta a la resolución de problemáticas concretas y produce

un beneficio adicional en ámbitos como la autoconfianza, la propia competencia, en la colaboración, la solidaridad y la pertenencia.

Vaux (1988) señala que las intervenciones de apoyo social pueden centrarse en mejorar la utilización del apoyo existente, desarrollar y mantener recursos de red de apoyo o bien ofrecer, movilizar y aceptar conductas de apoyo y valorarlo de forma adecuada.

Además, desde una perspectiva comunitaria, el apoyo social facilita el sentimiento de pertenencia a una comunidad específica, lograr incrementar la influencia recíproca entre sus miembros, fomentar la integración y la satisfacción de las necesidades de los miembros de la comunidad. En concordancia con ello la psicología comunitaria, tal como plantea Gracia (1997), parte de la premisa que la desorganización y desintegración sociales y la disolución de redes de apoyo y de grupos primarios son parte de la génesis de los problemas psicosociales actuales (drogodependencia, delincuencia, marginación, problemáticas familiares, entre otras). Desde esta mirada las intervenciones centradas en los sistemas de apoyo comunitario, junto con el desarrollo y potenciación de redes informales de apoyo, se configuran en intervenciones proveedoras de apoyo social decisivas para el ajuste psicológico y social de los individuos, especialmente en el caso de comunidades marginadas, excluidas, deprivadas y alejadas de los servicios sociales y del sistema social en general.

Otra propuesta interesante, desde la intervención en apoyo social, la realiza Gottlieb (1983) quien plantea la movilización de apoyo social de tres formas: a) mejorando la calidad del apoyo que proporciona la red social, b) promocionando la afiliación entre

personas que tienen que afrontar circunstancias estresantes similares, c) intentando reintegrar a las personas a una red que responda a sus necesidades personales o reorientándolas a sectores de su red que disponen de recursos psicológicos más apropiados.

En lo que respecta a los niveles de intervención, Gottlieb (1988) desarrolla una interesante tipología que es tomada por Gracia (1997) y se representa en el siguiente cuadro:

Cuadro.3.11.1. Apoyo social: estrategias y niveles de intervención.

NIVEL DE INTERVENCIÓN	EJEMPLOS
<p>INDIVIDUAL</p> <p>1. Proveedor del apoyo 2. Receptor del apoyo</p>	<p>1.1. Promoción de creencias acerca de la legitimidad y eficacia del apoyo social informal.</p> <p>1.2. Promoción de estilos de afrontamiento que faciliten la movilización del apoyo social.</p> <p>2.1. Control de los niveles de ansiedad en los intercambios de apoyo</p>
<p>DIÁDICO</p> <p>1. Apoyo de un miembro clave de la red social 2. Introducción de un nuevo vínculo social</p>	<p>1.1. Apoyo durante el proceso de cambio de hábitos de salud.</p> <p>1.2. Apoyo durante el parto.</p> <p>1.3. Promoción durante los estilos de afrontamiento que faciliten la movilización del apoyo social.</p> <p>2.1. Visitas al hogar</p> <p>2.2. Apoyo a madres solteras</p> <p>2.3. Terapia de compañía</p>
<p>GRUPAL</p> <p>1. Apoyo de miembros de la red social 2. Crear un grupo de nuevos vínculos sociales. 3. Sistema social 3.1. Definiciones de rol 3.2. Cambios estructurales y organizacionales</p>	<p>1.1. Promoción de la red de apoyo informal</p> <p>1.2. Terapia de red</p> <p>1.3. Evaluación y desarrollo de redes de apoyo</p> <p>2.1. Creación de grupos de apoyo</p> <p>2.2. Programas de apoyo a la familia</p>

	<p>2.3. Programas de rehabilitación psicosocial</p> <p>3.1.1. Ampliación del rol desempeñado</p> <p>3.2.1. Introducción de nuevas normas</p> <p>3.2.2. Introducción de nuevas estrategias de desarrollo organizacional que enfatizan la colaboración y la ayuda mutua.</p>
COMUNIDAD	<p>Campañas de educación pública</p>

Fuente: Gracia, 1997: 41.

En las diversas etapas del ciclo vital, el apoyo social ejerce un rol relevante en la resolución de conflictos o crisis. Durante la vejez, se presentan una serie de dificultades. En el ámbito económico, las pensiones no logran muchas veces satisfacer adecuadamente sus necesidades; asimismo los sistemas de protección social, especialmente los ligados al ámbito de la salud son inexistentes o limitados; a lo que suman las pérdidas familiares y de amistades ligadas al envejecimiento, entre otros problemas. Frente a lo cual las redes de apoyo familiar y otras redes personales y comunitarias constituyen la estructura de apoyo principal para las personas mayores (Huenchuan y Sosa, 2000).

Gracia (1997) añade la prevención del aislamiento social de las personas mayores, creando sistemas de apoyo social (sistemas formales, grupos de autoayuda y redes informales), lo que permite el mantenimiento de las capacidades funcionales de los mayores, junto con la promoción de un envejecimiento saludable. Al incorporar las intervenciones centradas en el apoyo social en las personas mayores, no solo se contribuye a la prolongación de la esperanza de vida, sino que además se incrementan las expectativas de las personas para seguir siendo miembros activos en la vida social y cultural de las comunidades a las que pertenece.

Conviene resaltar que los diversos programas de intervención dirigidos a fomentar, utilizar, fortalecer o crear recursos sociales proveedores de apoyo social en personas mayores tienen como objetivo fomentar el funcionamiento autónomo de los mayores en la comunidad, a través de diversas fuentes de apoyo (Fernández- Ballesteros et al., 1992).

Ya advertían Kahn y Antonucci (1981) que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo, sino más bien un grupo diverso, pudiendo influir en esta diversidad variables como la edad, el sexo, el nivel de dependencia, el estado de salud (física o mental), el estatus socioeconómico, la localización geográfica, el origen étnico, el estatus marital y la tenencia de hijos, entre otros. Por tanto el planteamiento de estrategias de intervención adecuadas a las necesidades de este grupo dependerá estas diferencias.

Interesante es la propuesta de Biegel, Shore y Gordon (1984) quienes plantean algunos elementos a considerar en las intervenciones sociales, dirigidas al fortalecimiento de los sistemas de apoyo en las personas mayores, a la creación de redes sociales inexistentes y/o la prevención de una institucionalización innecesaria o prematura:

- Reconocimiento de la heterogeneidad de las personas mayores y focalizar las intervenciones en aquellos grupos de mayor riesgo.
- Reconocimiento de la importancia y significación de las diversas pérdidas que afrontan las personas mayores, haciéndose necesario mejorar la capacidad de afrontamiento de los mayores.

- Fortalecimiento de la capacidad de las familias para proporcionar apoyo a la persona mayor, intentando a la vez aliviar y reducir el estrés que genera este cuidado.
- Fortalecimiento de las capacidades de las amistades, vecinos y posibles fuentes de apoyo en la comunidad, para asegurar una red integral de apoyo a la persona mayor.
- Fortalecimiento de las redes sociales existentes y mejora de la coordinación entre fuentes formales e informales de ayuda, para evitar de esta manera la fragmentación.

A continuación se analizarán las principales estrategias de intervención social desde el apoyo social dirigidas a personas mayores.

3.11.1. PERSPECTIVA DE EMPODERAMIENTO: GRUPOS DE APOYO Y GRUPOS DE AUTOAYUDA.

Autores como Fernández Ríos, Torres y Díaz (1992) plantean que el apoyo social puede ser abordado desde la perspectiva del “empoderamiento” (*empowerment*), que se refiere a la capacidad del sujeto para controlar su propia conducta. Se relaciona directamente con la integración de aspectos de personalidad, factores cognitivos y motivacionales que fomentan el control (real o percibido) y la conducta del sujeto. Los mecanismos a través de los cuales el apoyo social puede fomentar el empoderamiento son la reducción de sentimientos de indefensión, el aumento de la autoeficacia y el sentimiento de competencia.

El empoderamiento puede presentarse a nivel individual, grupal o comunitario, siendo su objetivo el mismo: reducir el sentimiento de indefensión, haciendo que las personas se consideren útiles y con competencia para llevar a cabo determinadas conductas.

Siguiendo la línea del empoderamiento, una intervención que se basa en los principios de esta estrategia son los denominados **grupos de apoyo**, definidos como aquellos grupos pequeños constituidos voluntariamente para alcanzar un fin específico (Katz, 1981). En estos grupos se potencia la capacidad de las personas para ayudarse a sí mismas y para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas, facilitando el desarrollo de la autonomía personal.

Siguiendo los postulados de Hombrados, García y Martimortugués (2004) los grupos de apoyo procuran devolver a los sujetos el control sobre sus propias vidas, convirtiéndolos en participantes activos en el desarrollo de recursos, en el afrontamiento de situaciones problemáticas y en la provisión de apoyo. Estos grupos, como refiere Katz (1992), ofrecen a la persona ayuda, proporcionan sentimientos de pertenencia y desarrollan el poder de los individuos.

Suelen ser confundidos los grupos de apoyo con los de autoayuda. En este sentido Gottlieb (1988) realiza una clara diferenciación al plantear que los grupos de apoyo están dirigidos por un profesional, están limitados en el tiempo, el número de miembros es fijo y combinan la experiencia con el conocimiento del experto. Frente a ellos los grupos de autoayuda no están limitados en el tiempo y funcionan autónomamente sin la presencia de un profesional, el propio grupo gestiona sus objetivos y forma de funcionamiento.

Pese a las diferencias, se advierte que ambos grupos forman parte de un continuo, ya que los grupos de autoayuda en un principio están dirigidos por un profesional hasta que el grupo logra la autonomía como grupo de autoayuda. Y a la inversa puede que

un grupo de autoayuda puede recurrir a un marco institucional o bien a un profesional y funcionar como un grupo de apoyo durante un tiempo.

Los grupos de apoyo pueden ser aplicados a grupos distintos y con problemáticas también distintas. Brevemente se analizará una experiencia de grupos de apoyo en personas mayores. Al respecto destaca la investigación efectuada por Hombrados, García y Martimortugués (2004) quienes investigaron a 38 sujetos que voluntariamente participaron en grupos de apoyo para enfrentar problemas derivados del envejecimiento en la ciudad de Málaga. El objetivo de este estudio fue aplicar la metodología de grupos de apoyo en personas mayores y comprobar sus efectos sobre la percepción del apoyo social recibido. Se formaron 4 grupos (3 de 10 miembros y 1 de 8 miembros) según rangos de edad y se desarrollaron 8 sesiones. Para evaluar el apoyo social percibido se aplicó el Inventario de recursos Sociales de Díaz Veiga (1987) al comienzo del proceso y a la finalización de éste. Los resultados indican un cambio significativo en la percepción del apoyo social, la cual aumentó en las distintas fuentes proveedoras de apoyo (cónyuge, hijos, familiares y amigos). Aumentó tanto la frecuencia del apoyo recibido, como la satisfacción con el mismo. Otro resultado interesante es que el grupo de apoyo se transformó en un grupo de autoayuda, de los 38 participantes 20 continuaron en esta nueva agrupación. Los investigadores concluyen en la relevancia de los grupos de apoyo para la intervención con personas mayores, siendo una herramienta eficaz de apoyo para enfrentar la vejez.

Los grupos de apoyo son una efectiva estrategia de intervención. Siguiendo a Levine y Perkins (1987) se identifican seis funciones de los grupos de apoyo:

1. Los grupos de apoyo promueven el sentimiento psicológico de comunidad. Descubrir que otros experimentan el mismo problema y los mismos sentimientos ayuda a convertir la crisis personal en experiencia social.
2. Proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria de las personas que no se ajustan a la norma ideal.
3. Proporcionan una oportunidad para la autorrevelación y crítica mutua. Al compartir los miembros sus sentimientos y experiencias se desarrolla un sentimiento de solidaridad grupal.
4. Proporcionan modelos de conducta. Las conductas positivas de los sujetos sirven como modelo a los demás miembros del grupo.
5. Enseñan estrategias efectivas de afrontamiento con los problemas diarios.
6. Proporcionan una red de relaciones sociales. Los miembros constituyen una red de amigos y relaciones sociales que no son fácilmente asequibles de otra forma para la persona que se encuentra en una crisis vital, difícil de comprender por aquellos que no comparten el problema.

Al igual que los grupos de apoyo, los denominados **grupos de autoayuda** constituyen una estrategia de intervención a través del apoyo social ampliamente utilizada. Una de las conceptualizaciones clásicas y que ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud, es la de Katz y Bender (1976), para quienes los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un hándicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir

cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia proporcionan ayuda material así como apoyo emocional, están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal.

Los grupos de autoayuda proporcionan a sus miembros diversos beneficios o bien cumplen con diversas funciones del apoyo social. En este sentido Richardson (1983) señala entre ellas el apoyo emocional, información y consejo, servicios directos, actividades sociales y actividades como grupo de presión; a lo que agrega Orford (1992) la provisión de modelos de rol, una ideología, ideas acerca de formas de afrontamiento, una oportunidad de ayudar a otros, compañía y sentimientos del control.

En ámbitos como la vejez, Gracia (1997), en su revisión de estrategias de apoyo social en intervenciones con personas mayores, resalta la importancia y la aplicabilidad de los grupos de autoayuda en situaciones como la viudez. En este sentido, el autor defiende que la evidencia empírica demuestra la eficacia del rol de estos grupos en la prevención de efectos negativos, tanto físicos como psicológicos, en las personas mayores que han perdido a su pareja. Agrega que los grupos de autoayuda en circunstancias de viudedad constituyen una fuente de apoyo alternativa y menos estigmatizante, asimismo son un complemento para las personas que buscan apoyo en profesionales. Finalmente, el autor plantea que esta

estrategia de intervención supone proporcionar a la persona mayor de un recurso a largo plazo y con elevados niveles de empatía, de modo que permite prevenir disfunciones y le permiten a la persona crear nuevas redes sociales.

3.11.2. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA REDES FORMALES E INFORMALES.

Tal como plantea Gracia (1997) el apoyo social y la ayuda mutua puede surgir de manera espontánea o bien intencionalmente a través de iniciativas informales y formales. Cuando se trata de fuentes informales típicamente nos referimos a la red personal del sujeto, que puede incluir a la familia nuclear o la extensa, amistades y vecinos, miembros de asociaciones comunitarias e incluso voluntarios. En cambio las fuentes formales hacen referencia a los programas institucionalizados. Brevemente se analizarán las intervenciones centradas en fuentes informales y formales.

a) Intervenciones centradas en redes formales.

Las redes formales, ya sean pública o privadas, son fuente de apoyo social en las personas mayores a través de de las siguientes modalidades: subsidios (vivienda, agua, luz, etc.), viviendas con comodidades especiales, ayudas a domicilio, empleo remunerado post-jubilatorio, trabajos voluntarios, educación para las personas mayores (principalmente educación superior), descuento en el pago de servicios, cursos pre-jubilatorios, organización de actividades culturales, centros de día y clubes (Miranda, 2005). Arias (2006) añade otras como unidades de apoyo en el vecindario, viviendas protegidas, ayudas a domicilio, grupos de apoyo, programas orientados a la promoción, educación y formación de apoyos informales, proyectos intergeneracionales, programas de rehabilitación psicosocial, campañas de educación

pública, ayudas técnicas, etc. En el caso particular de Chile, como se señaló es el Servicio Nacional de Adultos Mayores (SENAMA) el organismo público que formula, coordina y ejecuta las iniciativas en estas materias.

La mayoría de estas iniciativas se orientan a que la persona mayor permanezca en su hogar y participe activamente de la comunidad. Pero también como parte del apoyo de redes formales se encuentran las residencias para personas mayores. En este sentido, dentro de las residencias (públicas o privadas) las personas mayores pueden participar en diversas estrategias de intervención centradas en el apoyo social, ya sea grupos de autoayuda o programas de apoyo orientados a familiares, entre otros.

b) Intervenciones con la familia.

La familia, como se verá en el próximo apartado, constituye una de las principales fuentes de apoyo social en las personas mayores. Tal como refieren Antonucci y Akiyama (1987), existe una suerte de “supremacía de las relaciones familiares” en la vejez. Sobre todo en situaciones de dependencia, los cuidadores suelen ser familiares, ya sea frente a problemas de salud o bien de deterioro de la autonomía del mayor.

Dentro del grupo familiar, el rol de cuidador en circunstancias de personas mayores dependientes suele ser ejercido por mujeres, ya sean las hijas o, sobre todo en el caso de hijos únicos varones, las nueras. Ello no excluye la posibilidad de que los hombres estén al cuidado de sus cónyuges o sus madres o padres. Sin embargo, típicamente los hombres en un principio se responsabilizan por el cuidado, pero cuando la situación cambia o empeora solicitan apoyo de un profesional, principalmente un trabajador social. Martín (2002) realiza un análisis, según sea el miembro, de cómo el grupo

familiar se verá afectado por su rol de cuidador. Cuando la persona que cuida es la hija suelen atribuir el cuidado a un sentimiento de obligación, que les hace sentir bien por haber optado dentro del grupo familiar por ejercer este rol. Suele darse el caso en las cuidadoras hijas de una inversión de roles al convertirse en madre de sus propios padres, lo que genera incomodidad, suelen sentirse agobiadas y prisioneras de una relación de dependencia (que puede llevar a una patología de dependencia hacia los padres).

Cuando el cuidador es el esposo, suele tener una autoestima alta y gran satisfacción, junto con un sentimiento de ser buenos esposos y sacrificados. Suelen recibir por parte de otras personas, en especial amigos, un refuerzo positivo a su labor. Sin embargo, cuando la situación de dependencia se torna más compleja, con frecuencia solicitan apoyo de otros familiares o bien solicitan el ingreso de su mujer en una residencia. Esto en parte dependerá del nivel de satisfacción previo en la relación mantenida con su pareja: si ésta era satisfactoria agotarán todas las fuerzas físicas y psíquicas, mientras que si no lo era difícilmente se prolongará un buen cuidado.

Cuando la cuidadora es la esposa, esta suele considerar que el cuidado que otorga no es suficiente, y no percibe su labor como una virtud o algo extraordinario. Tienen un fuerte sentimiento de culpabilidad frente a las enfermedades o sintomatología que presente su esposo. A diferencia del hombre no parece importar el nivel de satisfacción de la relación previamente sostenida, aunque ésta fuese mala prima un sentimiento de compasión/obligación.

Cuando el cuidador es la nuera, suele tener un buen autoconcepto y alta autoestima. Primará el tipo de relación que se establezca con la familia política. En caso de una relación positiva, la nuera apoyará con decisión, especialmente si se sienten apoyadas por su pareja. Cuando ha sido negativa, puede que no se dé el apoyo o en caso de darse solo se dará un apoyo instrumental (cuidado físico).

Tal como refieren Fernández-Ballesteros, et al. (1992) los cuidados que desarrollan los familiares suelen atender a una gran variedad de problemas de funcionamiento de las personas mayores, tales como son la salud física, desorientación, fallos en la memoria, entre otros, así como el progresivo deterioro de la autonomía personal. Frente a ello las intervenciones con familias se centran en suministrar habilidades e información sobre aspectos relevantes del proceso del envejecimiento. De esta manera los miembros de la familia no solo adquieren información sino que también aprenden nuevas habilidades para resolver problemas en la atención diaria a personas mayores. En lo que refiere al apoyo social, se intenta fortalecer el rol de fuente de apoyo que la familia desempeña periódicamente y el cuál se ve amenazado por situaciones de estrés, sobrecarga o el desconocimiento de cómo apoyar. En otras palabras se trata de programas de intervención orientados a entrenar a la familia cuidadora de las personas mayores.

Cabe señalar que el familiar o los familiares que desempeñan el rol de cuidador, especialmente en los casos que la persona mayor es dependiente, se enfrenta a las siguientes problemáticas (Yaguas, Leturia y Leturia, 2001):

- Conflictos familiares: Los conflictos familiares son una de las principales consecuencias negativas en el cuidado de una persona dependiente, éstos se asocian a su vez a las siguientes cuestiones: respecto a la definición de la enfermedad y de cómo proveer cuidado; cómo y cuántos miembros de la familia deben cuidar a la persona dependiente y cómo apoyar al cuidador principal.

- Problemas laborales: Generalmente quienes ejercen el rol de cuidador presentan conflictos en su ámbito laboral, ya sea por absentismo o bien estar en situación de estrés. Asimismo existen otros factores que pueden incrementar esta situación de riesgo o conflicto, tales como: la salud psicoafectiva de los miembros de la familia cuidadora; el número de las tareas que el cuidador debe realizar; la presencia de hijos pequeños en la residencia del cuidador y el que se entremezclen responsabilidades laborales al mismo tiempo que responsabilidades respecto al cuidado.

- Disminución del tiempo libre y de las actividades sociales: Los cuidadores ven restringido su tiempo libre y con ello la posibilidad de efectuar actividades sociales, siendo el principal problema de esta situación la falta de apoyo social para quienes ejercen el rol de cuidador.

- Evidencias de trastornos clínicos: Los cuidadores suelen desarrollar cuadros depresivos, experimentar sentimientos de ira y hostilidad o bien trastornos de ansiedad. Asimismo pueden ver afectada su salud física, principalmente debido a problemas cardiovasculares e inmunológicos.

Con objeto de solucionar o prevenir las problemáticas antes expuestas, se pueden aplicar las intervenciones centradas en grupos de ayuda para familiares y allegados

que cuidan a las personas mayores. En ellos, los familiares compartirán información y experiencia en la resolución de problemas similares como cuidadores de personas mayores. Para Fernández- Ballesteros et al. (1992) el procedimiento de intervención comprende tres módulos de tratamiento (información, resolución de problemas y apoyo) y tres diferentes modalidades de intervención (sesiones con el cuidador principal, los familiares y participación en grupos de apoyo).

Junto con habilitar y fortalecer a la familia en el rol de apoyo a las personas mayores, resulta relevante conectar al grupo familiar con las instituciones y recursos de la comunidad relacionados con el envejecimiento. Es decir, conectar al nodo familiar a la red comunitaria e institucional de apoyo a las personas mayores, sean éstas públicas o privadas, para que de esta manera los cuidadores puedan acceder y coordinarse con los servicios disponibles en la comunidad para atender de manera integral al mayor.

c) Intervenciones con los vecinos.

Ya se advertía que la familia constituye la fuente principal de apoyo en los mayores. Junto con los familiares, que pueden o no cohabitar con ellos, los vecinos también se configuran como redes de apoyo social cercana (por la disponibilidad física) en las personas mayores, en las tareas o actividades diarias que deben desempeñar y muchas veces se constituyen en proveedores de información frente a problemáticas propias de la vejez. Por ello, la intervención con los vecinos intenta movilizar las redes sociales de la comunidad en la que reside la persona mayor. Dicho en otras palabras, se trata de incrementar los sistemas de apoyo natural disponible para los mayores (Fernández- Ballesteros et al., 1992).

El apoyo social que proporcionan los vecinos es complementario al otorgado por los familiares. Si bien la familia se caracteriza por dar apoyo instrumental y emocional a las personas mayores, los vecinos también se configuran como importantes proveedores de apoyo instrumental y principalmente informacional. De esta manera los programas de intervención dirigidos a vecinos o miembros de la comunidad cercana a las personas mayores, pretenden mejorar las habilidades de determinados agentes de la comunidad para que puedan identificar las necesidades y los recursos disponibles para satisfacerlas.

De igual manera, esta estrategia centrada en los vecinos puede identificar y posteriormente formar agentes relevantes en apoyo social a mayores, pudiendo ser un sacerdote, integrantes de un club de adultos mayores u otras organizaciones sociales.

Finalmente, es relevante señalar que las intervenciones centradas en el apoyo social del vecindario proporcionan para el caso de mayores dependientes ayuda y apoyo de forma continuada en sus propios hogares, evitando muchas veces la institucionalización; asimismo son una alternativa flexible y participativa en el apoyo a la satisfacción de necesidades (tanto para la persona mayor, como para su cuidador) (Gracia, 1997).

d) Intervenciones con redes comunitarias.

Dentro de esta categoría la de redes comunitarias, también pueden incorporarse los vecinos. Tal como refiere Gracia (1997) los centros, clubes, asociaciones, organizaciones, etc. proporcionan a las personas mayores nuevas oportunidades para la socialización y un contexto para desarrollar nuevos roles. En el caso específico de

Chile, la participación en agrupaciones de personas mayores – club de adultos mayores – se conforman como redes informales en las que participan vecinos, amigos y conocidos de la zona. Al igual que la estrategia de intervención en el caso ya mencionado de vecinos, se buscará potenciar esta de red de apoyo, en su rol complementario al apoyo ofrecido por la familia.

Conforme al estudio efectuado por Montes de Oca (2005), la participación en redes comunitarias permite a las personas mayores reconstruir un sentido de pertenencia y una identidad entre pares con experiencias similares, transiciones y vivencias comunes. La importancia de realizar intervenciones sociales que busquen potenciar las redes sociales comunitarias, se debe a su impacto directo en la calidad de vida de las personas mayores. De igual manera, las redes comunitarias de apoyo permiten reconstruir una identidad social que facilita a las personas mayores una mayor participación ciudadana en la solución de sus demandas colectivas.

En otras palabras, las redes comunitarias constituyen un espacio extrafamiliar, otorgando al mayor un contexto afectivo, de compañía y seguridad. Además, por el tipo de actividades que realizan, son un espacio de recreación, de ocio e incluso saludable, puesto que muchas agrupaciones incorporan actividades deportivas.

3.12. TRABAJO SOCIAL E INTERVENCIONES DESDE EL APOYO SOCIAL.

En este apartado se analizarán las principales propuestas de intervención desde el apoyo social en la disciplina del Trabajo Social¹. Se advierte que desde la génesis de la disciplina indirectamente se ha incorporado la variable apoyo social. Así se observa en

¹ En este trabajo se usará el concepto genérico de “trabajador social”, con el objetivo de no fatigar la lectura con el uso de la expresión “trabajador/a social” y similares.

una de las figuras emblemáticas como Jane Adams (1931), quien propone la intervención a través de grupos de autoayuda. Sin olvidar que esta investigación versa sobre el apoyo social en personas mayores, brevemente se abordarán las principales implicaciones del trabajo social gerontológico o con personas mayores para posteriormente ahondar los alcances metodológicos e investigaciones sobre intervención en trabajo social desde el apoyo social.

3.12.1. TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO.

En el primer capítulo se advertía el carácter multidimensional del envejecimiento, que supone un proceso vital biopsicosocial que se compone de al menos tres aspectos, a saber, los biológicos, psicológicos y sociales. Por ello disciplinas sociales como el trabajo social realizan un aporte directo a la intervención de las personas mayores.

“El Trabajo Social, como profesión y disciplina científica de las ciencias sociales implicadas en el conocimiento de la vejez, aporta a la Gerontología una decidida orientación práctica; una acción – intervención reflexiva y profesional. Interviene con metodología propia, dándole un enfoque gerontológico” (Martín, 2003: 48).

De esta manera la participación de los trabajadores sociales va desde la elaboración hasta la implementación de políticas públicas en materia de vejez, ya sea para generar cambios personales o bien crear las condiciones ambientales con orientación preventiva, asistencial o promocional. Las aportaciones del trabajo social al campo gerontológico se enfocan en el ámbito de las necesidades sociales, del bienestar social y de la creación del sistema público de Servicios Sociales.

Desde el ámbito de la prevención, Sánchez (1993) plantea que la intervención en trabajo social se orienta en tres niveles, no excluyentes entre sí:

Prevención primaria: Que conlleva acciones encaminadas a detener o prevenir fenómenos que pueden afectar a la persona mayor, por ejemplo programas de preparación para la jubilación.

Prevención secundaria: Que conlleva el manejo de situaciones problemáticas existentes en la vida de la persona mayor, por ejemplo dotar de estrategias de afrontamiento ante la pérdida de un cónyuge.

Prevención terciaria: Que pretende reducir los efectos de una condición de incapacidad y ayuda a la persona mayor, con el objeto de recuperar el nivel máximo de su funcionamiento, por ejemplo en el caso de un mayor institucionalizado evitar que éste se vuelva dependiente al personal que trabaja en la institución.

En esta línea, Martín (2003: 106-107) plantea la existencia de tres niveles de intervención en el trabajo social con personas mayores:

1. Trabajo social individual y/o familiar: Es el primer paso para la intervención con mayores, comienza con la recepción de la persona mayor y/o su grupo familiar, se analiza la demanda, se valora la problemática o situación; se buscan las fórmulas de intervención y atención continuada, y termina con la evaluación de cambios obtenidos y el posterior seguimiento.
2. Trabajo Social grupal y comunitario: Supone la intervención con grupos y comunidades de personas mayores, que son el fruto de la síntesis de las necesidades detectadas y las prioridades y orientaciones de un equipo de trabajo.
3. El trabajo de regulación del equipo técnico: Es el trabajo del equipo de profesionales que interviene con las personas mayores (trabajadores sociales, psicólogos, asesores jurídicos, médicos, personal administrativo, entre otros), para actuar

coordinadamente. Supone una actividad organizada y rigurosa del trabajo interdisciplinar. Se realiza a través de reuniones, soportes documentales y sistemas permanentes de información y coordinación interna y externa.

Retomando, la intervención desde el apoyo social, Martín (2003) hace referencia a una serie de principios de la intervención del trabajo social gerontológico en base a una adaptación de la propuesta de Robertis (1988) quien plantea dos principios fundamentales, a saber, la lucha contra la exclusión de las personas mayores y la reconstrucción del vínculo social de las personas excluidas. En este sentido, el segundo principio se aplica al ámbito de las redes sociales, puesto que busca restablecer el vínculo comunitario de la persona mayor con los sistemas de proximidad (familia, amigos, vecinos, grupos culturales, sociales o de ocio, grupos de pertenencia religiosos o políticos), bajo el principio de solidaridad horizontal y reciprocidad en el intercambio.

Desde el trabajo social gerontológico existen aproximaciones a la intervención en redes de apoyo social, sin embargo se hace relevante analizar los inicios de la intervención en redes desde la disciplina y sus posibles alcances para personas o grupos de mayores. En este sentido se plantean las diversas propuestas metodológicas y los estudios efectuados desde el trabajo social, así como la teoría de las redes sociales, la distinción entre redes primarias, secundarias e institucionales de apoyo, la terapia en red y finalmente los grupos de apoyo.

3.12.2. ANÁLISIS DE REDES SOCIALES.

A partir de la década de 1970 el trabajo social comienza a vincularse con la teoría de las redes sociales, a través de la participación en la Fundación de la revista *Connexions*

y la creación de la INSNA² (Rúa, 2008). En esa misma época Garrison y Werfel (1977) plateaban la propuesta del uso de la “*network session*” en trabajo social clínico, que suponía una sesión en que el profesional se entrevistaba y daba consejo al sujeto de intervención en presencia de su red social natural, con objeto de fortalecer el trabajo individual y de reforzar su red de apoyo. Sin embargo, también surgen algunos detractores del uso de la teoría de redes en trabajo social, tales como Allan (1983) y Timms (1983), quienes apelan a la prudencia de la profesión en la creación de redes de apoyo informal en la intervención.

Posteriormente, Seed (1987, 1990) fue quien apoyó el uso del análisis de redes sociales en la investigación y práctica de la profesión. Desde entonces esta teoría es ampliamente utilizada en los diversos niveles de la intervención social, asimismo en diversos campos acción tales como infancia, juventud, vejez, drogodependencia, riesgo social, entre otros.

En este sentido, Payne (1991) en su clásico libro “Teorías contemporáneas del Trabajo Social”, incorpora - a través de la “teoría de sistemas” - el análisis de redes en los sistemas de apoyo social desde la práctica del trabajo social. El autor propone que este análisis traducido a la intervención social se centra en los grupos formales de apoyo planificados y en la capacitación de cuidadores formales o naturales para que ayuden a amigos, vecinos y miembros de la familia que así lo requieran.

Siguiendo a Garbarino (1983), la intervención desde el análisis de redes puede ser personal o social. La intervención personal pretende habilitar al sujeto de intervención con el propósito de mejorar la competencia de éstos por medio de la autoayuda y el fortalecimiento interno, lo que aplicado al ámbito de las redes de apoyo social supone

² International Social Network of Social Network Analysis.

el entrenamiento en habilidades sociales y el fortalecimiento de sus miembros. Por otra parte, la intervención social utiliza la alimentación y la retroalimentación para estimular los sistemas de apoyo a los sujetos de intervención. Ambos modelos de intervención buscan que el sujeto se integre a una red y pueda así ofrecer recursos a los otros a la vez que recibe él (reciprocidad del apoyo).

Desde el trabajo social convencional los sujetos de intervención ingresan al sistema asistencial para ser ayudados o apoyados, y permanecen hasta solucionar el problema o bien satisfacer la necesidad inicial, pero siempre desde la lógica de ser “apoyado por otros” (Payne, 1991). Siendo por tanto el rol del trabajador social, el de actuar de intermediario entre la gente (o mejor dicho entre las redes sociales) del individuo e incorporar nuevas redes sociales que puedan ser significativas para la resolución del problema inicial. Payne agrega que el rol del trabajador social en la intervención en redes de apoyo se materializa en su calidad de consultor y no como clínico. Asimismo se puede señalar que su actuación es de representación y no la de un simple prestador de servicios.

Atendiendo a la evidencia empírica sobre intervenciones en trabajo social con enfoque de redes de apoyo, destaca la revisión efectuada por Rúa (2008), quien en su artículo señala que en las escasas investigaciones realizadas desde la disciplina no se han utilizado las técnicas de análisis de redes sociales propiamente dichas. De hecho, las investigaciones a menudo consideran el tamaño de la red, pero no las técnicas de análisis que den cuenta de la estructura social de las redes de apoyo en detalle, ni tampoco se examina el impacto que pueda tener la densidad o la cohesión de la red en los sujetos de intervención.

Pese a la falta de rigurosidad en el análisis de redes sociales, destacan los estudios realizados desde el trabajo social en **redes sociales de apoyo informal**. Walsh (1994), estudió a pacientes con enfermedades mentales graves a quienes se les proponía servicios de rehabilitación en su entorno natural, observando en sus resultados diferencias de género en el tipo de apoyo que recibían de las distintas fuentes de apoyo, describiéndolas como conglomerados diferentes. Dados estos resultados Walsh propone que los trabajadores sociales deben revisar las redes sociales de los sujetos de intervención en hombres y mujeres a través de sus conglomerados antes de intervenir en el mejoramiento de sus redes sociales. En la misma línea, Hardiman (2004) examinó el apoyo social entre pares en adultos con problemas psiquiátricos, proponiendo a los proveedores de servicios, en los que incluye a los trabajadores sociales, la potenciación en sus intervenciones del apoyo natural de los pacientes psiquiátricos en un entorno comunitario.

En una investigación realizada en personas sin hogar, Eyrich, Pollio y North (2003) observaron cómo las personas que han estado en esta situación en un breve periodo (menos de 12 meses) y aquellos que han estado en un periodo más largo (más de 12 meses) tienen redes de apoyo social diferentes. Frente a lo cual la intervención desde el trabajo social debe diferenciar las fuentes de apoyo en las personas sin hogar según la duración de su situación.

Finalmente, el estudio efectuado por Lee (2005) con emigrantes coreanos en EE.UU. plantea que los trabajadores sociales consideren las diferencias culturales en el momento de planificar sus intervenciones sociales en ámbitos de violencia intrafamiliar, puesto que en las comunidades coreanas los conflictos de pareja son un

grave problema dado el papel cultural que ejercen la mujeres. Ello supone que las intervenciones han de incorporar aspectos de sensibilización cultural y de educación.

En cuanto a las **redes sociales de apoyo formal**, destacan las propuestas que buscan unificar los cuidados formales entregados por profesionales y aquellos recibidos de fuentes informales como la familia, los amigos y los vecinos. En esta línea, destacan las propuestas de Hesch (1998) y de Ochoka y Lord (1998), quienes desarrollaron el programa denominado “*wraparound*” destinado a asociar las diferentes formas de apoyo social – formal e informal- para familias con niños con necesidades especiales, es decir, se trata de una combinación del apoyo formal de profesionales que le permitiera a la familia y a los niños mantener una apoyo comunitario continuado que satisfaga aquellas necesidades que el sistema formal no cubría.

Como se puede observar las evidencias empíricas desde trabajo social son escasas. Sin embargo, existen diversos manuales o textos de orientación desde el ámbito práctico, lo que demuestra que la disciplina incorpora el constructo de redes de apoyo social, aunque no traduce sus experiencias prácticas en investigaciones. Confirmando esta idea, desde la práctica de intervención en redes en América Latina, Chadi (2000: 82), en su libro “Redes sociales en el trabajo social”, señala que el objetivo del trabajador social es crear en la red “una congruencia armónica que la transforme en una unidad cuya virtud sea la fertilidad relacional”. Llevados a un ejemplo en la disciplina, los casos sociales pueden estar contaminados por la sobrerrepresentación de miembros (redes tanto informales y formales), frente a lo cual el objetivo de la intervención es ordenar o priorizar las redes sociales para la solución del problema. O por el contrario, cuando un caso social presenta recursos débiles, el objetivo de la intervención debe tender a

fortalecer y/o crear los vínculos con redes sociales de apoyo para la regulación del problema.

Cuando la red del caso social está desordenada se habla de “entropía” en el sistema, término que hace referencia a la desorganización o la falta de un modelo de estructuración del sistema. Lo contrario es la “negentropía” que supone un grado de orden u organización en el sistema.

Desde el trabajo social la metodología de intervención en red consiste en “instrumentar una organización coherente en el red social que garantice la salud en sentido general, a través de su transformación en una unidad de apoyo, fortalecimiento y esclarecimiento” (Chadi, 2000: 76). En otras palabras, buscar un equilibrio entre lo estable en la organización de la red y la evolución hacia un esquema más funcional.

Desde un punto de vista operativo, la intervención social en red supone seguir los pasos básicos de toda acción social, tales como el diagnóstico social de la red, la evaluación de los medios y la intervención propiamente dicha. Siguiendo esta propuesta, los procesos de intervención en trabajo social se dividen en: Intervenciones en la red primaria, intervenciones en la red secundaria, intervenciones en la red institucional.

a) Intervenciones en la red primaria.

Se entiende una red primaria como “una entidad microsociológica constituida por un conjunto de individuos que se comunican entre sí a partir de afinidades personales, fuera de todo contexto institucionalizado (...) evoluciona según las edades de la vida, la posición social, las circunstancias, etc.” (Elkaïm, 1989: 47) A lo que agrega Sluzki,

(1996: 42) “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí”. En otras palabras las redes primarias constituyen los vínculos personales de un individuo, o como bien señala Chadi (2000) los “lazos” dados por atributos de intensidad y compromiso en el vínculo. Cuando se habla de redes primarias, la familia aparece como la principal red de apoyo. Sin embargo, dependiendo del sujeto de intervención pueden ser miembros del grupo familiar nuclear, extenso o bien amistades y vecinos. Desde el trabajo social la intervención en red primaria puede ser aplicada en cualquiera de los tres niveles de intervención, ya sea el familiar/caso, el grupal o bien el comunitario. En esta línea Chadi (2000: 92-93) realiza una breve descripción por nivel de intervención desde el trabajo en red:

“La intervención a nivel familiar (o caso social individual-familiar) comprende aquellos abordajes tendientes a mejorar y desarrollar los sistemas de comunicación, de las familias y sus miembros. La intervención a nivel grupal (o Servicio Social de Grupo) consiste en predisponer acciones que promuevan y eleven las conductas participativas de los integrantes de los grupos mencionados. Por último la intervención a nivel comunitario (u Organización y desarrollo de la Comunidad) presupone activar la creación y desarrollo de los recursos de la comunidad”.

Independiente del nivel de intervención en trabajo social, el objetivo de la acción que realiza esta disciplina es “reconstruir, crear, potenciar o activar corrientes de

comunicación entre las tramas” (Chadi, 2000: 93). Ello quiere decir que no se circunscribe sólo a las redes primarias, si bien se debe tener en cuenta que la fortaleza de estas redes recae en la cercanía con el sujeto de intervención. Por ello, son un lazo con otras redes primarias, secundarias e institucionales. Por tanto la labor del trabajador social se centra en conferir a la red primaria competencias, autonomía, autoeficacia y de manera progresiva sus acciones.

Cuando las redes primarias las conforma la familia nuclear, ésta experimenta lo que Chadi (2000) llama una evolución, que supone que la red oscila en términos de expansión o debilitamiento conforme a las etapas del ciclo vital. En otras palabras la red crece en integrantes en los primeros periodos, con el nacimiento de los hijos y decrece en tras la partida de éstos, lo que puede llevar a confusiones al trabajador social al momento de realizar el diagnóstico de la red.

b) Intervenciones en la red secundaria.

Las redes secundarias son aquellas que tienen lugar en un “contexto más lejano al grupo primario y que se rigen por una menor proximidad, cuya operacionalidad es más borrosa” (Sluzki, 1996: 43). En otras palabras, las redes secundarias ocupan un lugar más periférico dentro del mapa relacional de un individuo o sistema, lo que no incide en su relevancia en el momento de influir en la vida de los sujetos. Tal como refiere (Sluzki, 1996) suelen estar situadas fuera del ámbito familiar y suelen ser los grupos recreativos, las relaciones comunitarias y religiosas, y las relaciones laborales o de estudio.

Desde el trabajo social, la intervención en esta red está comprendida específicamente en el nivel de intervención grupal, puesto que se asocia a las tareas de mejorar la

calidad y eficiencia de los sujetos de intervención a través de sus acciones participativas.

Una de las limitaciones en la intervención del trabajador social es la tendencia de las redes secundarias al aislamiento, es decir, estas redes suelen cerrarse al intercambio lo que puede ser observado en las relaciones laborales, en los grupos de estudio o bien las organizaciones religiosas, que tienen a autonutrirse entre sus miembros. Ello se debe a la tendencia de estas agrupaciones a generar una identidad en común. Frente a lo cual la intervención social debe apuntar a la promoción de la complementariedad de las redes, es decir, mostrar a los miembros de las redes primarias y secundarias que la reciprocidad de sus intercambios es necesaria para el equilibrio del sistema o bien desde la intervención para la resolución del problema de base.

c) Intervención en la red institucional.

Las redes institucionales integran las redes secundarias. Sin embargo su principal reconocimiento está dado por la “distancia” en cuanto al criterio de relación. Un claro principio para comprender su existencia es que la familia no está capacitada para satisfacer todas las necesidades del individuo o mejor dicho para resolver todas sus problemáticas. De allí surgen sistemas más complejos, especializados y profesionalizados. Los principales miembros de la red institucional son el sistema educacional, el sistema de salud y el sistema jurídico.

Desde el trabajo social, el profesional es parte de una red institucional y debe promover la interrelación del sujeto de intervención con las diversas redes primarias, secundarias y la institucional a la que pertenece y aquellas asociadas al problema social de base; esto supone un desdoblamiento de la intervención que emana del

profesional. Frente a ello se hace relevante que el trabajador social que intervenga desde una perspectiva en red, sepa trabajar en equipo y a la vez en consenso con otros colegas o profesionales de instituciones complementarias.

Siendo el trabajador social parte de la red institucional, su rol profesional es una fuente de apoyo social o bien como lo plantea Robertis (1988: 138) realiza intervenciones de apoyo al sujeto de intervención, con “objeto de fortificar al asistido en tanto persona, disminuir los efectos paralizantes de su ansiedad y liberar en él las fuerzas susceptibles de movilizarlo para modificar su situación”.

Por último, es preciso señalar que la labor de las redes institucionales es promover un nivel medio de regulación, que sea determinante entre la red primaria y la secundaria, en otras palabras, que sirva como organizadora o portadora de una estructura a la red del sujeto. Sin embargo, es preciso reconocer que la “red institucional debe constituirse en un apoyo esclarecedor, pero transitorio” (Chadi, 2000: 103), es decir cumple un rol orientativo, pero debe gradualmente retirarse cuando el tejido relacional natural se ha ordenado y es autosuficiente, con el objeto de no generar dependencia en la intervención social.

Otra propuesta interesante es la desarrollada por Rúa (2008), quien hace referencia a que la principal aplicación del análisis de redes sociales en el trabajo social es el área del apoyo social, ya sea desde las fuentes informales o desde las formales. La misma autora plantea que en términos de aplicabilidad práctica de las redes sociales en la disciplina, diversos autores han acuñado distintos términos y propuestas, como por ejemplo el de “puente” de Ochoka y Lord (1998), cuya propuesta pretende reducir la

fragmentación en las comunidades y de igual manera permitir el acceso a recursos que no están disponibles en la red.

Otra idea incorporada en las intervenciones sociales es la fuerza de las relaciones en las redes sociales y las diferencias de género. De esta manera, los lazos fuertes son los mayores proveedores de apoyo social (Wellman y Wortley, 1990). De igual modo se evidencia que pese a que el apoyo es otorgado por diversas fuentes, son las mujeres las mayores proveedoras de apoyo social (Fischer, 1982 y Wellman y Wortley, 1990). Por todo ello, el trabajador social debe incorporar esta distinción por género en las intervenciones sociales y de igual forma no solo centrar su acción en los mayores proveedores, sino también en los proveedores más débiles.

Pese a que las investigaciones se centran en las redes personales del individuo, el trabajador social debe incorporar una mirada más compleja e integradora que combine lazos familiares, de amistad, de vecindario, de trabajo social y con profesionales. De este modo se realizan intervenciones a nivel de caso y comunitario. Por último, un análisis de redes sociales de apoyo en el ámbito del trabajo social no solo debe mostrar los aspectos positivos, sino también ahondar en los impactos negativos de las redes sociales (por ejemplo, los adolescentes que utilizan drogas apoyan a sus amigos para que también lo hagan). Frente a ello, la intervención social debe centrarse en la ruptura de lazos que son el origen de influencia negativa en el sujeto de intervención.

Cabe destacar que la disciplina del trabajo social reconoce tres métodos clásicos en la intervención, que a su vez concuerdan con los tres niveles de intervención que

reconocen los psicólogos sociales (Barrón, Lozano y Chacón, 1988). Aplicados a la intervención en redes de apoyo son los siguientes:

Individual/Caso: Estrategias de intervención centradas en el individuo, con objeto de mejorar sus redes sociales.

Grupal: Estrategias de intervención con grupos de sujetos que se enfrentan a situaciones de crisis o que comparten una situación problemática. En este nivel se encuentran los grupos de apoyo y de autoayuda.

Comunitario: Estrategia de intervención encaminada a la reestructuración u optimización de las redes sociales dentro de una estrategia general de desarrollo comunitario. Por lo cual no se dirige a un grupo en específico, sino que trata de incrementar el apoyo social en la comunidad en general.

A continuación, se presenta una tipología de las redes sociales personales y comunitarias:

Cuadro.3.12.2.1. Tipos de redes y sus componentes.

1. REDES DE APOYO PERSONAL:	
1.1)	Familiares -Relación vertical: esposo/a, padre, madre, abuelo/a, hijo/a, nietos/tas, bisnietos/tas, etc. -Relación horizontal: hermanos/as, cuñados/das. Relación transversal: tíos/as, sobrinos/as.
1.2)	No familiares -Semi-familiares: compadrazgo. -Amistades comprometidas: amigos/as íntimos -Otras amistades -Otras personas
2. REDES DE APOYO COMUNITARIAS	
-Organizaciones a nivel comunitario, no públicas, con actividades propias (privadas, organizaciones no gubernamentales- ONG-, voluntariados, religiosas, etc.) -Instituciones públicas o adscritas al sector público a nivel comunitario (vinculadas a proyectos y actividades comunitarias) -Organizaciones e instituciones públicas de gran alcance, vinculadas a políticas nacionales.	

Fuente: Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002: 65)³

³ Los autores plantean que una posible agrupación de las redes de apoyo puede sumir la siguiente forma: Red centrada en la existencia del cónyuge; Redes basadas en lazos familiares (hijos, nietos y otros); Redes de amigos, colegas y vecinos y por último, Redes basadas en la participación /integración en organizaciones comunitarias.

3.12.3. MODELO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR: TERAPIA EN RED.

Otra aplicación metodológica-práctica desde el trabajo social es la intervención con familias desde la llamada terapia en red, desarrollada inicialmente por Speck y Attneave (1963). La terapia de red intenta reunir a todos los miembros de la familia amplia, a todos los vecinos y amigos significativos e incluso a toda persona que tenga relevancia para la familia nuclear que presenta el problema (Speck, 1970). Esta terapia reproduce la reunión de una “tribu” en torno a uno de sus miembros en crisis. En otras palabras, la terapia familiar en red, también llamada mediación terapéutica (Speck, 1974), consiste en identificar el problema, para posteriormente exponer la problemática a los compañeros cotidianos del sujeto de intervención. Habitualmente se conforma por el grupo familiar nuclear o aquellos que viven en contacto diario e íntimo, ante lo cual se vuelve a redefinir el problema. Posteriormente, se invita y alienta a este grupo íntimo para que congregue a la red social de amigos, parientes, allegados y vecinos y se reúna con el equipo de profesionales para dar continuidad a la intervención.

Desde trabajo social, el objetivo de la intervención en red es estimular, reflejar, centrar el potencial de la red para la solución recíproca de los problemas. En palabras de Minuchin (1979: 140) se trata de “fortalecer los lazos, deshacer las trabas, abrir nuevos canales de comunicación, facilitar nuevas percepciones, hacer activas las fuerzas latentes, sacar a la luz la patología haciendo que la red social pueda convertirse en el apoyo de la vida de la comunidad”. En palabras de Speck (1974: 64), “la meta suprema de toda mediación en una red consiste en estimular, reflejar y centralizar todas las

potencialidades existentes en la red para que las personas resuelvan mutuamente sus problemas”.

El trabajador social no puede asumir un rol de terapeuta. En otras palabras, el profesional del trabajo social no puede hacerse cargo del problema a solucionar, sino que ha de potenciar que los miembros de la red solucionarán el problema, gracias a su conocimiento del sujeto de intervención, bajo la premisa del efecto de red. En otras palabras, los miembros comparten una intimidad y tienen la confianza para proponer y decidir los elementos más eficaces para la solución del problema, siendo el trabajador social un potenciador de la toma de decisiones grupales.

3.12.4. GRUPOS DE APOYO.

El destacado potencial de la intervención desde los grupos de apoyo ha sido ampliamente desarrollado en el capítulo 3.11.1 del presente capítulo. En este punto, baste enfatizar que la intervención a través de los grupos de apoyo y grupos de autoayuda son una metodología práctica ampliamente utilizada en el trabajo social con grupos. No en vano, estos métodos fueron ya promovidos por Jane Addams (1860-1935), considerada una de las precursoras de la disciplina.

Jane Addams importó desde el movimiento inglés los *Settlements* a los Estados Unidos. Además impulsó un modelo originario para el trabajo en grupo con las personas acogidas en los centros, que sería un adelanto a los grupos de autoayuda, suponiendo que las personas afectadas se apoyaban mutuamente para la superación de un problema. De esta forma, ya en los propios orígenes del apoyo social encontramos antecedentes históricos de la relevancia del grupo para la intervención social, en una línea claramente consistente con los grupos de apoyo y de autoayuda.

No es de extrañar, por tanto, y tal y como se señalaba anteriormente, que estas técnicas de intervención tengan un papel relevante en el ámbito de trabajo social. En el ámbito de la presente investigación, así lo pone de manifiesto la evidencia empírica con grupos de apoyo en personas mayores, destacando recientemente la investigación de Reynoso (2009) sobre familiares de personas mayores latinas con alzhéimer realizado en la ciudad de Boston-EE.UU. Muestra cómo un equipo interdisciplinario con la participación de trabajadores sociales ponen en marcha intervenciones centradas en grupos de apoyo. Esta iniciativa constó de cuatro niveles de intervención: primero se conformaron grupos de cuidadores de pacientes ancianos con esta enfermedad y un proveedor de servicios sociales; segundo se implementó un “grupo de apoyo” a través de una radio que emitía en español; tercero se elaboró material con relevancia cultural – latina- que surgió de la experiencia de la radio y finalmente se realizaron visitas domiciliarias – trabajadores sociales, enfermeras y otras especialistas de la salud- a la red familiar significativa. Los resultados muestran avances importantes en materia de conocimiento de la enfermedad junto con la creación de un espacio para compartir experiencias respecto a ser cuidadores de personas mayores con alzhéimer, tratándose además temas propios de la vejez. Lo más destacable de esta experiencia es la incorporación de un modelo de intervención intercultural, que suponía que los profesionales – en especial el trabajador social- fuesen bilingües. Se plantea como desafío para la profesión no solo promover las intervenciones centradas en grupos de apoyo, sino además incorporar intervenciones culturalmente competentes que consideren aspectos relevantes para los sujetos de intervención.

Resumiendo, en este capítulo se ha abordado conceptual y teóricamente la variable apoyo social. Este constructo que se caracteriza por su naturaleza multidimensional, resulta ser un componente central en el análisis del envejecimiento competente o saludable. Ya que el apoyo social, cuyo sustrato son los vínculos y lazos sociales, tiene repercusiones positivas en la salud física y mental de las personas mayores. Por ello es incorporado como una “estrategia de intervención” con objeto de mejorar la calidad de vida de este grupo de edad, ya sea desde la perspectiva del empoderamiento social- grupos de apoyo y grupos de autoayuda- o desde las intervenciones centradas en las redes formales e informales del sujeto. Disciplinas como el trabajo social desde sus orígenes han incorporado indirectamente esta variable y formalmente desde la década de 1970. En ámbitos gerontológicos, como se ha visto, se busca fortalecer o bien incorporar a la persona mayor a una red de apoyo recíproca en la resolución de sus problemas sociales. Pudiendo ser esta red de carácter familiar, no familiar (amigos, vecinos), comunitaria e institucional. Y de esta manera destacan como orientaciones técnicas en la intervención con redes de apoyo social: la intervención con la red primaria, secundaria e institucional; los modelos de intervención familiar centrada en la terapia en red y los grupos de apoyo.

CAPÍTULO 4. EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE APOYO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES.

4.1 INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se presentarán y discutirán los resultados de estudios que versan sobre apoyo social en personas mayores. En un principio se abordarán aspectos estructurales del apoyo social, tales como: tamaño de la red, distribución de la red y densidad de la red, para posteriormente analizar los aspectos funcionales del apoyo social: tipo de apoyo que dan y reciben los mayores. A continuación, se examinarán los principales hallazgos sobre apoyo social y su relación con las siguientes variables: género, salud general (morbilidad), salud mental, bienestar psicológico, satisfacción vital, medio rural/urbano, religiosidad y etnicidad. Finalmente, se da cierre a este capítulo con la propuesta de Scott y Wenger (1996) sobre los cinco tipos de redes de apoyo social en las personas mayores.

4.2. ASPECTOS ESTRUCTURALES DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL.

4.2.1. Tamaño de la red.

El tamaño de la red de apoyo no es constante en todas las etapas de la vida. Como refiere Dabas (1993), las redes sociales son dinámicas, poseen características de sistemas abiertos en constante proceso de construcción y reconstrucción. Parece que 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).

Entre los factores que intervienen en la determinación del tamaño de la red de apoyo en la vejez figuran el efecto de la mortalidad en la generación de contemporáneos, los cambios de domicilio, la pérdida de la pareja y la jubilación. Siguiendo a Sluzki (1996), cabe destacar que en la vejez se produce una retracción o extinción de las relaciones sociales, con tres factores que potencian esta contracción: a) La muerte, migración o debilitamiento de los miembros que reduce los vínculos existentes; b) La disminución progresiva de las oportunidades y de la motivación para establecer nuevos vínculos, lo que dificulta la renovación de la red social; finalmente, c) El decrecimiento de la energía necesaria para mantener activos los vínculos, lo que disminuye la posibilidad de conservar la red social.

Sin embargo, tal como ponen de manifiesto Chappell y Funk (2011), las investigaciones desacreditan el mito de que las personas mayores se encuentran socialmente aisladas o bien abandonadas. Salvo una pequeña proporción, la mayoría de las personas mayores están integradas a redes sociales. En esta línea, Kahn y Antonucci (1984) no observaron diferencias de tamaño en distintas cohortes de personas mayores. No obstante, observaron asimetría en el apoyo social otorgado según la edad, es decir, las personas de más edad recibían más apoyo social del que brindaban. Por otro lado, las personas mayores más jóvenes mostraban mayor nivel de insatisfacción del apoyo social recibido y los más mayores estaban conformes y más abiertos a la posibilidad de depender de su red de apoyo social.

Sea como fuere, estudios como el de Lang y Carstensen (1994) confirman que las redes sociales tienden a disminuir a medida que aumenta la edad, aunque no disminuyen el número de relaciones estrechas o significativas del sujeto. Iguales resultados advierten

Bowling, Farguhar y Grundy (1995), quienes realizaron un estudio longitudinal con 256 personas mayores en Inglaterra, observando que el 50% de los entrevistados percibe una disminución de sus redes sociales al transcurrir el tiempo, principalmente amigos (39%), confidentes (26%) y finalmente familiares (19%); sin embargo la mayoría, un 84%, declara que no disminuyen sus fuentes principales de apoyo. Por el contrario, van Tilburg (1998) observó estabilidad en el tamaño de la red a lo largo del tiempo en un grupo de personas mayores holandesas, y además comprobó que a mayor apoyo social instrumental y emocional recibido, mayor es el apoyo social otorgado por los mayores.

Existen diversas variables que parecen influir en la dinámica del tamaño de las redes sociales en las personas mayores. Una de dichas variables es la permanencia del matrimonio. Así, Wenger (1984, 1986) plantea que el matrimonio potencia la posibilidad de incrementar el tamaño de la red de apoyo. Sin embargo los resultados solo varían según el estado civil en los hombres. Concretamente en las mujeres solteras y viudas el tamaño de sus redes de apoyo es similar a las casadas, mientras que los hombres solteros tienen redes más pequeñas y en el caso de los casados dichas redes suelen reducirse al enviudar.

También, en lo que refiere a clase social, se observan diferencias en el tamaño de la red, en el sentido de que las personas mayores de clase media poseen redes sociales más homogéneas y extensas (d'Abbs, 1982), en tanto que las personas mayores de clase trabajadora poseen redes sociales más pequeñas (Corin, 1982).

Dado el contexto geográfico y social en el que se desarrolló el trabajo de campo de la presente tesis doctoral, son de especial relevancia los resultados obtenidos en estudios

latinoamericanos que se ocupan de la extensión de la red de apoyo en personas mayores. De esta forma, destaca un número de estudios que establece como objeto de estudio el número de contactos significativos o bien reconocidos por las personas mayores.

1. La investigación efectuada por Arias (2001), en la ciudad de Mar del Plata- Argentina da cuenta que el tamaño promedio de la red es de 8,8 personas, con una desviación estándar de 3,7 (aunque) que varía de 2 a 19 personas.

2. En Chile, Huenchuan y Sosa (2002) realizaron un estudio en el Gran Santiago identificando que el tamaño más recurrente de la red en mayores varía de una a cuatro personas. En el caso de los hombres dicha red suele ser de una o dos personas, mientras que en las mujeres es de una a cuatro personas. En este estudio, el 10% de los hombres mayores en la ciudad de Santiago no cuenta con red de apoyo, mientras que en dicha situación se encuentra cerca del 6% de las mujeres. Aquellas mujeres que no cuentan con apoyo generalmente viven solas (55,5%). En el caso de los hombres, la mayoría (39%) viven solos y un 32,6% con su pareja. Al respecto, la investigación resalta el hecho de que, en términos generales, este último grupo no considera a su pareja como parte de su red de apoyo, lo que no ocurre con las mujeres, de quien solo el 5% no considera a su pareja como un miembro de la red. Los autores plantean como una posible explicación los factores socioculturales en que los hombres no consideran las funciones que cumple su pareja como un apoyo social en términos de voluntariedad, sino más bien como un deber hacia ellos.

3. Los estudios anteriores dan cuenta de cifras bastante inferiores respecto a lo registrado en México. Al respecto Lomnitz (1994) detecta en una barriada de la Ciudad de México que el tamaño promedio de la red de una familia nuclear alcanzaba cerca de 16 personas.

Como puede apreciarse, los estudios realizados en el contexto latinoamericano son escasos y en gran medida presentan resultados diversos. De hecho, con escasas excepciones, la evidencia empírica muestra que las redes de apoyo social se contraen durante la vejez. En este sentido destaca el estudio realizado por Lang y Carstensen (1994), quienes parten de las hipótesis derivadas de la teoría de la selectividad socioemocional, a saber: (1) Las personas mayores realizan reducciones selectivas en su interacción social y (2) la *cercanía* emocional con personas importantes tiende a aumentar con la edad. Para analizar el fenómeno de reducción de las redes sociales con la edad, entrevistaron a 156 personas mayores cuyas edades fluctúan entre los 70 y los 104 años. Los resultados indicaron que los sujetos de mayor edad nombraban menos redes sociales (correlación negativa y significativa entre tamaño de la red y edad). Sin embargo, no había diferencias por edad en las personas cercanas, es decir, al aumentar la edad no disminuían los lazos emocionales *estrechos*, pero sí la cantidad de amigos no cercanos. Se analizó la cercanía emocional conforme a dos grupos, sujetos mayores (70-84 años) y muy ancianos (85-104 años), a partir de las siguientes fuentes de apoyo: familia nuclear, otros parientes, amigos y conocidos. Lang y Carstensen (1994), no observaron diferencias significativas en el tamaño de las redes de apoyo, salvo en el caso de los conocidos, grupo que tiende a disminuir. Por tanto, se confirmaron las hipótesis propuestas por la teoría de selectividad socioemocional, de

manera que la reducción selectiva de las redes sociales viene acompañada de una mayor intimidad con el grupo de personas significativas.

Uno de los factores que inciden en la reducción de las redes sociales en la vejez es la pérdida de la pareja. En este sentido, la investigación realizada por Glaser et al. (2006) en Inglaterra analiza el impacto de la interrupción civil, ya sea por muerte, divorcio o separación en la edad avanzada, situación que claramente genera una crisis de la fuente habitual de apoyo (la pareja). Los resultados muestran que, en general, las personas con separación conyugal tienden a reducir la percepción del apoyo social. En el caso concreto de las mujeres (viuda o separada) tienden a perder los contactos con amigos, pero no así con los parientes. De igual manera, Wenger (1992) refiere que en situaciones de viudedad la persona mayor suele perder una de sus redes significativas. Sin embargo, ello no implica necesariamente que se produzca una disminución del tamaño de su red, ya que otros familiares, entre los que destacan las cuñadas/os, suelen acercarse más a la persona viuda.

Cabe señalar que, pese a la disminución de las redes sociales en este grupo etario, no hay consenso en la bibliografía respecto al tamaño óptimo de la red. El debate aún está pendiente y centrado en si tiene mayor relevancia la calidad del vínculo o su extensión. Tal vez el punto clave sea lograr que el individuo desarrolle una interacción de mejor calidad en esta etapa de la vida, para reintegrarse en redes o crear otras nuevas.

En resumen, por tanto, parece que los antecedentes empíricos sugieren que las redes de apoyo social durante la vejez experimentan una disminución. No obstante, esta

contracción de la red no se produce en los vínculos considerados significativos para la persona mayor.

4.2.2. Distribución de la red.

En cuanto a la distribución de las fuentes de apoyo, se aprecia resultados heterogéneos. Así, por ejemplo, la investigación realizada por Chalise, Kai y Saito (2010), muestra que la principal fuente de intercambio de apoyo social para las personas mayores son los hijos co-residentes, seguidos por el cónyuge y luego los amigos o vecinos. Por su parte, Arias (2001) señala que en Argentina los casos son muy diversos, puesto que hay adultos mayores que hacen alusión preferentemente a la familia, otros a los amigos y algunos destacan a profesionales con los cuales la interacción es sistemática, fundamentalmente del área de la salud.

En todo caso, diversos autores plantean que la **familia** es la principal fuente de apoyo en la vejez (Connidis, 1994; Domingo, Maruja y Kabamalan, 1993; Kending, Hashimoto y Coppard, 1992; Siriboon, Siriwan y Knodel, 1993). En concordancia con ello, Bazo (2008) destaca que a pesar del cambio en las relaciones familiares, la familia es la institución social fundamental en el apoyo a las personas mayores, puesto que sus funciones están asociadas a intercambio de bienes y servicios (como el cuidado entre generaciones), lo que demuestra que en sociedades contemporáneas se mantiene la solidaridad familiar intergeneracional.

En esta línea, organismos como Help Age International (2002) postulan la hipótesis de que el apoyo familiar continúa siendo la estrategia de sobrevivencia más utilizada por

la mayoría de las personas mayores en el mundo, ya sea en contexto de familias extensas o en la co-residencia padres con hijos adultos.

En el contexto chileno, no es exagerado afirmar que la familia es la entidad encargada de proveer cuidado, ayuda material (servicios) y psicosocial a sus miembros en general, y para las personas mayores en particular (Arechavala y Miranda, 2002; Barros, 1994, 2001; Herrera y Kornfeld, 2008; Huenchuan y Sosa, 2002). En este sentido son relevantes los datos del Censo de Población y Vivienda en Chile. Según dichos datos, el 48% de las personas mayores ejerce la jefatura de hogar en presencia de otros familiares y no familiares de distintas edades; el 12% vive en casa de otros en posición de padres o suegros (viven en calidad de allegados); el 30% vive de manera independiente (pareja o solos) y el 10% restante en hogares compartidos con hermanos o amigos. No es exagerado afirmar que esta realidad, propia de Chile, es compartida con otros países Latinoamericanos, en los cuales la estructura familiar sigue siendo principalmente extensa.

Iglesias, López y Díaz (2001) plantean tres elementos que determinan las condiciones de vida de los mayores: estado de salud, posición económica y la familia. Los autores otorgan un rol fundamental a la familia a la hora de establecer la calidad de vida en la vejez, dado que es un contexto preventivo o bien paliativo ante el sentimiento de soledad, a la vez que los contactos familiares aportan afectividad y sentimiento de felicidad.

Siendo la familia la principal fuente de apoyo social en la vejez (Keating et al., 1999), cabe destacar que suele ser una mujer quien ejerce el principal rol de cuidador, como

muestran los estudios realizados por Anastas, Gibeau y Larson (1990); Arber y Ginn (1996) y Aronson (1990), entre otros. Además, en situaciones de discapacidad sigue siendo la familia la principal fuente de apoyo. En este sentido la investigación de Arber y Ginn (1992) muestra que esto sucede principalmente en hogares co-residentes con la persona mayor, lo que tiende a limitar la convivencia familiar en otros aspectos.

La movilización del apoyo en caso de necesidades instrumentales varía notablemente con la edad. Un estudio longitudinal realizado por Johnson, Gallagher y Wolinsky (2004) plantea que, de la misma manera que la ayuda informal para el desarrollo de actividades de la vida diaria se ve afectada por la proximidad a la muerte, también la búsqueda de apoyo social informal cambia conforme al estado de salud del adulto mayor. Concretamente, se evidencia una mayor vulnerabilidad en personas que viven solas o bien aisladas, dado que reciben menor apoyo en las actividades básicas y del hogar.

La situación para mayores que viven solos fue analizada por Kivett, Stevenson y Zwane (2000) en 418 adultos mayores que viven en zonas rurales de Carolina del Norte (EE.UU.). Las personas mayores recibían visitas regulares de familiares, siendo el principal apoyo familiar el que proviene de los hijos/as mayores. Para este grupo, indicadores como la satisfacción vital eran positivos, pese a la existencia de problemas de salud e incluso dependencia para realizar actividades cotidianas.

Finalmente, Wenger (2009) analiza el apoyo familiar según la tenencia o no de hijos. En caso de las personas mayores con hijos, los resultados indican que, después del cónyuge, son los hijos quienes proveen de apoyo social. Quienes no tienen hijos,

igualmente establecen relaciones estrechas con otros familiares, sin embargo incluyen a sus amistades dentro de las redes significativas y suelen ser personas que valoran altamente su independencia. En esta misma línea, Larson y Silverstein (2004) observaron que los adultos mayores sin hijos tienden a carecer de apoyo informal, en tanto los apoyos formales como los servicios de ayuda a domicilio no logran compensar esta carencia.

Cuando el grupo familiar está unido por un vínculo de naturaleza conyugal, los resultados indican que los cónyuges constituyen la fuente primaria de compañía, de proximidad íntima y de bienestar (Quinn, Hughston y Hunter, 1984) y el hecho de estar casado se asocia con mayor bienestar en las personas mayores (Hunt, 1978). Sin embargo, los estudios muestran que el matrimonio es más beneficioso para los hombres mayores que para las mujeres (Scott y Wenger, 1996).

Los **hermanos/as** también son considerados una fuente informal de apoyo relevante en las personas mayores. En este sentido, autores como Depner e Ingersoll-Dayton (1988) señalan que esta fuente de apoyo es primordial e incluso irremplazable por otros miembros. Por el contrario, Marcil-Gratton y Légaré (1992) observaron que esta red informal puede ser reemplazada en sus funciones por otros miembros de la familia, como el cónyuge y los hijos. En forma similar, Peters et al. (1987) encontraron que las personas mayores recibían apoyo del cónyuge, de los hijos, los amigos, los hermanos y otros parientes, en forma descendiente, y cuando alguno de los miembros faltaba era compensado por otro.

En lo que refiere a investigaciones latinoamericanas sobre la familia como red de apoyo para los adultos mayores, cabe destacar las siguientes:

1. En Chile, el estudio realizado por Barros (2001) en la ciudad de Santiago informa que el 75% de los entrevistados puede contar con su familia en caso de necesitarla. Cuando requieren apoyo recurren primero a la pareja (43%) y luego a los hijos e hijas (21%), mientras que los hermanos prácticamente no son considerados. La autora plantea que la familia cumple un rol importante en el apoyo instrumental para las personas mayores y agrega que el cónyuge y los hijos/as son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados; y es el cónyuge con quien las personas mayores cuentan incondicionalmente, ya que con los hijos pueden hacerlo solo durante un plazo breve o frente a situaciones específicas.

2. El anteriormente citado estudio de Huenchuan y Sosa (2002) destaca que las fuentes de apoyo para hombres y mujeres en el Gran Santiago son en gran medida distintas. Mientras que la mayoría de los hombres recibe ayuda de sus parejas (68,6%), las mujeres lo hacen de sus hijos co-residentes (51,9%). Entre los apoyos provenientes de hijos, hermanos y otros familiares con los cuales no se convive, destaca la ayuda de los hijos en las mujeres mayores.

3. Un estudio comparativo efectuado en el año 2002 en las ciudades de Iquitos (Perú) y Andalucía (España), no muestra diferencias significativas en cuanto al número de contacto o bien la satisfacción con el apoyo social recibido. Sin embargo, se advierten diferencias en aspectos de convivencia familiar, de manera que en la muestra peruana se pone de manifiesto un fuerte soporte familiar (convivencia con pareja e hijos),

frente a las personas mayores en Sevilla, que declaran en mayor medida (el 41%) que viven solas; ello demuestra el arraigado carácter de convivencia intergeneracional y familiar en América Latina (Calso et al, 2002).

4. La investigación realizada en el Estado de Sonora-México con una muestra no probabilística de adultos mayores señala que las tres funciones de apoyo social son entregadas principalmente por los hijos y, en menor medida, por los cónyuges (Vera y Sotelo, 2005).

5. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la vejez realizada en Chile en el año 2010 (Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes) muestra que las personas mayores en Chile tienen una alta percepción de apoyo social para distintas situaciones de la vida. Por ejemplo, en caso de enfermedad, el 91,3% declara contar con un red de apoyo, el 87,4% cuenta con alguien “en las buenas y en las malas” y el 82,2% tiene alguien a quien acudir en caso de tristeza o soledad. Esta misma encuesta muestra que el apoyo que más brindan los mayores es el emocional. Sin embargo, la capacidad de dar apoyo decrece a medida que se avanza en edad. Situación inversa sucede a medida que la persona mayor cumple más años, puesto que tienden a aumentar el apoyo social recibido.

Esta encuesta nacional igualmente muestra que la mayoría de las personas mayores chilenas viven acompañadas (85%) y solo un 15% lo hacen solas. La principal figura de co-residencia es el cónyuge y un 52% de los hogares de personas mayores no viven con sus hijos. Pese a que la mayoría no viva con sus hijos, mantienen contacto todos los días vía telefónica o por correo. De esta manera, un 29,2% ve a sus hijos todos los días,

un 24,2% varias veces a la semana, un 19,7% alrededor de una vez a la semana, un 12.1% alrededor de una vez al mes, un 9.6% menos de una vez al mes y el 4.5% indica no verlos nunca. Es por ello que un 69,1% se declara muy satisfecho y un 22,1% satisfecho con la relación establecida con sus hijos. Esta misma encuesta, aplicada en el año 2007, ya daba cuenta de los resultados positivos en cuanto a la estructura y calidad de las relaciones establecidas con los hijos. Un 73% declaraba no pelear o discutir, un 86% estar satisfecho o muy satisfecho con su relación y un 29% consideraba que la relación que con sus hijos era mejor a la que tenían antes de cumplir 60 años.

6. En lo que se refiere a la viudez, la investigación realizada por Sánchez (1990) en Puerto Rico para el caso de las mujeres 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. La misma autora, en su trabajo realizado con pacientes con alzhéimer, refuerza el papel de la familia en el apoyo a las personas con necesidades especiales.

7. Por su parte, el estudio realizado por Martínez et al. (2007) en Veracruz – México, señala que los viudos con mayor nivel de escolaridad presentan mayor dependencia en las actividades básicas de la vida diaria en el apoyo otorgado por la familia. Igualmente, las mujeres con educación primaria son más dependientes en actividades instrumentales.

En España la situación es muy similar a la de América Latina. En este sentido, una reciente encuesta realizada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO,

2010) muestra que el 89% de las personas mayores están satisfechas con las relaciones mantenidas con sus familiares. De igual manera, la encuesta muestra que los mayores mantienen relaciones cercanas con sus familiares, dado que el 68% tiene contacto diario con sus hijos y un 37% con sus nietos. En lo que refiere al apoyo familiar, los hijos proporcionan la mitad de los cuidados y un 40% son hijas. Sin embargo, los datos muestran una tendencia a la baja en el apoyo otorgado por familiares, excepto en el medio rural. De esta manera, el apoyo familiar alcanza un 48% en entornos urbanos, un 64% en localidades de 10.000 a 100.000 habitantes y un 83% en localidades de hasta 10.000 habitantes. Finalmente, la encuesta da cuenta que las personas mayores prefieren el cuidado otorgado por la familia (63,5%) frente al proveniente de profesionales u otras fuentes.

Como puede apreciarse, los estudios realizados en América Latina – también en España – ponen de manifiesto el protagonismo de la familia en el marco de las redes sociales de las personas mayores. En este sentido, no es exagerado afirmar que las redes familiares constituyen la fuente fundamental de apoyo social entre las personas mayores, constituyendo un elemento indispensable en la consideración de su bienestar psicosocial. Esta línea argumentativa se desprende no solo de la bibliografía latinoamericana, sino que se inscribe en el análisis de los antecedentes empíricos en general, si bien no es menos cierto que la naturaleza de las investigaciones se deriva de la particular dinámica familiar propia del contexto sociocultural objeto de estudio.

El carácter fundamental de la familia en las redes de apoyo para las personas mayores no excluye la importancia de otras fuentes. Así, las **amistades** también se configuran como un apoyo social relevante en el proceso de envejecimiento, ya que prolongan la

independencia en la vejez a través del apoyo emocional que proporcionan, lo que parece explicarse por el hecho de que fomentan la motivación, la relajación y los estados de ánimo saludables. De igual manera el carácter voluntario, no ligado a lazos familiares, del apoyo social brindado por los amigos es más apreciado que el cuidado “obligadamente” provisto por la familia (Antonucci y Jackson, 1990). Asimismo, las personas mayores buscan fuentes de apoyo fuera de la familia con objeto de mantener su independencia (Aronson, 1992; Barry, 1995; Cox y Dooley, 1996).

Los amigos significan para la persona mayor tanto apoyo emocional (actúan como confidentes, consejeros, brindan empatía en momentos de necesidad) como apoyo instrumental (ayuda práctica en situaciones cotidianas y de emergencia, proporcionando, además compañía). Estas relaciones se desarrollan en un contexto voluntario, con menos normas y de mayor igualdad (Pinazo, 2005).

Griffith (1985), en una muestra aleatoria de adultos mayores, indica que dos tercios de sus redes de apoyo estaban formados por miembros de la familia. Sin embargo, este mismo grupo informa también que la fuente de apoyo más buscada es la de un amigo del mismo sexo.

Es preciso señalar la existencia de diferencias de género respecto al origen de las amistades antiguas entre hombres y mujeres mayores, como lo demuestra Francis (1984). Aunque ambos sexos pueden mantener amistades antiguas (como por ejemplo compañeros de colegio), en el caso de los hombres suelen estar relacionadas con actividades laborales y de ocio, mientras que la génesis de las relaciones en las mujeres

se relaciona con la vecindad y las experiencias compartidas en diversas etapas de la vida, como el matrimonio, la maternidad y la crianza.

Otra diferencia respecto a la amistad en hombres y mujeres tiene que ver con las actividades en las cuales se fragua la interacción. Así lo pone de manifiesto en su estudio Jerrome (1993), cuyos resultados sugieren que los hombres mantienen amistades en base a las actividades compartidas, mientras que las mujeres mantienen relaciones de carácter más íntimo e intenso, centradas en la conversación y el apoyo mutuo. Por su parte, Scott y Wenger (1996) agregan que las mujeres suelen seguir haciendo nuevas amistades en el transcurso de la vida, mientras que es menos probable que los hombres sustituyan a los amigos perdidos.

Finalmente, otra diferencia de género respecto a la vinculación con amistades se relaciona con la importancia otorgada a los pares. Como plantea Barros (1994) a partir de un estudio efectuado en Santiago de Chile, los hombres dan mayoritariamente más importancia a la familia, mientras que las mujeres dan a ambas fuentes igual relevancia. Igualmente, diversos estudios muestran que las mujeres suelen tener más relaciones extrafamiliares que los hombres (Corin, 1982; Jerrome, 1993; Mugford y Kendig, 1986). Una posible explicación a ello, es que las mujeres establecen relaciones dinámicas y cercanas con sus amigos, que suelen ser prolongadas y son capaces de formar otras nuevas en el tiempo (Guzmán, Huenchuan y Montes, 2002).

La citada Barros (1994) explica tal situación en el hecho de que las mujeres tendrían más tiempo para compartir y conversar con sus amistades. Además, la amistad entre hombres suele ser más superficial. En cambio, las mujeres suelen establecer relaciones

permanentes y cotidianas, ya que las amigas parecen ofrecer un ámbito en el cual la persona puede ser más relajada y sentirse más valorada. Este estudio muestra también diferencias según estratos socioeconómicos, puesto que en los sectores más desfavorecidos se percibe cierto temor a la amistad, una tendencia a la desconfianza y reticencia a establecer relaciones de amistad profundas.

En lo que respecta al impacto del apoyo social otorgado por los amigos, Larson, Mannell y Zuzanek (1986) encontraron una fuerte relación entre la fuente de apoyo social de amistad y el bienestar subjetivo, asociación que se explica por la mayor frecuencia de actividades de ocio. Asimismo los amigos ofrecen al adulto mayor un espacio distinto al otorgado por la familia, principalmente un ambiente de apertura, reciprocidad y retroalimentación positiva.

Aunque los **vecinos** pueden o no ser considerados amigos (en función, fundamentalmente, de haber vivido durante largos periodos de tiempo en el mismo vecindario), el apoyo otorgado por esta fuente es igualmente relevante en las personas mayores. Así lo demostró Cantor (1975), quien realizó un estudio en la ciudad de Nueva York y observó que los vecinos juegan un papel importante en la vida cotidiana del mayor, principalmente por su disponibilidad. En tanto, Warren (1981) refiere a que las personas mayores de clase media distinguen entre amigos y vecinos y en gran medida suelen pedir ayuda a los amigos antes que a la familia.

En la línea análisis de la vecindad como red informal de apoyo, destaca el estudio realizado por Rojo et al. (2001) en la ciudad de Madrid, con objeto de explicar los factores asociados a la satisfacción residencial. Los resultados indican que la

satisfacción residencial está asociada con el vecindario y que las personas mayores valoran positivamente el contar con amigos en la zona como una fuente de apoyo social. Asimismo la investigación da como resultado que la integración a la red del vecindario resulta más cómoda para las personas mayores a través de actividades de ocio, ya sea en la calle, en el parque, etc. dado que resulta más cómodo y no supone un gran esfuerzo físico. Por ello, la mayoría de la muestra participa en el club de jubilados, asiste a los partidos del vecindario y hace uso de las instalaciones deportivas, entre otras actividades. Resultados similares observaron Hand et al., 2012 en un estudio realizado en Canada.

En el vecindario o barrio suelen surgir distintas instancias de participación comunitaria, entre las que destacan las organizaciones de personas mayores, que constituyen otra fuente de apoyo social denominada “apoyo social comunitario”. En este sentido, Gracia, Herrero y Musitu (2002) afirman que el sentimiento de integración puede entenderse como la percepción que mantiene el individuo sobre su posición en un contexto social y comunitario. Para estos autores, sentir el barrio donde uno vive como algo propio, identificarse con la comunidad en la que transcurre la vida de uno, o percibir que se es importante para los demás y que las propias opiniones son bien recibidas por las personas que están a nuestro entorno, constituye un índice de integración en el contexto social y comunitario. La participación en actividades comunitarias durante la vejez se asocia con el sentido de identidad, salud física y mental, respaldan el autoconcepto y mantienen el bienestar subjetivo en las personas mayores (Herzog et al., 1998; Mackean y Abbott, 2012). Dado este contexto, no es de

extrañar que la actividad social se asocie positiva y significativamente con el bienestar subjetivo en los mayores (Okun et al., 1984).

Algunos estudios relacionan las dificultades de la participación e integración comunitaria con menor autoestima, mayor probabilidad de depresión y ansiedad (Chacón y Barrón, 1992; Bukov, Maas y Lampert, 2002; Gracia y Musitu, 1990; Prince et al., 1997). De una manera general, estos autores apuntan que los adultos mayores con dificultades en las relaciones con sus iguales o bien escasa participación en organismo sociales, tienden a la soledad y el empeoramiento de la calidad de vida en general.

Barros (1991) observó, en personas mayores autosuficientes de la ciudad de Santiago de Chile, que quienes pertenecían a organizaciones de adultos mayores participaban en un mayor intercambio de información para cuidarse mejor, recibían mayor compañía y afectos y, como consecuencia, mostraban una mayor satisfacción con sus relaciones familiares, puesto que las personas mayores se hacían más independientes.

Como puede apreciarse, por tanto, los amigos y los vecinos constituyen una fuente de apoyo social de notable relevancia para las personas mayores, apuntando además a la relevancia del apoyo comunitario como un elemento que potencia el bienestar psicosocial en dicho grupo. Junto con la familia, conforman el núcleo fundamental de las fuentes de apoyo social, de manera que los antecedentes empíricos evidencian un impacto significativo en diferentes indicadores.

Ahora bien, dadas las características específicas relacionadas con salud, funcionamiento psicológico, etc. del grupo objeto de estudio (analizadas en el capítulo uno de esta tesis), es necesario señalar la relevancia de las fuentes de **apoyo formal**

entre las personas mayores. Los estudios confirman que la edad de las personas mayores predice el uso de redes formales, de manera que las más mayores hacen mayor uso de servicios de apoyo formal (Albarracín y Goldestein, 1994). En edades avanzadas (más de 70 años) las personas mayores viudas hacen más uso de los servicios sociales domiciliarios (Glaser et al., 2006). En forma similar, las personas mayores en estado de dependencia funcional utilizan más las redes formales (Bowling, Farquhar y Browne, 1991).

Sintetizando, la distribución de las redes de apoyo social en la vejez muestra una tendencia a redes informales centradas en la familia. Los datos indican que las personas mayores latinoamericanas poseen redes centradas en la familia nuclear. En términos general, a nivel mundial es la familia la principal fuente de apoyo social en la vejez. Otras fuentes relevantes son las amistades que brindan un espacio distinto al familiar, de mayor apertura, independencia y retroalimentación. Igualmente los vecinos son una fuente informal relevante en el apoyo en actividades cotidianas, dada su disponibilidad. Y finalmente, en lo que respecta al apoyo formal, las personas de mayor edad y mayor nivel de dependencia hacen un mayor uso de redes formales (servicios sociales).

4.2.3. Densidad de la red.

En lo que respecta a la densidad de las redes de apoyo social en la vejez, la evidencia empírica señala la existencia de una alta densidad. En este sentido Arias (2001) plantea que los integrantes de las redes de mayores suelen conocerse, interactuar y frecuentarse constantemente. Esta autora califica este atributo como algo positivo, en

cuanto da la posibilidad de activación, autoorganización y puesta en marcha de los recursos cuando la persona mayor requiere ayuda. Sin embargo, otros autores (Hall y Wellman, 1985) señalan lo contrario, alertando de que la densidad de la red no se asocia necesariamente con mayor apoyo o a una mejor salud.

Wilcox (1981) agrega que la densidad de la red y su efectividad dependerán de ciertas situaciones; las redes de alta densidad - que suelen estar formadas por las familias - ayudan a enfrentar crisis vitales normativas, mientras que las redes de baja densidad, como son los amigos, ayudan a enfrentar las crisis vitales no normativas.

Pareciera que el elemento más significativo a considerar no es la densidad de la red, sino más bien la funcionalidad en la entrega de apoyo a la persona mayor. Tal como muestra los datos sobre la composición de la redes en personas mayores, al ser éstas de carácter familiar o bien centradas en grupos de amigos cercanos, dichas redes tienden a ser significativamente densas.

4.3. ASPECTOS FUNCIONALES DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL.

4.3.1. Tipos de apoyo que dan y reciben las personas mayores.

Las personas mayores no solo son receptoras de apoyo social, sino también importantes proveedoras de ayuda. De hecho, recientes estudios indican que el suministrar apoyo instrumental y emocional puede incluso llegar a ser más beneficioso en diversos indicadores, incluyendo la prolongación de la esperanza de vida (Brown et al. 2003).

En términos más generales, las personas mayores dan apoyo a través de la ayuda en las tareas diarias, cuidado de niños, apoyo financiero y el cuidado personal (Chappell y Funk, 2011). Tal como plantean Beel- Bates, Ingersoll y Nelson (2007), con el pasar de los años la capacidad de proporcionar apoyo tiende a disminuir, pero el deseo de hacerlo persiste. Mediante un estudio que se basó en la teoría del intercambio social se realizaron entrevistas cualitativas a 31 personas de más de 85 años, destacan en sus discursos sobre la reciprocidad en el intercambio social las categorías de participación, simpatía, cooperación y gratitud.

De Jong y Dykstra (2008), por su parte, investigaron a 727 adultos de los Países Bajos. Sus resultados indican que el intercambio está asociado al altruismo, más que a una categoría de recompensas (costes de dar apoyo); asimismo se advierte un mayor equilibrio en el intercambio y menor soledad cuando éste se da en tres generaciones.

Las personas mayores que reciben ayuda pueden querer evitar el sentimiento de dependencia que eventualmente puede resultar de dicha situación, y pueden intentar compensar con otras formas de ayuda, como el apoyo emocional o el consejo, de modo que se encuentre un cierto equilibrio y se vuelva más recíproca la relación (Parrot y Bengtson, 1999). En esta línea, el estudio realizado por Domínguez (1991) en Santiago de Chile concluye que las familias, en general, brindan apoyo emocional (compañía) y material a las personas mayores, agregando que son las mujeres mayores las que reciben más de este tipo de apoyo. Las personas mayores, por su parte, brindan a sus familiares apoyo material, de manera que incluso cuando se trata de dinero y vivienda su aporte tendería a ser superior al recibido. A las amistades brindan apoyo cognitivo y emocional, como confiar problemas personales, resolver una

preocupación, etc. No obstante, existen estudios que muestran resultados diversos. Así, por ejemplo, la investigación de Kaye y Monk (1991) advierte una asimetría entre el intercambio de apoyo social proporcionado por las personas mayores y sus familiares, de forma que los resultados indican que los mayores perciben recibir más apoyo del que brindan.

En lo que respecta al apoyo emocional, el estudio realizado por Krause, Liang y Keith (1990) con una muestra nacional de 2.349 adultos mayores en el Reino Unido muestra que los mayores que declaran un mayor contacto con los demás - en especial familiares - dicen recibir mayor apoyo emocional. Asimismo la percepción de recibir apoyo emocional refuerza la percepción de disponibilidad de apoyo en el futuro. La familia ejerce un efecto importante en el bienestar psicológico de los mayores.

Los resultados obtenidos por Huechuan y Sosa (2002), en su estudio realizado en la capital chilena, manifiestan que los tipos de apoyo que reciben las personas mayores son de tipo material (dinero y cosas como ropa, comida, etc.), seguido del instrumental (servicios como transporte, quehaceres del hogar y patio, etc.) y por último del emocional (compañía). Mientras los hombres reciben menos dinero y más servicios, la situación es inversa en las mujeres. Otro dato interesante que muestra este estudio es que las mujeres superan a los hombres en el apoyo en servicios, mientras que éstos sobrepasan a aquéllas en el aporte de dinero. No obstante, ambos sexos disminuyen su capacidad de dar a medida que avanza la edad, brindando más ayuda los hombres en la "cuarta edad" que las mujeres. Ello se explica porque ellos generalmente dan dinero. Finalmente, este estudio muestra que los mayores apoyan significativamente en el cuidado de los niños. Esta ayuda instrumental que dan a sus hijos adultos tiene

como fin que éstos puedan realizar actividades económicas y de otro tipo (por ejemplo de ocio). Este apoyo instrumental va acompañado de apoyo emocional al dar afecto y cumplir con el rol social de abuelo/a.

En esta misma línea, la investigación de Stone, Rosenthal y Connidis (1998) demuestra que el mayor apoyo en el cuidado de los nietos se da cuando sus abuelos tienen entre 55 y 64 años de edad. De manera complementaria, Ploeg et al. (2004) advierten que las personas mayores con hijos adultos desean y buscan un intercambio de apoyo intergeneracional, con el objeto de ayudar a las generaciones más jóvenes a establecer una vida segura.

Añade Villalba (2002), que los abuelos asumen el rol parental cuando tienen lugar acontecimientos vitales precipitantes en la familia, como la muerte o el divorcio de sus hijos o bien el abandono de sus funciones parentales. En este sentido, en su estudio realizado en España a 40 abuelas (no necesariamente personas mayores) los motivos familiares que las llevaron a ejercer el rol de cuidado de sus nietos suelen ser el trabajo temporero de los padres (15,97%), toxicomanías de los padres (12,61%), abandono de la madre (12,61%), separación de los padres (12,61%), padre o madre adolescente (13,45%), madre sola (11,76%), padre o madre enfermo mental (6,72%), fallecimiento de la madre (5,88%), padre en prisión (5,04%) y madre deficiente (3,36%).

Krause (2005) realizó una investigación con una muestra de 1.518 personas mayores para analizar el efecto amortiguador del apoyo social en situaciones de estrés financiero. Los resultados indican que el apoyo emocional (brindado por la familia y amigos) reduce los efectos negativos producto de las tensiones financieras. Asimismo

los resultados muestran que a medida que avanza la edad los apoyos emocionales informales cobran mayor relevancia, resultado que introduce una nueva mirada en las intervenciones sociales, que generalmente no diferencian los tramos etarios en la vejez.

Como puede apreciarse, la mayoría de los estudios disponibles señalan que existe una dinámica de cambio temporal en los niveles de apoyo social recibido y emitido por parte de las personas mayores. En este sentido, destaca el estudio realizado por Shaw et al. (2007). Se trata de un diseño estudio longitudinal (durante 10 años) en el que participaron un total de 1.103 ancianos. Los resultados expresan nítidamente los cambios en las relaciones sociales durante la vejez, demostrando el dinamismo del apoyo social. Los resultados indican que el apoyo emocional se mantiene relativamente estable en la edad, mientras que otros tipos de apoyo recibido, en concreto el material y el informativo, tiende a aumentar con la edad. Todo ello a pesar de que la tendencia es a una disminución de los contactos con amigos y de la satisfacción con el apoyo recibido.

Concluyendo, la evidencia empírica sobre los aspectos funcionales del apoyo social en personas mayores, confirma que este grupo de edad es un importante proveedor y receptor de apoyo. La investigación previa pone de manifiesto la complejidad en la evolución y cambio de los niveles y tipos de apoyo recibido y provisto por parte de las personas mayores. En términos generales, no obstante, se puede señalar que la capacidad de dar apoyo disminuye a medida que se cumplen años. A la inversa, parece que aumentan las fuentes proveedoras de apoyo social. Las personas mayores perciben esta relación asimétrica en el intercambio, es decir, las personas mayores

tienden a percibir que reciben más apoyo del que dan, si bien de nuevo la evidencia empírica al respecto ofrece resultados diversos.

Parece que los resultados tienden a fundamentar la hipótesis de que el apoyo emocional permanece estable en la vejez, mientras que el instrumental suele aumentar. En todo caso, la frecuencia del contacto incide positivamente en el apoyo emocional percibido. El principal apoyo que entrega la familia a la persona mayor es el emocional y el instrumental. A su vez el mayor retribuye a los familiares con apoyo emocional e instrumental, destacando el cuidado de los nietos. Es relevante señalar que las amistades son fuente principalmente de apoyo informacional y emocional.

4.4. PRINCIPALES CORRELATOS DEL APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ.

4.4.1. Sexo.

Durante la vejez, la evidencia empírica muestra que las mujeres poseen fuentes de apoyo social más diversificadas que los hombres (Antonucci, 1985; Gurung, Taylor y Seeman, 2003; Kahn y Antonucci, 1984; Kaye y Monk, 1991). De igual manera, los estudios muestran que las mujeres no solo cuentan con redes sociales más amplias, sino que son mayores proveedoras de apoyo (Campbell, 1980; Veroff, Douvan y Kulja, 1981) y perciben más apoyo social (Okamoto y Tanaka, 2004; Wu y Pollard, 1998). Además, las mujeres están más satisfechas por el apoyo social recibido de los amigos y más insatisfechas con el apoyo procedente de su cónyuge (Antonucci, 1982).

En esta línea, Kaden y McDaniel (1990) analizaron las diferencias en función del sexo respecto a la necesidad de recibir apoyo social en 403 adultos mayores en Canadá. Los resultados indican diferencias en las fuentes de apoyo familiar; mientras que las

mujeres reciben apoyo principalmente de sus hijos, los hombres lo reciben de sus cónyuges. Además, ellos hacen mayor uso de los servicios formales de apoyo. Igualmente, Gurung, Taylor y Seeman (2003) advierten que los hombres tienen a recibir más apoyo emocional por parte de sus cónyuges.

Un estudio de similares características, en este caso realizado en Inglaterra, es el desarrollado por Scott y Wenger (1996). Los resultados confirman que las mujeres cuentan con una amplia red de apoyo social y gozan de mayor independencia que los hombres. Estos, en cambio, suelen recibir apoyo de sus parejas en la vejez. En caso de viudez, las mujeres se adaptan mejor a la pérdida y los problemas derivados de la vejez. Sin embargo, es preciso señalar que Golden et al. (2009) observan lo contrario en las mujeres mayores viudas en Irlanda, quienes muestran mayores indicadores de vulnerabilidad frente a la soledad.

El estudio realizado en EE.UU. en personas mayores afrodescendientes, muestra de igual manera que las mujeres cuentan con redes significativamente más amplias que los hombres. Esta investigación confirma que la principal fuente familiar de apoyo para las mujeres son los hijos (Barker, Morrow y Mittness, 1998).

Al analizar el apoyo social formal, según género y estado civil, autores como Wister y Dykstra (2000) observan que las mujeres cuentan con más redes formales de apoyo, en el caso de las personas mayores casadas y solteras. Sin embargo, en situaciones de viudez y condiciones de salud compleja son los hombres quienes reciben más apoyo formal.

En esta misma línea, Krause y Shaw (2002) analizaron los indicadores relativos a los adultos mayores que recibieron apoyo de los programas públicos de asistencia social en EE.UU. El estudio intentó verificar la diferencia en función del sexo en lo que refiere a fuentes formales e informales. Los resultados del estudio longitudinal revelan que a medida que transcurre el tiempo los individuos no solo perciben menor apoyo social recibido, sino que además están menos satisfechos con la asistencia otorgada. Una posible explicación es el hecho de que los mayores que se inscriben en programas sociales reciben menos apoyo de otras fuentes significativas. En lo que refiere al sexo, los hombres se declaran más satisfechos que las mujeres, en tanto las interacciones suelen ser negativas con los familiares y amigos.

Retomando las relaciones establecidas con las amistades, en Chile la investigación realizada por Arechabala y Miranda (2002) confirma que las redes de amistad son más estrechas en los hombres mayores. En todo caso, el estudio comprueba que tanto para hombres como para mujeres las relaciones familiares son las principales fuentes de apoyo en la vejez.

En lo que refiere a **participación en redes sociales comunitarias**, Arber (2004) observa bajos niveles de participación en hombres mayores divorciados. En cambio las mujeres solteras, a diferencia de los hombres solteros, tienen una alta participación en organizaciones sociales. Posteriormente Wenger, Dykstra y Melkas (2007) realizan un estudio también centrado en redes sociales comunitarias en Inglaterra y obtienen que las mujeres solteras sin hijos tienen una participación más activa en organizaciones sociales. Sin embargo, indistintamente del sexo, las personas mayores sin hijos

cuentan con redes sociales menos robustas y recurren con mayor frecuencia a sistemas de atención residencial.

En **situación de enfermedad**, las mujeres reciben apoyo de su cónyuge, familia y amigos, mientras que los hombres centran su apoyo en su cónyuge (Chappell, Segall y Lewis, 1990; Depner e Ingersoll, 1988). En todo caso, parece que el apoyo social es un determinante más relevante para la salud percibida en el caso de las mujeres (Cheng y Chan, 2006). Esta circunstancia puede deberse a la construcción social de los roles de género, que influirían en la percepción de los individuos. De esta forma, Nagumey, Reich y Newson (2004) observan que los hombres cuyos problemas de salud les impiden realizar actividades de la vida diaria, perciben el hecho de ser apoyados como una amenaza a su independencia, situación que no ocurre en el caso de las mujeres. No obstante, el sentido de la relación en este punto no aparece de forma uniforme en la evidencia empírica. Así, por ejemplo, el estudio realizado por Gadalla (2010) advierte mayores indicadores de estrés en hombres mayores y peor salud física en mujeres. En ambos sexos disminuyen los indicadores de malestar psicológico a mayor apoyo social percibido y mayor nivel educacional, aunque esta asociación es más fuerte en el caso de los hombres mayores.

Resumiendo, se advierten diferencias en función del sexo en los estudios sobre apoyo social en personas mayores, siendo en términos generales más favorecidas las mujeres al ser más receptoras y proveedoras de apoyo social, además de contar con redes sociales más diversificadas que los hombres. En el contexto familiar, las mujeres reciben más apoyo de sus hijos, en cambio los hombres de sus cónyuges. Ante una situación de enfermedad, los hombres recurren a sus parejas, en cambio las mujeres a

sus hijos, familiares y amistades. En situaciones de viudedad, son las mujeres quienes se adaptan mejor a la pérdida y a los problemas propios de la vejez.

4.4.2. Salud general.

En el ámbito de la salud es donde más se ha analizado la influencia del apoyo social para las personas mayores. Al respecto diversos estudios confirman una relación positiva entre apoyo social y salud física en personas mayores. Un deficiente apoyo social se relaciona a mayor riesgo de enfermedad (Prince et al., 1997), patología cardiovascular (Tsouna-Hadjis et al., 2000; Shaya et al., 2010; Uchino, 2006), alteración inmunológica (Bisconti y Bergeman, 1999) o riesgo biológico acumulado (Seeman et al., 2002). Se ha constatado también su influencia positiva sobre otras variables como estado funcional en personas mayores (Al-Kandari, 2011; Hays et al., 2001; Liu, Liang y Gu, 1995; Travis et al., 2004; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996; Unger et al., 1999), la salud percibida (Grundy y Sloggett, 2003), inmunidad (Uchino, 2006), supervivencia (Giles et al., 2005; Woloshin et al., 1997), función cognitiva (Seeman et al., 2001), tiempo de recuperación (Di Iorio et al., 1999; Sutherland y Murphy, 1995), el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Mendes de Leon et al., 1999), el riesgo de mortalidad posterior a un alta hospitalaria (Irvine et al., 1999; Shaya et al., 2010), mortalidad en general (Berkman y Syme, 1979; Blazer, 1982; Bryant y Rakowski, 1992; House, Robbins y Metzner, 1982; Kasl y Berkman, 1981; Mazzella et al., 2010) o conductas saludables (Thanakwang y Soonthorndhada, 2011).

Los clásicos estudios de Singer y Lord (1984) plantean que la relación entre el apoyo social y las enfermedades crónicas o de amenaza vital podría ser positiva (por ejemplo,

el apoyo social como protección frente al estrés) o negativa (por ejemplo, la pérdida de apoyo podría ser causante de estrés en sí misma). De esta manera, las personas mayores que perciben un mayor apoyo social gozan de un mejor estado de salud. Este impacto positivo será más marcado cuando el mayor sea parte activa de la relación de apoyo y no se trate más bien de una asistencia pasiva (Krassoievitch, 1998).

Antonucci y Akiyama (1987), a partir de un balance de evidencias empíricas en esta área, concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a enfermedades, al estrés y a otras dificultades vitales 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.

En lo que respecta a estudios longitudinales, destaca el efectuado por Berkman y Syme (1979), quienes durante 9 años investigaron a personas mayores en California y observaron que entre los hombres y mujeres casados que mencionan más interacciones sociales con la familia y con los amigos reducen su tasa de mortalidad, al contrario de aquellos que no estaban casados y que mencionaron pocos contactos sociales. House, Robbins y Metzner (1982) hallaron una relación parecida para los hombres en un estudio longitudinal de 11 años; la relación fue la misma, aunque no significativa para las mujeres. En la misma línea, la investigación realizada por Mainous et al. (2011) analiza la relación entre estado civil y los indicadores de envejecimiento biológico (leukocyte telemere), advirtiéndose resultados más favorables para quienes declaran estar casados o con pareja.

Por último, el estudio longitudinal de Newson y Schulz (1996), que duró 2 años y en el que participaron 4.734 personas mayores, mostró que un mayor deterioro físico estaba asociado a una baja frecuencia en el contacto con las redes de apoyo social informal, ya sea amistades o bien familiares. Asimismo, las personas mayores con redes de apoyo informal débiles presentan mayores problemas de salud, junto con una baja autovaloración en el ámbito de la salud y mayores limitaciones funcionales.

Actualmente, destacan las aportaciones de Uchino (2009) quien refiere que la percepción del apoyo social recibido cambia con el tiempo y cómo esto puede incidir en enfermedades, e incluso modificar el desarrollo de las etapas de la enfermedad que padece la persona. Es importante destacar que, en situaciones de enfermedad o de deterioro de la salud, en el caso de las personas mayores sigue siendo la red informal la fuente de atención en primera instancia, principalmente la familia (Chappell y Funk, 2011). En esta línea de apoyo familiar, Kelley et al. (2011) muestran no solo que la familia es una red de apoyo social relevante en situaciones de enfermedad, sino que además las personas mayores con alto apoyo familiar (cercanía familiar) tienden a presentar una disminución de los gastos asociados a salud.

En otras palabras, los estudios indican una relación positiva entre apoyo social y salud física (Brown, Consedine y Magai, 2005; Kasl y Berkman, 1981; Thanakwang, 2009; Yeh y Lo, 2004). Algunos estudios se centran específicamente en la relación entre apoyo social y morbilidad en la vejez. Entre ellos encontramos el de Rueda y Artazcoz (2009) realizada en Cataluña - España con 2.597 mayores y que confirma la relación positiva entre salud y apoyo social en ambos sexos. Sin embargo existen diferencias de género

que desfavorece a las mujeres, dado que presentan un estado de salud más deteriorado.

También en el caso de las **enfermedades crónicas** existe amplia evidencia empírica relacionada con el efecto beneficioso del apoyo social. El estudio efectuado en personas mayores con *diabetes mellitus no insulino dependiente* realizado por Heitzmann y Kaplan (1984) se centró en la influencia del apoyo social en el control metabólico, observando diferencia de género: la satisfacción con el apoyo social se asocia con un menor control metabólico en los hombres, pero no en el caso de las mujeres. Por otro lado, estas buscan el apoyo social para seguir las indicaciones médicas, mientras los hombres tienden a desarrollar conductas poco adaptativas respecto a su enfermedad. Posteriormente, Connell, Fisher y Houston (1992) estudiaron a 81 hombres y 11 mujeres con la misma enfermedad, encontrando nuevamente diferencias de género respecto al rol del apoyo social. Por el contrario, en este estudio para los hombres el apoyo social aumenta la conducta de autocuidado, mientras que en las mujeres no tiene incidencia.

El **cáncer** es otra enfermedad investigada desde la perspectiva del apoyo social. McFall y Davila (2008) han analizado la incidencia del apoyo social en la detección del cáncer. Sus resultados advierten una diferencia por género a favor de las mujeres, quienes al obtener medidas sociales más altas detectan precozmente el cáncer. La detección del cáncer en las mujeres está asociada con el contacto sostenido con sus redes informales, tales como familiares y amigos. En cambio, en los hombres la detección de cáncer es mayor en los casados y en los que asisten regularmente a la iglesia.

Goldzweig et al. (2009) realizaron una investigación a 339 pacientes mayores con cáncer de colon rectal (hombres y mujeres) en Israel, evaluando el impacto del estado civil y sexo en los niveles de bienestar psicológico, afrontamiento y apoyo social. Los resultados indican altos niveles de angustia en pacientes solteros, en tanto los hombres casados muestran niveles significativamente más altos de apoyo social que las mujeres casadas. El apoyo social familiar se correlaciona con angustia psicológica solo en los casados. El apoyo espiritual-religioso se da principalmente en personas mayores con sentimientos de impotencia y fatalismo frente a su enfermedad. Los resultados apoyan la hipótesis de que los pacientes casados afrontan mejor el cáncer que los solteros.

Shippy y Karpiak (2005) estudian a un grupo de adultos mayores con **VIH** demostrando que este grupo no recibe la ayuda adecuada, tanto emocional como instrumentalmente, por parte de sus redes informales y plantea que los principales proveedores de atención se sitúan en el ámbito formal, algo que podría generar aislamiento y estigmatización en este grupo. El estudio demuestra que la tensión física y el número de enfermedades concomitantes son indicadores significativos en la adecuación del apoyo social emocional e instrumental. De esta manera, quienes presentan mayor esfuerzo físico y mayor número de enfermedades evalúan como adecuado el apoyo social recibido, a diferencia de quienes se encuentran con menos problemas de salud que lo perciben como insuficiente.

Weinberger, Hiner y Tierney (1987) examinaron la relación entre estrés, apoyo social y estado de salud en 134 adultos mayores con **osteoartritis**, midiendo los aspectos objetivos, subjetivos y la satisfacción del apoyo social. El estudio mostró que ser negro,

estar casado, tener mejor educación y mayor ingreso tenía una asociación positiva con el apoyo social, de manera que dichas variables parecen asociarse con una movilización más efectiva de las redes de apoyo entre las personas que sufren osteoartritis. Posteriormente, Sherman et al., (2006), realizan un estudio con personas mayores con la misma enfermedad, cuyos resultados indican que el apoyo social logra predecir significativamente (a largo plazo) los cambios en el funcionamiento pro social, pero no así los cambios en la salud percibida y observada.

Otra enfermedad analizada es la **esclerosis múltiple**. En un reciente estudio, Harrison, Blozis y Stuijbergen (2008) investigaron a 503 mujeres con esclerosis múltiple, demostrando que un bajo apoyo social aumenta las limitaciones funcionales, además de una opinión negativa frente a la vejez. Estas opiniones negativas no solo tienen incidencia negativa en la salud, sino también en la calidad de vida.

En el caso de las personas mayores con algún grado de **discapacidad física**, Wilcox, Kasl y Berkman (1994), analizaron una muestra compuesta por 269 personas mayores con discapacidad física en EE.UU. Sus resultados indican que tras los episodios de hospitalización aumentan los proveedores de apoyo emocional e instrumental. Igualmente, se advierte una relación dinámica entre apoyo social y recuperación, ya que el apoyo emocional logra predecir el nivel de discapacidad tras 6 semanas de recuperación.

En lo que refiere a tratamiento **post operatorio**, Casado et al. (2009), en su investigación a partir de una muestra de 164 mujeres en tratamiento por fractura de cadera, obtuvieron resultados que indican una relación directa entre apoyo social y las

expectativas que tienen los profesionales – médicos- en el ejercicio que deben mantener las mujeres por su tratamiento.

En el ámbito de **rendimiento cognitivo** en personas mayores, Arbuckle et al. (1992) investigaron a veteranos de la II Guerra Mundial, observando que las personas que reportan mayor apoyo social mejoran su rendimiento en tareas de memoria; asimismo el sentirse satisfecho con el apoyo social recibido contribuye a un mayor desempeño intelectual. En esta misma línea, Seeman et al. (2001) comprobaron en 1.189 mayores a través de un estudio longitudinal de 7,5 años que las personas que reciben mayor apoyo emocional mejoran su rendimiento cognitivo. Iguales resultados obtuvieron Shu – Chuan y Yea-Ying (2003) al investigar a 4.993 personas mayores en Taiwán.

En el caso de enfermedades de dependencia, como **alcoholismo**, se advierten resultados negativos entre el apoyo social y el consumo de alcohol en la vejez, puesto que en algunas subculturas las amistades promueven el consumo del alcohol en los mayores (Seeman y Anderson, 1983). Por otra parte, en el caso de las mujeres mayores, las redes sociales amplias pueden asociarse con estrés, algo que a su vez incide en su adicción al alcohol (Gomberg y Lisansky, 1984).

De manera complementaria, Brennan y Moos (1990) indican que las personas mayores alcohólicas presentan un déficit en sus recursos sociales. Se advierten diferencias de género en la vinculación con fuentes informales. Los hombres que presentan problemas de consumo manifiestan problemas con sus amistades, en cambio las mujeres lo hacen con su cónyuge o con miembros de la familia extensa. Sin embargo,

las mujeres reportan un mayor apoyo por parte de sus respectivas parejas y los hombres perciben un bajo apoyo familiar.

En un reciente estudio longitudinal realizado con una muestra de personas mayores que presentaron consumo problemático de alcohol, Moos et al. (2010) ponen de manifiesto que los recursos sociales predisponentes a volver a consumir entre las personas mayores son: participación en actividades sociales, aprobación de amistades frente al consumo, mala calidad de las relaciones familiares y la existencia de problemas financieros.

A modo de síntesis, el apoyo social tiene una incidencia positiva en la salud de las personas mayores. De esta manera, el análisis de los antecedentes empíricos muestra que el apoyo social tiene una incidencia significativa en los siguientes indicadores, entre otros: menor riesgo a enfermar, mejora en el afrontamiento de enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, VIH, entre otras), mejora en indicadores de inmunidad, disminución de la mortalidad, disminución del tiempo de recuperación, mejora en el rendimiento en actividades de la vida diaria, promoción de conductas de autocuidado, ayuda a la detección temprana de enfermedades y mejora en la efectividad del tratamiento post operatorio. Sin embargo puede tener efectos negativos como el estrés o bien en situaciones de redes sociales débiles aumentar el riesgo al consumo de drogas y alcohol.

4.4.3. Salud mental.

La relación positiva entre apoyo social y salud general en personas mayores establecida en el epígrafe anterior se reproduce en el ámbito de la salud mental

(Altintas, Gallouj y Guerrien, 2012; Antonucci, Fuhrer y Datigues, 1997; Antonucci, Lansford y Akiyama, 2001; Chi y Chou, 2001; Chou y Chi, 2001; Forsell y Winblad, 1999; Kihl, Sangalang y Kill, 2012; Peirce et al., 2000; Penninx et al., 1997; Robitaille, Orpana y McIntosh, 2012; Vanderhorst y Maclaren, 2005). Como se verá en este apartado existen numerosos estudios que comprueban esta premisa. Se analizarán los principales factores de riesgo a desencadenar cuadros depresivos, como son: contar con redes informales significativas y que éstas sean diversas, situación de convivencia habitacional, nivel socioeconómico, estado de salud y experiencias traumáticas.

Al respecto, Gracia (1997) explica que la presencia de una adecuada red social para el anciano no solamente está relacionada con una buena salud mental, sino que también parece actuar como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y la tensión emocional, además de afirmar los sentimientos de valor personal y autoestima en las personas mayores. En estos espacios de apoyo social la persona adulta tiene la posibilidad de desenvolverse bidireccionalmente: recibiendo y dando compañía, consejo, ayuda, enseñanza, etc. En este sentido, la bibliografía existente apunta a la existencia de una interacción entre apoyo social y estrés. Como puede apreciarse, se trata del desarrollo de la hipótesis de amortiguación, la cual establece que un alto apoyo social sirve para reducir el impacto negativo del estrés sobre la salud mental (Cutrona, Rusell y Rose, 1986).

En una línea de análisis complementaria, Krause (1987b) comprueba en un estudio efectuado en 351 personas mayores que los entrevistados que reportan fuertes sistemas de apoyo social son menos propensos a experimentar situaciones de estrés. Agrega el autor que los mayores en situación de estrés buscan el apoyo en otras

personas, y que este apoyo brindado por otros incide en la salud mental, a través de la autovaloración y la autoestima positiva.

Además del efecto protector del apoyo social para las personas mayores, la bibliografía existente destaca la importancia de las redes informales. Así, por ejemplo, el estudio de Arzola (2007) confirma la existencia de una relación positiva entre apoyo social y salud mental, cuando el apoyo es otorgado por la familia y otras personas significativas, es decir, cuando el apoyo se moviliza en las **redes informales**. Asimismo los resultados indican que las mujeres desarrollan más síntomas depresivos (Choi y McDougall, 2009; Koizumiy et al., 2005). En este sentido, Dean, Kolody y Wood (1990) confirmaron que las fuentes de apoyo informal que amortiguan el desarrollo de cuadros depresivos, son en primer lugar el cónyuge, luego los amigos/as y finalmente los hijos/as.

También la composición de las redes informales influye en la salud mental de los mayores. En concordancia con ello Fiori, Antonucci y Cortina (2006) advierten que los cuadros depresivos son más recurrentes en adultos mayores cuyas redes sociales son menos diversas y están fuertemente centradas en la familia. En cambio quienes gozan de redes más heterogéneas, en las que la familia se mezcla y complementa con las amistades, muestran bajos índices depresivos. Es significativo que este hallazgo se haya replicado en diferentes contextos culturales (Chi y Chou, 2001; Chou y Chi, 2003).

En lo que respecta a bienestar psicológico, se advierte que las **fuentes informales** de apoyo ejercen un rol significativo. A través del estudio de Phillips et al. (2008), se pone de manifiesto la relevancia y eficacia de los diversos tipos apoyo informal en el

bienestar psicológico en 518 personas mayores de Hong Kong. Los resultados muestran que tanto las medidas subjetivas como las objetivas del apoyo social se relacionan con el bienestar psicológico. Sin embargo, el apoyo informal (es este caso, procedente de la familia) es un mejor predictor del bienestar psicológico. Asimismo el estudio muestra que los efectos del tamaño de la red en el bienestar psicológico es mayor en personas que viven solas que en aquéllos que residen con sus cónyuges o familiares.

Siguiendo esta línea, se encuentra la investigación realizada por Okabayashi et al. (2004) en Japón en base a una muestra nacional de 2.200 personas mayores casadas con hijos. Los resultados indican que el apoyo otorgado por su cónyuge tiene una asociación positiva con el bienestar psicológico, y negativa con la angustia y el deterioro cognitivo, mientras que para quienes no tienen cónyuge los resultados se mantienen pero la fuente de apoyo más relevante son los hijos.

En el ámbito específico de los **síntomas depresivos** en personas mayores, los resultados del estudio realizado por Norris y Murrell (1990) sugieren que para las personas viudas el apoyo social percibido constituye un factor determinante, al amortiguar la influencia de las presiones financieras y contextuales, reduciendo de esta manera la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos.

En el mismo ámbito de las relaciones sociales y la salud mental, Antonucci, Fuhrer y Dartigues (1997), realizaron un estudio en 3.777 personas mayores no institucionalizadas en Francia. Los resultados muestran que el promedio de individuos de la red es de 8 personas, principalmente familiares. Pese a que la mayoría señala no

sentirse entendido por su red, existe una alta satisfacción con sus relaciones, lo que puede ser explicado por el valor cultural fuertemente familiar de la sociedad francesa. En el ámbito de la salud mental, los resultados muestran que el apoyo social subjetivo (emocional y material) tiene mayor incidencia en la depresión que los aspectos objetivos de la red de apoyo (tamaño, frecuencia contacto). De igual manera la satisfacción con el apoyo disponible y los sentimientos de pertenencia predicen en mayor medida los síntomas depresivos.

Otro factor de riesgo/protección es la situación de **convivencia habitacional**. En este ámbito Dean et al. (1992) comprueban que las personas que viven solas presentan una mayor probabilidad de desarrollar cuadros depresivos, independientemente de la existencia o no de otras variables de apoyo social y estrés. Esta situación afecta principalmente a los hombres que viven solos. De igual manera, Yeh y Lo (2004) observan en un muestra de 4.859 personas mayores en Taiwan que quienes viven solos perciben bajos niveles de apoyo social y mayores sentimientos de soledad.

En lo que refiere al rol de las **redes de apoyo formal** en la salud mental de mayores, parece razonable señalar que en países donde existen sistemas de apoyo social formal para las personas mayores, los índices de depresión tienden a disminuir en dicho colectivo, sobre todo en el caso de ancianos que carecen de redes informales. En todo caso, la familia y los amigos tienen un papel central en amortiguar síntomas depresivos (Muramatsu, Yin y Hedeker, 2010).

También resulta interesante analizar qué tipo de apoyo social, ya sea funcional o bien estructural, tiene mayor incidencia en la salud mental de las personas mayores. En

este punto cabría aplicar la conclusión general obtenida en el trabajo clásico de Cohen y Wills (1985), según la cual el apoyo funcional tiende a relacionarse con la existencia de efectos de amortiguación, mientras que el apoyo estructural (integración social) tiende a relacionarse con un efecto directo. No obstante, es preciso señalar que en el ámbito de las personas mayores existen estudios que muestran que los **aspectos funcionales** de apoyo social tienen una relación directa y positiva con la salud mental, mientras que los aspectos estructurales no presentan efectos duraderos (Murrell, Norris y Chipley, 1992). En otras palabras, las personas mayores valoran positivamente el disponer de redes de apoyo social en términos funcionales (dar y recibir apoyo social), valoración que se asocia a sentimiento de seguridad y permite de manera duradera asegurar la salud mental.

Diversos estudios recientes enfatizan la importancia del apoyo social para el mantenimiento de altos niveles de bienestar psicológico. La investigación realizada por Cruza-Guet (2008) investiga a personas mayores hispanas que residen en Florida (EE.UU.). Los resultados indican que los que declaran mayor satisfacción con el apoyo social recibido presentan menor angustia psicológica. Un segundo estudio, de Ferguson y Goodwin (2010) analizó la dinámica del bienestar psicológico en una muestra de 225 adultos mayores. Los resultados pusieron de manifiesto que el optimismo logra predecir el apoyo social percibido y la percepción de control; asimismo la percepción de control media la relación entre optimismo y bienestar psicológico, pero no bienestar subjetivo. Por último, destaca el estudio realizado por Robitalle, Orpana y McIntosh (2012) quienes observaron que el apoyo emocional, seguido del apoyo informacional, se relacionan significativamente con la angustia

psicológica en las personas mayores. Sin embargo el apoyo instrumental y los aspectos estructurales del apoyo social no se relacionan con la angustia psicológica.

Por último, Portero y Oliva (2007) investigan a adultos mayores universitarios que pertenecen al Programa de la Tercera Edad en España y sus resultados indican que el apoyo social percibido tiene una influencia positiva en el bienestar psicológico y a su vez en la salud.

El **ámbito socioeconómico** constituye un elemento de gran importancia para dar cuenta de la salud mental de las personas mayores. Investigaciones como las de Krause (1987a) ponen de manifiesto que las personas mayores expuestas a tensiones financieras son más propensas a desarrollar cuadros depresivos, aunque esta situación se logra aminorar cuando los mayores cuentan con un alto apoyo informativo y además una alta capacidad de dar apoyo. Es importante señalar que la investigación citada sugiere que el apoyo instrumental y emocional son recursos de afrontamiento menos eficaces en situaciones de tensión financiera para las personas mayores.

Murrell y Norris (1991) intentan explicar la relación existente entre clase social y salud mental en mayores encuestando a 1.326 personas, bajo la premisa de que las personas de clases sociales más desfavorecidas presentan una red de apoyo social más débil. Parece que en dichas clases sociales disponen de más débiles y/o menos eficaces. Por tanto la movilización del apoyo supone mayor dificultad y surge mayor riesgo de trastornos psicológicos (Choi y Jun, 2009).

Otro factor ampliamente estudiado es la relación entre el estado de salud físico y la salud mental, atendiendo al potencial papel del apoyo social. En este ámbito la

evidencia muestra una tendencia clara, a saber, la existencia de un efecto moderador del apoyo social, si bien los resultados de los estudios son diversos. Así, por ejemplo, los resultados obtenidos por Chou y Chi (2005) confirman que el dolor físico predice los síntomas depresivos, si bien el apoyo social no aparece como una variable moderadora de esta relación. Al contrario, investigaciones como la de Paukert et al., (2010) señalan la existencia de una relación entre la salud física percibida y los síntomas depresivos, de manera que dicha relación es moderada por variables como la autoeficacia y apoyo social.

Parece que la evidencia es más clara en el ámbito de las actividades cotidianas. En concreto, parece que el apoyo social ejerce un efecto moderador entre la capacidad y competencia para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y la depresión. En efecto, la capacidad para realizar dichas actividades se relaciona de manera negativa con la depresión, en una relación que, según diversas investigaciones, está influida por los niveles de apoyo social (Bozo, Toksakay y Kürüm, 2009; Chou, 2005).

En general, la relación entre enfermedad, apoyo social y salud mental estará en función del tipo de interacción que la persona mayor pueda establecer en el marco de sus redes sociales. Así, por ejemplo, la investigación realizada por Stephens et al. (1987) con personas que presentaron accidentes cerebro-vasculares tras un alta hospitalaria, demuestra que las interacciones sociales negativas se asocian con peor estado de ánimo y una mayor incidencia síntomas psiquiátricos, elementos que en gran medida constituyen una limitación al tratamiento.

Estudios a partir de **experiencias traumáticas** ofrecen datos interesantes en el análisis de las relaciones entre el apoyo social y la depresión. En este contexto de análisis, Jawad, Sibai y Chaaya (2009) llevaron a cabo un estudio con 490 de adultos mayores institucionalizados y que participaron en la Guerra Civil del Líbano. Los resultados demuestran que este grupo de personas ancianas eran más susceptibles a desarrollar una depresión por problemas de salud que por eventos familiares (pérdidas) o bien de índole financiero. De igual manera el estudio destaca el papel amortiguador de estrés que ejerce la familia, aunque éste papel puede variar conforme al ambiente físico, social y político.

En un estudio longitudinal efectuado por Watanabe et al. (2004) se examinaron los cambios en los síntomas depresivos de los taiwaneses desplazados por los efectos del terremoto del año 1999. Sus resultados muestran que tras un año de ocurrido el suceso los factores que se asocian significativamente con la disminución de síntomas depresivos fueron el apoyo social de la familia y los vecinos, junto con la participación social.

Por su parte, Kaniasty y Norris (1993) realizaron un estudio longitudinal en 222 mayores tras un desastre natural (inundación). La hipótesis del estudio era que el vivir un desastre natural desencadena una situación de estrés y que el apoyo social aparece como un amortiguador de enfermedades físicas y psicológicas. Los resultados muestran que la magnitud de las pérdidas personales experimentadas por víctimas de las inundaciones dio lugar a reducciones considerables en percepciones de apoyo familiares; sin embargo la familia ejerce un rol relevante otorgando apoyo a través de ayuda instrumental, asesoramiento y consejo.

Resumiendo, la evidencia empírica sobre salud mental y redes de apoyo social confirma la existencia de una relación positiva entre ambas variables. Más concretamente, parece que el apoyo social actúa como un mecanismo protector o amortiguador de las situaciones de estrés, de manera que reduce las probabilidades de desarrollar síntomas de depresión.

De esta manera, la familia y otras redes significativas ejercen una influencia en la salud mental de las personas mayores. Además, a medida que la red social sea más heterogénea disminuye la probabilidad de padecer depresión. En este contexto, parece que los aspectos funcionales del apoyo social tienen una mayor incidencia y a la vez más duradera en la salud mental de las personas mayores.

4.4.4. Bienestar y satisfacción vital.

La satisfacción vital también suele estar asociada positivamente con el constructo apoyo social en la vejez, dado que las redes de apoyo reducen los sentimientos de aislamiento, promueven las conductas saludables y facilita el acceso a recursos y opciones relacionadas con la salud y el bienestar (Guzmán, Huenchuan y Sosa, 2002).

En términos generales podemos señalar que en el caso de las personas mayores las medidas de apoyo social percibido, tales como satisfacción marital y frecuencia de contacto con amigos y parientes, se asocian con bienestar, felicidad y satisfacción vital (Antonucci, 1982). En este sentido, Antonucci y Jackson (1990) plantean que no es un apoyo específico el que incide en la calidad de vida, sino la acumulación de comunicación con otros individuos que transmiten a la persona la idea de que es (o sigue siendo) capaz, valiosa e importante. Esta comunicación es internalizada y

validada por la persona. Así lo confirma el estudio realizado en Chile por Herrera, Barros y Fernández (2011) al poner de manifiesto que toda una serie de factores del apoyo social inciden positivamente en la calidad de vida de las personas mayores, especialmente cuando el mayor evalúa como positivas sus relaciones sociales.

La relación entre apoyo social y satisfacción vital suele estar participada por la influencia de otras variables. Así, Chappell y Segal (1989) encontraron que las personas mayores con menos enfermedades crónicas, sin discapacidad funcional y con una mayor red de apoyo presentan un bienestar subjetivo más elevado. Igualmente incidían en el bienestar el contar con un hijo en caso de una emergencia de salud y contar con el apoyo del cónyuge en asuntos de salud cotidiano. En el mismo sentido, la revisión sistemática efectuada por Wenger (1992) muestra que el estado de ánimo en la vejez está relacionado con la amistad, el nivel de confianza, el apoyo social, el estado civil y el aislamiento social, de igual manera con la salud, los recursos personales y el tipo de barrio en que vive.

En lo que respecta a bienestar subjetivo, Larson, Mannell y Zuzanek (1986) advierten que son las amistades quienes tienen una mayor influencia en dicha variable, lo que se explica porque las experiencias con las amistades suelen ser más favorables que las vividas con la familia. Además, la reciprocidad en el apoyo surge una vez más como una variable de especial importancia. Así, la investigación desarrollada por Liang, Krause y Bennett (2001), analiza la reciprocidad de apoyo social y su impacto en el bienestar psicológico. Los resultados muestran que la reciprocidad del apoyo social tiene consecuencias negativas y positivas en el bienestar psicológico de los mayores. Por ejemplo, el recibir apoyo puede producir angustia psicológica, pero a la vez el

recibir apoyo social puede aliviar síntomas depresivos. En todo caso, el estudio destaca el hecho de que la capacidad de ofrecer apoyo social tiene una incidencia positiva en el autoestima.

En lo que respecta a **satisfacción vital**, diversos estudios comprueban la relación existente entre la tenencia de redes sociales adecuadas y el incremento de la satisfacción vital (Aquino et al., 1996; Arias, 2001; Bishop, Martin y Poon, 2006; Levitt et al., 1986; Muchnik, 1984; Newson y Schulz, 1996; Phillips et al, 2008). Ya Palmore y Kivett (1977) planteaban que la participación en organizaciones es un buen predictor de la satisfacción vital. Así, la investigación realizada por Aquino et al. (1996) con 292 personas mayores en EE.UU. que trabajan como voluntarios, muestra una relación directa entre una alta satisfacción vital con mayor apoyo social percibido y la tendencia a bajos índices de depresión. En este sentido, parece que tiene mayor incidencia para ambos sexos la participación en organizaciones eclesíásticas (Heisel y Faulkner, 1982). Igualmente, la convivencia con algún miembro de la familia extensa, y en particular con los nietos, se relaciona notablemente con la satisfacción vital y con la felicidad (Chyi y Mao, 2012).

En el ámbito de las **relaciones maritales**, el apoyo social influye en el nivel de satisfacción y felicidad de los cónyuges. La investigación realizada por Acitelli y Antonucci (1994) con 69 matrimonios de personas ancianas examina el papel del apoyo social recibido, el apoyo social emitido y la reciprocidad en la pareja. Los resultados confirman una diferencia de género, siendo en las mujeres más relevante la percepción del apoyo (sobre todo el emocional) para evaluar su satisfacción. En cambio los hombres se apoyan en factores fuera del matrimonio para evaluar su

satisfacción (apoyo en el trabajo y apoyo de amigos). De igual manera los resultados muestran que el estar casado es más importante para los hombres que para las mujeres. Sin embargo la calidad percibida de la relación de pareja es más importante para las mujeres que los hombres, lo que puede resultar contradictorio pero tiene sentido bajo la explicación de que las mujeres son socializadas a estar en mayor sintonía con su entorno social.

En el contexto latinoamericano, Inga y Vera (2006) llevaron a cabo un estudio en la ciudad de Lima, observando que los factores más asociados con la satisfacción vital en personas mayores son, por orden de importancia: resentimiento, nivel de instrucción, **apoyo social recibido**, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad de la red de amigos.

La alta validez transcultural de los resultados en torno a la relación entre apoyo social y satisfacción vital parece contrastada. Así, la investigación de Chan y Lee (2006) en torno a la relación entre felicidad y apoyo social percibido en personas mayores de las ciudades de Pekín y Hong Kong apunta en la misma línea. Sus resultados indican que entre las variables sociodemográficas tiene mayor peso el nivel de ingreso. Sin embargo tienen una mayor relevancia las variables relacionadas con el tamaño de la red y en particular el apoyo social percibido. Los autores confirman la tesis de que la felicidad está asociada a redes más grandes, así como el rol mediador de apoyo social en la felicidad.

A modo de resumen, podemos señalar que el apoyo social se relaciona positiva y significativamente con la satisfacción vital y la felicidad en el caso de las personas

mayores. La satisfacción vital se asocia con una alta percepción de apoyo social y con el hecho de contar con redes sociales extensas. En este sentido, las fuentes informales ejercen un rol especialmente significativo, relación consistente a nivel transcultural, aunque con matices: en sociedades orientales tienen un mayor peso los familiares y en sociedades occidentales las amistades.

4.4.5. Medio rural/ urbano.

Dadas las características del presente estudio, una variable de especial interés es el contexto residencial de las personas mayores. Autores como Mair y Thivierge- Rikard (2010) retoman uno de los elementos clásicos de las teorías sociológicas al plantear que la interacción social difiere en zonas urbanas y en rurales. Su estudio, efectuado en EE.UU., demuestra efectivamente que las personas que residen en zonas rurales poseen fuertes lazos informales y ello incide directamente en el aumento de su bienestar subjetivo. De igual manera, investigaciones como la efectuada por Giles, Wang y Zhao (2010) confirman que la familia es la principal fuente de apoyo social en personas mayores rurales, especialmente cuando se trata de personas mayores que sobrepasan los 70 años de edad.

En este sentido, la investigación realizada por Bowling, Farguhar y Browne (1991), con una muestra de 2.058 personas mayores en Inglaterra, confirma que en zonas urbanas el uso de las redes formales (servicios sociales y de salud) es mayor que en zonas rurales. De igual manera, esta investigación comprueba que a mayor edad mayor es el uso de los servicios sociales. Asimismo, en esta investigación el tamaño del hogar logra predecir el uso de ayuda para el hogar y el servicio de envío de comidas.

Pese a que el uso de redes formales es mayor en ámbitos urbanos, se advierte que en términos de participación en organizaciones comunitarias la situación es inversa, puesto que las mujeres rurales tienden a participar más que las residentes en ciudades (Scott y Wenger, 1996).

La investigación realizada por Paúl et al. (2003) demuestra que en zonas rurales el adulto mayor posee un red social más grande, suele ser más autónomo, tiene menor sensación de ansiedad y una actitud más positiva frente a la vejez. Indicadores igual de positivos resultan en la investigación efectuada a 418 personas mayores que residen en zonas rurales de EE.UU. (Kivett, Stevenson y Zwane, 2000), mostrando altos indicadores de satisfacción vital, pese a padecer problemas de salud o bien tener algún grado de discapacidad para realizar actividades cotidianas.

Un estudio efectuado en China y Tailandia (Shijun, 2004) muestra que en zonas rurales la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para las personas mayores. Los hallazgos muestran la relevancia de potenciar la medicina libre, dado su alto uso en ámbitos rurales y de igual manera, incorporar la especificidad por género en la atención a mujeres de edad avanzada. El mismo argumento es aplicable en el caso de la depresión (Suttajit et al., 2012).

Sintetizando, el contexto en que habita una persona mayor, sea urbano o rural, parece incidir en la dinámica de desarrollo del apoyo social. De esta manera, en zonas rurales predominan las fuentes informales sobre las formales y además las redes sociales suelen ser más extensas. Además las mujeres mayores de zonas rurales tienen una alta participación en organizaciones comunitarias.

4.4.6. Religiosidad/ espiritualidad.

Otra fuente relevante de apoyo social en la vejez suele ser el ámbito religioso, representado bajo la figura de la Iglesia como institución social o bien los miembros que participan en ella (clérigos, feligreses, entre otros). Por tanto, este ámbito de interacción y participación comunitaria puede ser analizado tanto desde el punto de vista del apoyo formal como desde el punto de vista del apoyo informal. Sea como fuere, diversos estudios demuestran que la religiosidad en la vejez tiene efectos positivos en la salud física (Byrd, 1988; Kaplan, Munroe-Blum y Blazer, 1994; Levin y Larson, 1997; Oxman, Freeman y Manheimer, 1995), la salud mental (Alvarado et al., 1995; Koenig et al., 1992; Pressman et al., 1990) y en la satisfacción vital (Ho et al., 1995; Levin, Chatters y Taylor, 1995; Reyes- Ortiz, Ayele y Mulligan, 1996). Por tanto se configura como un recurso protector, que se relaciona directamente con la calidad de vida.

En esta línea, Pinckard y Guo (2008) refieren que durante la vejez la religiosidad ofrece principalmente apoyo emocional. Asimismo, la participación religiosa está asociada positiva y significativamente con la satisfacción vital, permitiéndole a una persona mayor construir una red de apoyo social con los feligreses (Lim y Putnam, 2010). Krause (2006) realiza un estudio con dos grupos de adultos mayores, 548 personas que asisten regularmente a los ritos religiosos y 238 que no asisten regularmente; los resultados muestran que el apoyo de los miembros de la iglesia tiende a reducir el efecto de la presión financiera sobre la autopercepción de salud, mientras que entre miembros de redes seculares no aparece el mismo efecto. Además, parece que existen

diferencias significativas en el impacto de la participación en organizaciones religiosas en función de la pertenencia a distintos grupos étnicos (Hatch, 1991).

Como no podría ser de otra manera, la dimensión analizada en este subepígrafe se relaciona y está mediada por otras variables previamente consideradas. Así ocurre en el caso de la reciprocidad del apoyo. La evidencia señala que la prestación de apoyo tangible informal a miembros de la iglesia se asocia con una mejor salud, pero solo para los participantes que señalan estar más comprometidos con su fe (Krause, 2009). La investigación realizada por Krause et al. (1999) a 2.153 adultos mayores en Japón pone de manifiesto que la religiosidad está relacionada positivamente con la salud. Gran parte de esta explicación se da por el principio de “ayuda a los demás”. En otras palabras, quienes reportan mayores índices de participación religiosa con mayor frecuencia proveen de apoyo a los demás; de igual manera quienes prestan más asistencia a otros muestran tasas de salud más favorables.

La práctica comunitaria de carácter religioso también está directamente mediada por la zona de residencia. Así, Yoon (2008) efectuó un estudio con 215 adultos mayores en zonas rurales, encontrando asociaciones significativas entre espiritualidad/religiosidad, apoyo social y bienestar psicológico y una relación inversa entre religiosidad/espiritualidad y depresión.

A modo de resumen, es importante destacar que el ámbito religioso constituye una importante fuente de apoyo social – formal e informal- durante la vejez; en términos funcionales, se trata de una importante fuente de apoyo emocional. Además la religiosidad se asocia positivamente con otras variables antes analizadas, tales como

salud física, salud mental, bienestar psicológico y satisfacción vital, además del contexto de residencia (rural/urbano) y la reciprocidad del apoyo.

4.4.7. Etnicidad.

Una de las variables centrales de esta investigación es la pertenencia a grupo étnico, por lo que resulta indispensable analizar su relación con el apoyo social. Los cambios demográficos en la estructura familiar y social invitan a incluir la variable etnicidad en el estudio de las personas mayores. Sin embargo, es preciso advertir con respecto a la escasez de estudios que den cuenta de la relación entre las variables etnicidad, apoyo social y vejez (Chappel y Funk, 2011).

En este contexto, Hopper (1993) defiende que la etnicidad es un elemento de relevancia en la vejez, puesto que se transforma en un factor integrador para ayudar el proceso de envejecimiento al considerarse un recurso cultural para el individuo, su familia y la comunidad. Agrega que el origen étnico puede actuar como amortiguador de las principales vicisitudes que se enfrente en la vejez. Igualmente, Blakemore y Boneham (1994) refieren que la identidad étnica puede transformarse en un recurso para ser aprovechado en las redes sociales. De esta manera, en culturas donde se valora la interdependencia cultural, la existencia de solidaridad intergeneracional es beneficiosa para las personas mayores receptoras de apoyo (Zunzunegui, Béland y Otero, 2001).

Una de las primeras investigaciones que de manera específica se ocuparon de la relación entre etnicidad y apoyo social, es la realizada por Harris, Begay y Page (1989), quienes compararon tres grupos étnicos en EE.UU. y observaron que las personas mayores pertenecientes a la etnia indígena americana (hombres y mujeres) tenían una

mayor participación en el cuidado de los niños, a diferencia de los anglosajones y de los hispanos. Los tres grupos étnicos relatan que al cumplir 60 años habían sentido más soledad y mayor cercanía a la familia.

En la revisión sobre investigaciones en **personas mayores hispanas**, destacan las realizadas por Starrett (1983), quien estudia la influencia del apoyo social (procedente de familia, parientes, vecinos y amigos) y cuasi-informal (miembros de la iglesia) en el uso de los servicios sociales. Los resultados indican que los factores determinantes en el uso de los servicios sociales son el conocimiento sobre éstos, la necesidad percibida de atención, el ingreso familiar, la percepción de la situación de salud y la etnia. De igual manera, los resultados indican que el apoyo social proveniente de las fuentes informales y cuasi-informales influye en el uso de los servicios sociales contribuyendo al desarrollo de la conciencia de la disponibilidad del servicio y la información sobre su uso.

Posteriormente, Starrett (1985) se ocupó de los factores que predicen el bienestar subjetivo en personas mayores hispanas no institucionalizadas. Los resultados de su estudio señalan como principal predictor del bienestar subjetivo el uso de los sistemas informales de apoyo en salud mental, seguido por el uso de los sistemas formales de apoyo en salud mental, el estado de salud y la dedicación a las labores domésticas en el caso de las mujeres.

Igualmente, Tomaka, Thompson y Palacios (2006) observaron que en hispanos blancos existe una asociación entre diagnóstico de enfermedades cuando éstos advierten soledad subjetiva y bajos niveles de apoyo familiar. En cambio, en el caso de los

caucásicos la asociación entre enfermedad se presenta con las variables que miden las interacciones con los amigos y los grupos sociales.

Respecto a la **estructura de la red de apoyo social**, se advierten diferencias étnicas en personas mayores que viven en la ciudad de Nueva York. Así lo confirma el estudio efectuado por Cantor, Brennan y Sainz (1994) quienes observan que las personas mayores blancas cuentan con redes más inclusivas, mientras que los latinos poseen redes más estrechas centradas en la familia (principalmente en familiares que viven cerca) y por último, las personas mayores afroamericanas cuentan con redes intermedias en su tamaño con respecto a los latinos y los blancos.

En el ámbito del **uso de las redes formales**, Lai (2006) analizó los indicadores de una muestra de 1.537 personas mayores inmigrantes chinas que viven en Canadá. De ellas solo un 28,8% hace uso de los servicios formales, y se identifica como predictores significativos en el uso de estas redes las siguientes variables: religiosidad, vivir solo, tener mayor identidad étnica y contar con un alto apoyo social.

En el ámbito de análisis de las redes formales, las relaciones entre etnicidad, apoyo social y **religiosidad** han recibido cierta atención. En este sentido, van Dijk (2004) analiza el papel de la religión y la etnicidad en los aspectos funcionales del apoyo social otorgado por los hijos de inmigrantes en Canadá. La muestra estaba conformada por personas mayores holandesas de religión católica y calvinista y los resultados muestran diferencias según la religión que se practica, observándose que los hijos calvinistas entregan un mayor apoyo social instrumental a sus padres ancianos a través de

instalaciones de jubilación y centros de atención a largo plazo, situación que no se observa tan marcadamente en los hijos católicos.

Otro ámbito estudiado desde la etnicidad es la prevención en el ámbito de la salud. Lai y Kalyniak (2005) estudiaron a 2.272 personas mayores canadienses de origen chino con objeto de identificar los principales predictores en el uso del examen físico anual. Los resultados indican que estos factores son el estado civil, el sexo, el tiempo de residencia en Canadá, la identidad étnica china, el *apoyo social*, el número de enfermedades, la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y los síntomas depresivos. Con estos datos, los autores proponen que las intervenciones centradas en el fortalecimiento de la identidad étnica pueden servir para mejorar la red de apoyo social y a su vez facilitar el uso de exámenes físicos anuales (acciones preventivas).

Posteriormente, Stein y Nyamathi (2010) investigaron a 331 personas mayores sin hogar infectadas con hepatitis B en la ciudad de Los Ángeles, observando diferencias étnicas en el tratamiento de tres vacunas a las que fueron sometidos. De esta manera los resultados indican, que en el caso de las personas mayores afroamericanas los factores que predicen un la finalización del tratamiento son: afrontamiento positivo, apoyo social, deterioro de salud y no tener antecedentes penales.

En el ámbito de la **salud mental**, destaca el estudio de Russell y Taylor (2009), quienes investigan los factores que inciden en el desarrollo de síntomas depresivos en personas mayores de etnia hispana y no hispana en la ciudad de Miami. Los resultados indican que vivir solo está asociado con niveles más altos de depresión entre los

hispanos, pero no así entre los no hispanos. Además, el apoyo social modera la relación entre la depresión y la vejez en hispanos y no hispanos.

Kubzansky, Berkman y Seeman (2000) investigaron las asociaciones entre etnia y estatus socioeconómico, con la **angustia psicológica** en personas mayores. Los resultados indican que las personas mayores negras mostraban menos niveles de angustia cuando se controlaba el estatus socioeconómico; en cambio en las personas mayores blancas se advierten diferencias en la angustia según el nivel de escolaridad.

June et al. (2009) analiza las “razones para vivir” (factores protectores frente al suicidio) en dos grupos de personas mayores en EE.UU., a saber, europeos norteamericanos y afroamericanos. Los resultados muestran que los europeos atribuyen más importancia al apoyo social para seguir viviendo, en cambio los afroamericanos los asocian con una alta religiosidad.

Silveira y Ebrahim (1998) realizan un interesante estudio sobre las **condiciones sociales** de tres grupos étnicos en la ciudad de Londres, en el que participaron 274 personas mayores somalíes, bengalíes y blancos. Los resultados identifican como factores de riesgo social las precarias condiciones habitacionales, el bajo apoyo familiar y la escasa información procedente de fuentes formales de apoyo.

Otra investigación que muestra cómo las minorías étnicas suelen ser grupos más vulnerables, es la efectuada por Graham, Ivey y Neunauser (2009) que investiga a personas mayores hospitalizadas. Los resultados destacan como factores de riesgo social las limitaciones en uso del lenguaje (del país al que emigran), ser residentes de

corto tiempo, bajos niveles de apoyo social y otras barreras de índole cultural y financiero.

También son de especial relevancia los estudios realizados desde Trabajo Social en minorías étnicas, o bien que incluyen a la profesión en sus sugerencias prácticas. En esta línea, el trabajo de Lai y Chao (2007) se ocupa de las barreras en el acceso a la salud en personas mayores chinas residentes en Canadá. Los resultados muestran que los principales predictores a estas “barrera de acceso” son ser mujer, ser soltero, tener una corta residencia como inmigrante, situación financiera precaria, no contar con redes sociales de confianza, identificarse con las creencias de salud chinas y no autoidentificarse como canadiense. Frente a estos resultados, los autores proponen que las intervenciones desde Trabajo Social deben fortalecer el apoyo y los recursos en estos grupos más vulnerables y asimismo, que las intervenciones deben adecuarse a los patrones y creencias culturales de las minorías étnicas.

Otra investigación realizada por Mattias y Benjamin (2003) se centra en la identificación de los nuevos retos para el Trabajo Social bajo la premisa de que en los EE.UU. se observa una creciente número de personas mayores perteneciente a minorías étnicas que reciben cuidados a largo plazo en el hogar. El estudio dio como resultados que las variables que influyen en el abandono del proceso de intervención son: una alta rotación de familiares cuidadores, la etnia, el apoyo social y la compatibilidad del lenguaje.

Por su parte, la aportación de Yoo y Lee (2004) investigaron a 215 personas mayores rurales pertenecientes a la etnia caucásica, afroamericana y nativos americanos para

examinar el papel de la espiritualidad/ religiosidad en el bienestar subjetivo. Los resultados muestran diferencia étnicas en la dependencia a las variables religiosas y una asociación significativa entre las dimensiones religiosidad/espiritualidad y bienestar subjetivo. Ante estos resultados, parece relevante que los proveedores de servicios sociales, en los que incluye a los trabajadores sociales, incorporen en sus intervenciones acciones que potencien el apoyo religioso/ espiritual con el fin de mejorar la satisfacción vital y disminuir el estrés emocional en personas mayores.

Por último, desde el ámbito de la **aculturación** en personas mayores emigrantes, destaca del estudio efectuado por Han et al. (2007), quienes investigan la relación entre aculturación, apoyo social y depresión en coreanos que emigraron a los EE.UU. Los resultados indican que la principal fuente de apoyo para las personas mayores coreanas son los hijos, incluso cuando éstos están casados. Tras un análisis jerárquico de regresión múltiple se advierte que quienes presentan un aumento del estrés por el proceso de aculturación son personas con un bajo apoyo social percibido y con altas puntuaciones de síntomas depresivos.

Resumiendo, pese a la escasa evidencia empírica sobre la relación entre apoyo social y etnicidad en contextos latinoamericanos, en términos generales podemos suponer que la etnicidad en una variable que debiera ser considerada como un factor integrador o bien como un recurso cultural que facilita ciertos procesos de envejecimiento. De esta manera, sería positivo que se utilizara como un elemento de intervención en el ámbito de las redes sociales, motivos por los cuales destaca su análisis en el estudio de las personas mayores.

Por otra parte, los resultados obtenidos por las investigaciones previas indican que en el caso de las personas mayores hispanas su bienestar subjetivo se relaciona con las fuentes informales que disponen. De la misma manera, las redes sociales en personas latinas suelen ser más estrechas, centradas en familiares y, finalmente, el vivir solo en este grupo étnico se asocia patentemente con síntomas de depresión.

4.5. TIPOLOGÍAS DE REDES DE APOYO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES.

Tras dar cuenta de los principales estudios que versan sobre el apoyo social en personas mayores, se da cierre a este capítulo con la exposición de un estudio longitudinal de especial relevancia sobre la relación existente entre envejecimiento y redes de apoyo. Dicho estudio fue desarrollado en Gales del Norte entre los años 1979 a 1991 (Scott y Wenger, 1996), entrevistándose a 534 personas de más de 65 años. Se hizo un seguimiento a quienes sobrevivieron en los 12 años que duró el estudio, efectuándose además un estudio intensivo de 30 personas que aportaron datos cualitativos. El resultado de esta investigación consiste en una interesante propuesta de tipología de redes de apoyo en personas mayores. La denominación de las redes se basa en el carácter de la relación de las personas mayores con los miembros de su red de apoyo. Los cinco tipos de redes que proponen Scott y Wenger (1996) son las siguientes.

1. Red local de apoyo familiar dependiente. Centrada, principalmente, en estrechos vínculos familiares locales, con pocos amigos y vecinos. Generalmente la persona mayor cuenta con la presencia - ya sea en la misma vivienda o en una cercana - de un hijo adulto (frecuentemente mujer). Los parientes satisfacen todas las necesidades de

apoyo. Suelen contar con redes sociales pequeñas, generalmente son personas mayores viudas, más ancianas y con peor estado de salud que otros tipos de redes.

2. Red de apoyo local integrada. Compuesta por relaciones estrechas con familiares, amigos y vecinos de la localidad. Los vecinos suelen ser amigos. Suele darse que las personas mayores construyan sus relaciones sociales por la larga permanencia en el lugar de residencia y con una participación activa en la iglesia y en otras organizaciones voluntarias de carácter comunitario (ya sea en el presente o en el pasado). Suelen ser redes mucho más extensas que las demás.

3. Red de apoyo local restringida. Se trata de relaciones con personas que viven muy cerca, o bien el resultado de un contacto infrecuente con un pariente (hijo/a, sobrino/a) que vive en la misma comunidad, barrio o en una localidad próxima. Si bien la confianza en los vecinos es una posibilidad, lo cierto es que se trata de personas mayores con un estilo de vida centrado en la casa. Suelen tener una baja o inexistente participación comunitaria. Todo ello redundaría en el acceso a redes sociales muy pequeñas.

4. Red centrada en la comunidad. Se suele dar en personas mayores que establecen relaciones activas con parientes distantes físicamente (generalmente hijos/as) y con una destacada presencia de amigos y vecinos. No suelen tener parientes en la localidad. Suelen participar en actividades comunitarias. Este tipo de red se asocia a traslados de residencia después de la jubilación. En este contexto, las personas mayores cuentan con redes sociales más extensas.

5. Red de apoyo privada restringida. Se da en personas mayores que no cuentan con parientes en la localidad, salvo el cónyuge. Establecen un contacto mínimo con los

vecinos, asimismo cuentan con pocos amigos íntimos y un bajo nivel de participación en la comunidad. Esta red incluye dos subtipos: parejas casadas independientes y personas dependientes que han abandonado la comunidad o bien se han aislado de ella. Suele darse que el escaso contacto social sea una conducta característica de toda la vida. Suelen contar con pequeñas redes de apoyo.

4.6. CUADRO RESUMEN SOBRE EVIDENCIA EMPÍRICA: APOYO SOCIAL Y PERSONAS MAYORES.

Con objeto de sintetizar el análisis de la evidencia empírica disponible sobre apoyo social y personas mayores se ofrece el siguiente cuadro resumen que sigue el orden de los antecedentes presentados.

TAMAÑO DE LA RED
<ul style="list-style-type: none"> - Disminuyen las redes sociales durante la vejez, sin embargo las redes significativas permanecen. En otras palabras, no se reducen los lazos emocionales estrechos, pero sí la fuente de amigos no cercanos. - En Chile: Tamaño de la red es de 4 personas, en caso de los hombres es de 2 personas y las mujeres varía de 2 a 4. - El estado civil incide en el tamaño de la red en los hombres, puesto que los solteros y los casados al enviudar muestran redes más reducidas. - La clase social incide en el tamaño de la red, las personas de clase “baja” o trabajadora presentan redes más pequeñas. - En situaciones de viudez, las mujeres pierden contacto con amigos y los hombres aumentan las fuentes formales de apoyo (servicios sociales). Se plantea que las redes no disminuyen, pese a la pérdida de apoyos significativos, puesto que otros familiares se acercan a la persona viuda.
DISTRIBUCIÓN DE LA RED
<p>Apoyo Social Familia Nuclear</p> <ul style="list-style-type: none"> - La familia sigue siendo la fuente principal de apoyo en personas mayores, principalmente en situaciones de discapacidad o dependencia. - En Chile, los hombres refieren recurrir más a su cónyuge y las mujeres a sus hijos co-residentes. - En situaciones de viudez las mujeres recurren primero a la hija, luego a hijos y otros familiares. - En el caso de las personas mayores sin hijos, recurren a otros familiares e incorporan amistades dentro de sus redes significativas. <p>Apoyo Social Familia Extensa (Hermanos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se plantea que el apoyo social otorgado por hermanos es reemplazable por otro familiar. <p>Apoyo Social de Amistades</p> <ul style="list-style-type: none"> - El apoyo social de los amigos se relaciona con el bienestar subjetivo, dado que comparten espacios de ocio. Además, reconocen atributos de apertura, reciprocidad y retroalimentación. - El origen de las relaciones de amistad varía según género, en el caso de los hombres se relaciona con actividades laborales y de ocio; en cambio en la mujeres, con la vecindad y experiencias vitales (p/e maternidad). - En Chile los hombres reconocen solo a sus familiares como redes de apoyo social, en cambio las mujeres le otorgan la misma relevancia a la familia y los amigos. - Los vecinos juegan un papel relevante en el apoyo de la vida cotidiana, sobre todo por la accesibilidad. <p>Apoyo Social Formal</p> <ul style="list-style-type: none"> - A mayor edad y mayor nivel de dependencia, mayor será el uso de las redes formales. Cuanto mayor sea el tiempo que una persona reciba apoyo formal, mayor será su nivel de insatisfacción con este apoyo.

<p>DENSIDAD DE LA RED</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la vejez las redes sociales suelen ser altamente densas, lo que supone que sus miembros se conocen e interactúan entre sí. - Efectividad y densidad: La redes altamente densas suelen estar conformadas por familiares, quienes apoyan frente a crisis vitales normativas. En cambio las redes con bajas densidad, formadas por amigos, apoyan frente a crisis vitales no normativas.
<p>TIPO DE APOYO QUE DAN Y RECIBEN LAS PERSONAS MAYORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas mayores son importantes proveedoras de apoyo social, sin embargo a medida que aumenta la edad disminuye la capacidad para dar apoyo y aumenta el apoyo social recibido. - En Chile, la familia da apoyo emocional y material, en tanto las personas mayores otorgan apoyo material (dinero y vivienda) y también apoyo emocional. Igualmente los mayores dan apoyo instrumental al cuidar a los nietos, junto con apoyo emocional al darles afecto. - Las amistades suelen dar apoyo cognitivo y emocional. - Los mayores perciben una relación asimétrica respecto a la reciprocidad del apoyo, percibiendo que reciben más de lo que dan. - A mayor contacto con los demás, aumenta el apoyo emocional. - Las mujeres mayores suelen dar más apoyo en servicios, mientras que los hombres en dinero. - El apoyo emocional recibido permanece estable en la vejez, sin embargo el instrumental y material suelen aumentar.
<p>DIFERENCIAS DE GÉNERO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres mayores poseen fuentes de apoyo social más diversas que los hombres. Igualmente las mujeres son mayores proveedoras de apoyo social. - Dentro de las fuentes de apoyo familiar, las mujeres reciben más apoyo de sus hijos, en cambio los hombres de sus cónyuges. - Los hombres hacen mayor uso de fuentes de apoyo social formal como son los servicios sociales. - Pese a que los estudios revelan diferencias en el caso de las mujeres viudas, la evidencia empírica muestra que estas mujeres se adaptan mejor a la pérdida y los problemas derivados de la vejez. - En Chile, los hombres cuentan con menos redes de amistad que las mujeres. Sin embargo para ambos sexos la principal fuente es la familia. - En lo que refiere a redes comunitarias de apoyo, los hombres divorciados reportan una baja participación. En cambio las mujeres solteras son las más participativas. - En caso de enfermedad, las mujeres recurren a sus hijos, familiares y amigos; en tanto los hombres a sus cónyuges.
<p>APOYO SOCIAL Y SALUD GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - El apoyo social tiene una incidencia positiva en la salud física de las personas mayores. Sin embargo puede tener efectos negativos, como el estrés. Los estudios muestran mejoras en los

<p>siguientes indicadores de salud general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor riesgo a enfermar. ✓ Mejora del afrontamiento en enfermedades crónicas. ✓ Mejora la inmunidad. ✓ Disminución de la mortalidad (aumenta la supervivencia). ✓ Disminución del tiempo de recuperación. ✓ Mejora del rendimiento en actividades de la vida diaria (AVD). ✓ Promoción de conductas de autocuidado. ✓ Ayuda en la detección temprana de enfermedades (como el cáncer). ✓ Contribuye al tratamiento post operatorio. ✓ Mejora del rendimiento cognitivo. <ul style="list-style-type: none"> - En el caso de las personas que cuentan con déficits de apoyo social aumenta la probabilidad de consumir drogas o alcohol. - De igual manera la evidencia empírica muestra diferencias conforme la incidencia de otras variables como género, estado civil, escolaridad, etc.
<p>APOYO SOCIAL Y SALUD MENTAL</p>
<ul style="list-style-type: none"> - El apoyo social tiene una incidencia positiva en la salud mental de las personas mayores. Los estudios comprueban que esta variable actúa como un mecanismo protector frente al estrés y la depresión, o bien ejerce un efecto amortiguador. - Los estudios muestran que las redes informales- familia y otros significativos- constituyen los aspectos estructurales más relevantes para la salud mental. De igual manera en la medida que la red social del mayor sea más heterogénea (incluya familiares y amigos) disminuye la probabilidad a desarrollar síntomas depresivos. - Factores de riesgo en la salud mental en mayores: vivir solo, nivel socioeconómico bajo y mal estado de salud físico. - Los aspectos funcionales del apoyo social tienen mayor incidencia, y a la vez éstos son más duraderos, que los elementos estructurales en la salud mental de las personas mayores. - El apoyo social tiene una relación significativa en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. - Estudios realizados a partir de experiencias traumáticas (guerra, terremoto e inundación) muestran el efecto amortiguador del apoyo social en la salud mental de los ancianos. - En el bienestar psicológico las fuentes informales de apoyo ejercen un rol significativo. Estudios orientales reconocen a la familia, en cambio estudios occidentales dan más importancia a los amigos.
<p>APOYO SOCIAL, BIENESTAR Y SATISFACCIÓN VITAL</p>
<ul style="list-style-type: none"> - También se observa una relación positiva entre apoyo social y las variables bienestar psicológico y satisfacción vital en mayores.

<ul style="list-style-type: none"> - Cuanto mayor es la percepción del apoyo social recibido, mayor es el nivel de satisfacción con la vida. En el nivel de satisfacción vital se advierten diferencias de género y estado civil. - La felicidad en la vejez se asocia un el tamaño de la red (grandes redes) y el apoyo social percibido.
<p>APOYO SOCIAL Y MEDIO RURAL/URBANO</p>
<ul style="list-style-type: none"> - En zonas rurales predominan las fuentes informales de apoyo social. A la inversa, en contextos urbanos se utilizan más las fuentes formales (servicios sociales y servicios de salud). - Son las mujeres de zonas rurales las que tienen una mayor participación en organizaciones comunitarias. - En zonas rurales las redes de apoyo social son más extensas, lo que incide positivamente en otros ámbitos de la vejez (autonomía, satisfacción vital, etc.).
<p>APOYO SOCIAL Y RELIGIOSIDAD/ESPIRITUALIDAD</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La religiosidad ofrece apoyo emocional en la vejez. - Los principios de solidaridad, “dar ayuda a los demás”, mejoran los indicadores de salud física y mental.
<p>APOYO SOCIAL Y ETNICIDAD</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La etnicidad es considerada un factor integrado o bien un recurso cultural que puede facilitar el proceso del envejecimiento. Asimismo es un recurso que puede ser aprovechado en las redes sociales. - En las personas mayores hispanas el bienestar subjetivo está relacionado con las fuentes informales de apoyo. - Se advierten diferencias étnicas en la estructura de la red de apoyo. Las personas mayores blancas cuentan con redes más inclusivas, en cambio los latinos poseen redes estrechas centradas en la familia y los mayores afroamericanos poseen redes intermedias. Todo ello en un contexto migratorio. - El vivir solo está más asociado con síntomas depresivos en personas mayores hispanas, mientras que el apoyo social modera la aparición de depresión en personas mayores hispanas y no hispanas.

CAPÍTULO 5. ETNICIDAD. EL PUEBLO AYMARA EN EL NORTE DE CHILE.

5.1. INTRODUCCIÓN.

Tal como se ha puesto de manifiesto en los capítulos anteriores, una de las variables de especial relevancia para el análisis del apoyo social en personas mayores chilenas, es la etnicidad. Teniendo en cuenta que esta investigación fue aplicada en el contexto chileno y sus respectivas etnias originarias, en el siguiente capítulo se abordará esta temática. Cabe señalar que la etnia aymara la más representativa de la región en que fue realizado este estudio.

En primer lugar, se analizarán las principales conceptualizaciones del constructo etnicidad para, posteriormente, ahondar en la etnia aymara, su devenir histórico desde la incorporación a la República de Chile y su actual ordenamiento político y jurídico. Luego, se analizarán los principales elementos de la cosmovisión aymara, dando énfasis al sistema de organización social (en términos de relaciones sociales) y su visión sobre el ciclo vital (vejez). Finalmente, se considerarán los aspectos culturales aymaras relevantes para el análisis de las redes de apoyo social en personas mayores.

5.2. SOBRE ETNICIDAD.

El concepto de etnicidad, a diferencia del concepto de raza, enfatiza que los grupos humanos son estructuras históricas y culturales más que categorías biológicamente determinadas. De esta manera, la Corporación de Desarrollo Indígena (2010) señala que la etnia supone categorías relacionales entre agrupaciones humanas, compuestas por representaciones recíprocas y lealtades morales, más que por ciertas especificidades culturales y raciales.

Es decir, la etnia está constituida por representaciones compartidas, que a su vez se manifiestan como lealtades morales: compartir con otros el mismo patrimonio cultural, el mismo contexto de vida y los fundamentos de compromisos, responsabilidades e intersubjetividades.

Siguiendo a Poblete (2010), una etnia es un conjunto social que ha gestado una fuerte solidaridad o identidad social y que, en tanto agregado o comunidad autoconsciente, se distingue por un conjunto de creencias, actitudes o valores compartidos que lo diferencian de otros grupos. Tal como señalan Burquete y Mayor (1984) y García (1997) estos elementos diferenciadores son: La denominación común y sentido colectivo de solidaridad; creencias en ciertos elementos históricos contrastados y mitológicos; referencia simbólica o real acerca de un territorio; distintivos culturales compartidos (lengua, religión, folclore) que aportan las bases de la identidad; conciencia autoadscrita sobre su pertenencia y; el reconocimiento de parte de otros sobre su diferencia.

En este sentido, Díaz (1991) plantea que una etnia se estructura o proyecta por medio de ciertos sistemas de organización cultural, costumbres o normas comunes, pautas de conducta, visiones de mundo, lengua y tradición histórica. Ello le otorga una dinámica particular, propia de la etnicidad, que facilita o restringe la participación en procesos de integración o exclusión social.

La etnicidad, tal como resalta Ramírez (2011), propicia una clase de identidad/alteridad social plausible, siendo por tanto un principio ordenación e

interpretación de relaciones e interacciones sociales con los demás y con uno mismo, ya sea en términos de semejanza y diferencias, de proximidad o de distancia social.

Desde la antropología, Gundermann, Foerster y Vergara (2003) ponen de manifiesto que las entidades étnicas son procesos propios del mundo moderno, e incluso pueden ser una reacción a los procesos de modernización. Esta visión de etnicidad, tiene relación con grandes procesos de transformación, tales como la integración a los mercados y la incorporación a los Estados nacionales. De igual manera ha cambiado el pensamiento antropológico, dado que las sociedades o culturas se caracterizan por ser dinámicas, unidades heterogéneas, ambiguas y complejas. En este sentido, el concepto de etnicidad es útil al sugerir una situación dinámica y variable de contactos y acomodaciones entre grupos.

La etnicidad, por tanto, se relaciona con la identidad que, aplicado a los pueblos indígenas, se asocia a la proyección étnica y a un sentido de pertenencia adscrita a un origen, lengua y territorio comunes, compartidos con otros (de manera real o imaginaria). En dicho proceso, la etnicidad constituye la base para la construcción de determinados actos discursivos de comparación, selección y significación de prácticas y representaciones culturales. La identidad colectiva étnica conforma tradiciones históricas, territorializa espacios propios y aporta una temporalización mitológica del pasado (Gómez, 2005).

A modo de resumen, la etnicidad puede considerarse un principio ordenador de relaciones e interacciones sociales propio de sociedades modernas. La etnia supone representaciones comunes, identidad social, solidaridad, es decir, un sistema de

organización cultural común. Al aplicarlo a los pueblos indígenas supone la pertenencia a un origen en común.

5.3. INSTITUCIONALIDAD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS EN CHILE.

Desde la década de 1950 se ponen en marcha las primeras iniciativas gubernamentales para dar protección a los pueblos originarios en Chile. En un principio solo se consideraba al pueblo mapuche. Una década después se incorpora el resto de pueblos originarios. Será durante la década de 1990, tras la recuperación de la democracia, cuando se consoliden las instancias institucionales y jurídicas para proteger a este grupo social.

En términos institucionales y jurídicos, cabe señalar que en el año 1953 se crea la Dirección de Asuntos Indígenas (DASIN), que – como se ha señalado – en un principio reconocía al pueblo mapuche. Será durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva (1964-1970) cuando la cobertura de esta institución se extienda a la totalidad de los pueblos indígenas originarios de Chile. Bajo el gobierno de Salvador Allende (1970-1973) se promulga la Ley 17.729 que buscó reconocer la diversidad cultural, creando el Instituto de Desarrollo Indígena (IDI), que entre sus acciones impulsaba la recuperación de tierras por medio de la restitución y la expropiación (Poblete, 2010). Esta ley fue el primer intento de modificar el vínculo existente entre la sociedad chilena y la población indígena, al reconocer la pluralidad cultural del país.

Sin embargo, estas iniciativas no alcanzaron a mostrar efectos de calado, como consecuencia de la irrupción de la dictadura militar, que se prolongó durante diecisiete años (1973-1990). Durante este periodo se desarrolla una intensa estrategia de

asimilación cultural, que excluía los grupos indígenas de las prioridades estatales y limitaba la institucionalidad creada a favor de ellos.

En 1989, se firma el primer tratado entre las fuerzas políticas de la Concertación de Partidos de Democracia⁴ y los pueblos indígenas del país, denominado Acta de Nueva Imperial, que aspiraba a legitimar la diversidad cultural en el país. El objetivo de esta iniciativa era “instituir desde la etnicidad de la población, mejoras en educación, salud, subsidios agrícolas y demandas como autonomía, derechos colectivos y desarrollo de identidad” (Poblete, 2010: 131-132). Los principales objetivos concretos de esta Acta son el reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas; la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), la creación de la Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI), la aprobación de una Ley Indígena y la ratificación del Convenio 160 de la Organización Internacional del Trabajo (Vergara, Foerster y Gundermann, 2005).

En la actualidad la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) es el organismo encargado de proteger, promover y reconocer los pueblos originarios. La CONADI, fue creada en el año 1993, siendo su misión institucional la de promover, coordinar y ejecutar la acción del Estado a favor del desarrollo integral de las personas y comunidades indígenas, especialmente en lo económico, social y cultural y de impulsar su participación en la vida nacional, a través de la coordinación intersectorial, el financiamiento de iniciativas de inversión y la prestación de servicios a usuarios. Se reconocen como pueblos originarios a los siguientes: Pueblo Aymara, Pueblo

⁴ Movimiento político-ciudadano que surge durante los últimos meses de la dictadura militar, y que impulsó las elecciones libres para lograr el pleno restablecimiento de la democracia en Chile.

Atacameño, Pueblo Colla, Pueblo Diaguita, Pueblo Quechua, Pueblo Rapa Nui, Pueblo Mapuche, Pueblo Kawashkar y Pueblo Yagán (CONADI, 2012).

5.4. PUEBLO AYMARA.

Los aymara son un grupo étnico de los Andes meridionales, cuya presencia comprende tres países: Bolivia, sur del Perú y norte de Chile. En el caso de Chile, según los datos del último Censo, la población aymara alcanza un total de 48.501 personas, presentes principalmente en la zona norte y que se distribuyen en las ciudades de la costa y en las comunidades rurales de las zonas de valle y altiplano, en la frontera de Perú y Bolivia. Es el segundo pueblo indígena más numeroso en habitantes, tras el mapuche (INE, 2012).

5.4.1. Contexto histórico de la presencia del pueblo aymara en el norte de Chile.

A fines del siglo XIX los grupos étnicos del norte de Chile fueron incorporados al territorio actual de la República de Chile, como consecuencia de la Guerra del Pacífico (1879-1883) entre las Repúblicas de Bolivia, Chile y Perú⁵. Al finalizar dicho conflicto, se produce lo que Bengoa (2004) denomina una parcelación del espacio tradicional que ocupaban los aymara. En el caso de los aymara que geopolíticamente quedaron en Chile se genera un proceso de integración territorial forzada, conocida como proceso de chilenización, que se tradujo en diferentes políticas de penetración cultural e ideológica, junto con un marco jurídico e institucional. El proceso de integración social de los aymara ha sido complejo, ya sea por las políticas asimilacionistas de los siglos

⁵ La etnia aymara que hoy habita las Regiones de Arica- Parinacota (población en la que se desarrolló el trabajo de campo del presente estudio) y Tarapacá, en el extremo norte de Chile, formaban parte del Estado Nacional del Perú entre 1821 y 1879, periodo comprendido entre la declaración de independencia de España y la Guerra del Pacífico. Tras esta guerra se anexan estos territorios al Estado Nacional de Chile. Por tanto la etnia aymara es incorporada a las chilenas ya existentes en el año 1879 (González y Gundermann, 2009).

XIX y XX, por su vínculo etno-cultural con peruanos y bolivianos, o por la discriminación que aún experimentan en las ciudades, al contar con rasgos étnicos- culturales diferentes a los de la población en general (Lagos y Robles, 2008).

Desde el año 1883 se pone en vigor una legislación indígena (Van Kessel,1988), que entendía al país como una unidad cultural homogénea, frente a la cual se comenzó a edificar una sociedad que exaltaba los valores patrióticos al amparo de la institucionalidad del Estado. Este proceso de chilenización tuvo gran incidencia en la población aymara, dado que los indígenas fueron concebidos por las autoridades nacionales en una doble condición; por una parte como extranjeros (lo que conllevaba ser enemigos o sujetos de sospecha para la época) y, por otra, como indios (sinónimo de atraso y anacronismo) (Poblete, 2010). Todo ello llevó a la desvalorización, marginación y ocultamiento social de los grupos indígenas (Gundermann, Foerster y Vergara, 1995).

En el año 1904 se firmó una Tratado de Paz y Amistad entre Chile y Bolivia, que fijó las fronteras definitivas. Dicho Tratado no consideró los límites históricos previos de las comunidades andinas y tampoco consideró los vínculos de parentesco entre familias de un lado u otro de la frontera, lo que generó nuevos conflictos que persisten hasta la actualidad (Bengoa, 2004).

A principios del siglo XX, y por los 30 años siguientes, el pueblo aymara era incorporado a la sociedad chilena en la medida que adoptaran el nacionalismo unitario. Esto suponía que legitimaran el poder político del Estado y el modelo económico imperante que buscaba fortalecer la posición de Chile ante los países vecinos. De esta manera el Gobierno de Chile aseguró la pertenencia de territorios

andinos al nacional, al modificar el sistema de propiedad de la tierra (incorporando la propiedad fiscal) mediante la promoción de valores culturales a través de la educación y la religión (Podesta, 2005).

En los últimos años de la década de 1930 y los primeros de la siguiente surgen modificaciones en las políticas impulsadas por el Gobierno de Chile, que favorecían los grupos indígenas (Poblete, 2010). Entre ellas destacan la exención de impuestos o la condonación de deudas (Martínez, 2003).

En los primeros años de la década de 1950, el Gobierno implementó diversas políticas públicas y leyes para la creación de industrias y trabajo en las ciudades costeras más relevantes del extremo norte: Arica e Iquique (Poblete, 2010). Ello generaría una migración masiva de población aymara residente en el altiplano y de los valles a las ciudades costeras. Tal y como destacan Lagos y Robles (2008), se constituyen comunidades traslocales, en otras palabras, comunidades que se encuentran en distintos territorios producto de la migración, configurando una identidad particular: comunidades aymara en zonas originalmente no aymaras. Entre los factores que han incidido en esta migración del altiplano a la ciudad, destacan: el aumento de la castellanización, la mejora del transporte, factores de expulsión como demandas educativas y de servicios no satisfechos en zonas rurales, y factores de atracción como la mayor y más variada oferta de bienes, servicios, trabajo e ingresos (Bengoa, 2004).

El ámbito económico se va a convertir en el elemento central en el proceso de integración de los migrantes aymara en las urbes costeras del norte de Chile. Así lo señala González (1997: 329), autor que defiende que “la mayoría de los migrantes aymara no se insertaron en proceso de industrialización (...) sino que se mantuvieron

en sus bordes, siempre ligados a actividades por cuenta propia o la economía informal". Ello lleva a que la población migrante aymara realice trabajos informales o independientes, que les permite reproducir un sistema económico basado en el trabajo familiar, semejante al trabajo campesino de sus lugares de procedencia. De igual manera este tipo de trabajo les permite mayor flexibilidad, para mantenerse en contacto a su comunidad de origen y a su vez a su cultura y economía rural. A lo que agrega González (1997) que los aymara que migran a las ciudades costeras, no solo mantienen la producción agropecuaria a través de sus sistemas informales de trabajo, sino que además mantienen con su comunidad de origen la participación socio-organizativa y festivo – religiosa. Todo ello se ve facilitado por el hecho de que las distancias entre las ciudades y la comunidad rural sean cortas. Esta circunstancia lleva a que un porcentaje considerable siga manteniendo derechos y propiedades en sus comunidades de origen (Bengoa, 2004).

Otro elemento central del proceso de integración de la población aymara, es su sistema de organización social. Siendo el parentesco una forma organizativa característica del pueblo aymara (Bahamondes, 2002), los líderes externos a la comunidad no serán válidos ante ciertas organizaciones, toda vez que la figura con mayor legitimidad de la cultura aymara es el jefe de familia.

Es importante tener en cuenta, tal como señala Bahamondes (2002), que la mayoría de las familias aymara del norte de Chile tienen miembros que se mueven entre espacios urbanos y rurales, lo que lleva a que su sistema de organización social se entremezcle entre ambos espacios.

5.4.2 Cosmovisión aymara.

Brevemente se abordarán dos aspectos de la cultura aymara, por una parte su religiosidad y por otra, su organización social. Teniendo en cuenta el carácter ritualista del pueblo aymara, es de relevancia abordar su religiosidad, factor que a su vez afecta directamente la manera en cómo se organizan socialmente. Es preciso señalar que en la búsqueda bibliográfica no se pudo acceder a estudios específicos sobre personas mayores aymaras en el contexto chileno, por tanto se dan datos generales de esta etnia.

a) Religiosidad aymara.

La comunidad aymara se caracteriza por ser ritualista, articulando sus relaciones internas y las correspondientes con seres sobrenaturales a través de actos ceremoniales muy elaborados (Fernández, 2002). Estas ceremonias tienen sus orígenes en etapas prehispánicas y posteriormente a la expansión del cristianismo en Chile (católico y protestante) han experimentado procesos de sincretismo cultural (Gavilán y Carrasco, 2009).

En esta línea, Grebe (1996: 86) plantea la existencia de un proceso de interrelación de componentes indígenas e hispánicos, que produciría “tres orientaciones: (1) la coexistencia o yuxtaposición de componentes culturales que fluyen a través de vías paralelas independientes manteniendo su individualidad, (2) la transformación abierta y continua de sus componentes que se ajustan adaptativamente a los cambios del entorno sociocultural y físico, y (3) la fusión o integración bicultural (o multicultural) que promueven la generación de mestizaje y sincretismo”.

En este contexto, las prácticas religiosas aymara son heterogéneas, variando según la zona de residencia. De esta manera es distinta en zonas altiplánicas, en zonas de valles y en zonas urbanas. A su vez se observan diferencias en las prácticas por comunidades, por familias y por personas. Los aymara dicen pertenecer a las siguientes iglesias: Católica, Evangélica Pentecostal, Evangélica Nazarena, Adventista, Sabática del Séptimo día, Evangelio Cuadrangular, Metodistas Pentecostales y Testigos de Jehová. Exceptuando la primera, todas las restantes son de reciente incidencia en la sociedad chilena (Gavilán y Carrasco, 2009).

Las ceremonias y rituales religiosos más importantes enfatizan los cambios climáticos, distinguiéndose tres momentos del ciclo anual que están asociados al trabajo agrícola y ganadero. En este sentido van den Berg (1989) agrega que el calendario anual se concibe de modo circular, siguiendo el principio de bipartición y la tripartición. La bipartición sigue el orden de los solsticios de invierno y de verano. Por su parte, la tripartición se basa en el ciclo climático que distingue tres estaciones: una época seca y tibia, una lluviosa y cálida y una fría y seca.

Cada una de las *estancias* (agrupación de comunidades en un espacio geográfico) tiene una iglesia católica, con un santo o virgen que protegería a las familias, pudiendo darse que un mismo santo o virgen sea patrón de varios grupos étnicos. Se les suele pedir bendiciones (buena cosecha), para que den suerte en el comercio, se les pide buena salud y milagros, de igual manera protegen a sus devotos como abogados.

b) Estructura social andina.

En lo que refiere a la estructura social andina, se caracteriza por un molde de tipo circular, a diferencia de las lógicas imperantes en América Latina tras la conquista

española y la posterior instauración de la Colonia, que supone sociedades cuyas estructuras geométricas son en forma de pirámide o rombo.

Siguiendo a Yampara (1992), podemos señalar que aunque en las sociedades andinas, ya sea aymara o quechua, no se puede negar la existencia de la lógica capitalista, ya sea a través de la acumulación y del lucro, sin embargo predomina una lógica comunitaria. Agrega el autor que “...la lógica de la economía comunitaria andina está sustentada por las leyes de reciprocidad y de la redistribución, todo ello dentro de un equilibrio dinámico entre los miembros de la comunidad o *ayllu*, la naturaleza y el medio ambiente- Jaqi, Pachamama y Achachilas” (Yampara, 1992: 228).

Tras la Colonia, los principios de reciprocidad y la redistribución - de igual manera que su “equilibrio dinámico” - han variado su relación con el Estado, lo que supone que al interior de las comunidades o *ayllus*, estas prácticas se mantienen, pudiendo satisfacer las necesidades de familiares y miembros de la comunidad. De esta manera, Carter y Mamani (1982) hacen referencia al rol que ejerce la familia en comunidad andina. De hecho, la familia es un agente fundamental dentro de la comunidad, ya que cada actividad económica necesita a la familia y viceversa. La actividad económica característica de la comunidad andina está constituida por los trabajos agropecuarios. Pero de igual manera, la familia es un agente relevante en los trabajos de infraestructura comunitaria (caminos, apertura de acequias, construcción de escuelas, capillas, etc.) o en las juntas y asambleas comunitarias.

El principio de reciprocidad se basa en que cada familia pertenece a una comunidad o *ayllu* y debe cumplir con sus obligaciones y servicios. En contrapartida, las familias gozarán de las *sayañas* y *qallpas*, que son la propiedad y el usufructo familiar. Por todo

ello Yampara (1992) señala que las familias pertenecen a una unidad-totalidad y logran el circuito de reciprocidad gracias a los mecanismos de control y a la equivalencia y la interrelación que existe entre familias que comparten un mismo espacio territorial, una misma cultura, una misma lengua y mantienen parentesco consanguíneo y espiritual.

El prestigio en la sociedad andina se demuestra y logra a través de la generosidad y la abundancia, lo que se pone en práctica en las fiestas interfamiliares y comunitarias, así como también en el trabajo agropecuario y en la misma comunidad. Se realizan celebraciones tras la culminación de cada hito o periodo de la vida, tales como el nacimiento, la formación y la organización de la familia (*jaquchasiña*) y la reproducción (*wawanijaña*), en la muerte (*jiwxaña*) y en el encuentro de una generación con otra, que a su vez sirve para afirmar la identidad y la unidad.

La etapa o ciclo vital de los miembros de la familia es relevante para entender la organización del trabajo y a la vez la distribución y el consumo, así lo afirma Gavilán (2002), quien desarrolla las siguientes categorías: Para los hombres, serán *yocalla* o niño (entre 5 y 12 años de edad), *wayna* o joven (entre los 12 y 18 años, etapa previa al matrimonio), *chacha* o esposo (varón que está a cargo de una unidad doméstica, cuya edad cronológica suele abarcar de los 18 a los 60 años) y *achici* o abuelo (varón que se encuentra en la etapa final de su ciclo laboral, suele abarcar de los 60 a los 80 años). En tanto para las mujeres, *imilla* o niña (entre 5 y 12 años de edad), *tawajo* o joven mujer (entre los 12 y los 18 años, etapa previa al matrimonio), *warmi* o mujer casada (mujer a cargo de una unidad doméstica entre los 18 y los 60 años) y *apache* o abuela (mujer en la fase final del ciclo laboral, entre los 60 y 80 años).

Centrándonos en el grupo de personas mayores, *achichi* y *apache*, es posible realizar un análisis por género y por edad en las principales actividades productivas de la sociedad aymara. Para el caso de los *achichi* o abuelos, siempre participan en la ganadería de camélidos, en la agricultura (preparación de chacras, siembra, riego y limpieza de canales y la cosecha), en textilería (trenzados), en el comercio (ganadero local y extralocal y agrícola local y extralocal), en el trabajo doméstico (lavado de ropa, acopio de leña, preparación de ritos y construcción de casas), participación en las actividades comunitarias (asambleas, festividades comunales y asociaciones) y en los ritos comunitarios (matrimonios, funerales, fiestas patronales de iglesia, carnavales y floreo). En tanto las *apaches* o abuelas, siempre participan en actividades de agricultura (guarda y almacenamiento), en textilería (esquila, hilado y torcido, confección de utensilios domésticos y ceremoniales), en el comercio (ganadero local y extralocal, agrícola local, tejido local), en el trabajo doméstico (preparación de alimentos, crianza, aseo de la casa, lavado de ropa, acopio de agua y preparación de ritos), participación en las actividades comunitarias (festividades) y en los ritos comunitarios (matrimonios, funerales, fiestas patronales de iglesia, carnavales y floreo).

Otro ámbito familiar importante de rescatar es la asignación de responsabilidades, que dependerá del número de sus miembros y la secuencia de edades. Todos tendrán una ocupación (desde el tercer o cuarto año de edad), por ejemplo unos serán pastores y otros ayudantes de pastores o bien agricultores o ayudantes de agricultores. Y la producción dependerá de las necesidades familiares.

Es importante enfatizar los significados atribuidos a la familia nuclear o extensa en las comunidades andinas. En esta línea, Gavilán (2002) distingue que la “familia nuclear o restringida” es una unidad doméstica y un hogar, una unidad de producción y consumo y está conformada por los cónyuges y sus hijos. En tanto, la familia extensa conformada por hermanos y sus esposas e hijos, pueden ser una unidad de trabajo (ayuda mutua interfamiliar) y puede ser una unidad de tenencia o manejo de recursos productivos (rebaños, chacras, etc.). Dichas unidades sociales conforman un grupo de parientes exogámicos que se localizan en una estancia y donde pueden residir uno o más grupos. Varias estancias conforman una comunidad, que es una unidad geográfica con territorio propio, que se protege frente a otros y que se reproduce.

Otro rasgo característico de las comunidades andinas, es la complementariedad entre hombres y mujeres en la reproducción social de la familia (Gavilán, 2002). En este sentido las normas y valores son altamente flexibles y permiten más la inclusión que la exclusión (Anderson, 1990; Casos, 1990). Ello se basa en la denominada matriz cultural andina, que supone que la relación hombre - mujer al interior del hogar es complementaria, supone un pensamiento dual binario que determina las relaciones complementarias entre opuestos apoyadas por las relaciones de reciprocidad permanente (Flores, 1996; Van Kessel, 1992). De esta manera, las prácticas discriminatorias y la asimetría en las relaciones de género que actualmente se observan en la población aymara podrían deberse más bien al proceso de transformación de la sociedad nacional y la expansión capitalista.

En cuanto al principio de reciprocidad, ya se advertía que se mantiene en el interior de las familias y dentro de las comunidades. De igual manera se manifiesta en las

actividades productivas de corte familiar y comunitario. A continuación se presentarán los términos aymaras que representan el sistema de instituciones de reciprocidad:

INSTITUCIÓN/ EXPRESIÓN DE RECIPROCIDAD	CONTENIDO/ SIGNIFICADO EN TÉRMINOS DE AYUDA
AYNI	Ayuda, cooperación sino por otra, que se paga con otra ayuda, normalmente idéntica.
MINK'A	Ayuda con retribución en especie, en los últimos años puede ser en dinero.
JAYMA (Phayna)	Trabajo matinal, normalmente en épocas de siembra y cosecha se trabaja desde las 4 am hasta las 8 ó 9 am, puede ser como <i>ayni</i> o <i>mink'a</i>
CHUQU	Varios trabajos para uno, este puede adoptar la forma de <i>ayni</i> o <i>mink'a</i> como también de <i>jayma</i> ; la forma de retribución difiere en cada caso.
UMARAQA	Todos trabajan en <i>aynuqa</i> (sistema de cultivo de la patata y largo descanso), pero en forma rotativa.
YANAPA	Ayuda eventual al que necesita, con retribución en especies, sobre todo en épocas de siembra y cosecha, también en fiestas.
SATAQA	Sembrar llevando semilla en terrenos de vecinos o familiares, porque no se tiene <i>yünta</i> (animales para labores de campo) o porque el terreno no es suficiente, ni adecuado para cierta variedad de cultivo.
APXA	Cooperación o ayuda a iniciativa del que necesita o no tiene cosecha, también puede ser carga en viajes.

Fuente: Yampara (1992: 23-234)

Es importante rescatar, la relevancia del matrimonio en la comunidad aymara, ya que a través de éste los miembros alcanzan la madurez cultural y social. Lo que se traduce en un reconocimiento por parte de la comunidad para poder acceder al prestigio y reconocimiento comunitario, ya que puede el esposo ejercer cargos y a su vez a relaciones de parentesco ceremonial como el compadrazgo. De igual manera, la comunidad valora la frecuencia con que una persona es designada compadre, esta circunstancia incrementa su prestigio y a la vez facilita una colaboración recíproca en el desarrollo de tareas agrícolas y responsabilidades colectivas (Fernández, 2002).

Retomando lo antes planteado, se puede señalar que las sociedades aymaras son altamente religiosas y ritualistas. Sus prácticas religiosas varían según la zona de residencia y además por comunidades, familias e individuos. Además participan en

distintas iglesias, principalmente en la católica, sin embargo sus prácticas suponen un sincretismo cultural.

La estructura social y económica de las sociedades aymaras es circular, basadas en los principios de reciprocidad y redistribución comunitaria, siendo el eje de la organización la comunidad (*ayllu*) y dentro de esta organización la familia es una agente relevante. Propio de su carácter comunitario, las sociedades aymaras integran a los distintos miembros del grupo familiar, desde el nacimiento hasta la muerte, y cada uno ejerce un rol en la reproducción social de la familia. De esta manera, las personas mayores se encuentran integradas en labores productivas, domésticas y comunitarias. Asimismo destaca el rol complementario entre hombres y mujeres en la reproducción social de la familia.

5.5. CULTURA AYMARA Y REDES DE APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ.

Desde una perspectiva de redes de apoyo social, la comunidad aymara presenta rasgos culturales que propician el intercambio de apoyos sociales. Retomando a Blakmore y Boneham (1994) la identidad étnica, en este caso la aymara, se trasformaría en un recurso que propicia las redes de apoyo social. Los aspectos culturales que favorecen el intercambio son: la alta solidaridad intergeneracional, el principio de reciprocidad, su componente religioso/ritualista y su carácter rural. Además dichos recursos se trasforman en factores protectores del envejecimiento, en otras palabras, le permiten a las personas mayores indígenas envejecer con calidad de vida.

Desde un punto de vista estructural. Las redes de apoyo social en las personas mayores aymaras, se caracterizan por un composición preferentemente familiar e

informal, poseen redes sociales extensas (que incluyen familia nuclear, extensa y miembros de la comunidad) y con una alta densidad (dado que los miembros de la familia suelen ser además los miembros de la comunidad).

Desde un punto de vista funcional. El intercambio del apoyo social se da en los tres tipos. Es decir, apoyo emocional, instrumental e informacional. Destacando de los tres apoyos sociales, el de tipo instrumental dada la participación activa de las personas mayores en actividades reproductivas y domésticas de la comunidad aymara.

Y finalmente, los aspectos relacionados con la satisfacción del apoyo social percibido. Se esperan altos grados de satisfacción, dada la obligación simbólica de retribuir el apoyo social. Ello se explica por el principio de reciprocidad que sustenta el orden social aymara, suponiendo que en la medida que se recibe apoyo social éste ha de ser devuelto.

SEGUNDA PARTE:

METODOLOGÍA, RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA.

6.1. JUSTIFICACIÓN.

La Modernidad ha generado un cambio inédito en la historia de la humanidad, que es el envejecimiento de la población. Este fenómeno social que tiene su desarrollo a fines del siglo XX y se extiende al siguiente, encuentra explicación en cambios culturales, sociales, políticos y económicos que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad, en tanto aumenta la esperanza de vida (Aranibar, 2001; Chackiel, 2000; del Papolo, 2001).

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que se ha consolidado en los países desarrollados y se plantea que seguirá en curso. Esta tendencia también se aprecia en los países en vías de desarrollo, aunque de manera heterogénea (Del Papolo, 2001). En el caso de Chile, el país se encuentra en la denominada “transición demográfica en etapa avanzada” hacia el envejecimiento de su población. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (2000) los mayores de 65 años en el Censo del año 1982 eran de 5.8%, aumentaron hasta el 6.1% el año 1992 y en el año 2000 eran el 10% de la población. En el 2012 equivalen al 13% y se proyecta que en el 2030 un 15% de la población se concentre en este grupo de edad.

Ante este escenario se han incrementado las investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores (Antonucci y Jackson, 1990), debiéndose en gran parte dicho interés a la incapacidad de los recursos públicos para satisfacer las demandas de un grupo social en constante aumento demográfico. Se debe entender el análisis de los apoyos sociales en la vejez, siendo una etapa del ciclo vital en que las personas pueden

experimentar un deterioro económico y de salud (física o mental). Pero también es sabido que en esta etapa de la vida existen mayores probabilidades de ser afectados por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, de los amigos y los compañeros.

Como se ha visto, el apoyo social tiene una incidencia positiva en la salud física y mental, en la satisfacción vital y en el bienestar psicológico de las personas mayores. Asimismo otras variables sociales como el género, la religiosidad, el lugar de residencia-urbano/rural y la etnicidad influyen en el apoyo social percibido. Frente a lo cual se hace necesario abordar el análisis de esta variable en estudio de las personas mayores. El objetivo de la presente investigación es analizar el apoyo social recibido y entregado por personas mayores de la Región de Arica y Parinacota, incorporando como variable moduladora la etnicidad. Como se ha demostrado los estudios plantean una asociación positiva, sin embargo no han profundizado en aspectos culturales – etnicidad - en la manera de percibir, recibir y entregar el apoyo social. Desde el Trabajo Social esta investigación trata de consituir un aporte teórico/práctico relevante para la promoción del envejecimiento competente y en el diseño de intervenciones sociales gerontológicas desde una mirada intercultural.

6.2. OBJETIVOS.

6.2.1. Objetivo general:

Analizar las diferencias en las características estructurales, funcionales y la satisfacción del apoyo social percibido en una muestra representativa de personas mayores de la Región de Arica y Parinacota – Chile en función de la identidad étnica.

6.2.2. Objetivos específicos:

6.2.2.1. Descriptivos:

1. Describir la situación socioeconómica y demográfica de la población objeto de estudio.
2. Describir el tamaño, composición y frecuencia de contacto de la red apoyo social de las personas mayores.
3. Describir el tipo de apoyo que reciben y dan las personas mayores, así como la reciprocidad del intercambio.
4. Describir la satisfacción con el apoyo social recibido por las diversas fuentes informales.

6.2.2.2. Analíticos:

1. Analizar la relación existente entre el apoyo social percibido, la etnicidad y las siguientes variables:
 - a) Edad
 - b) Género
 - c) Estado conyugal
 - d) Estructura familiar
 - e) Contexto habitacional (rural/urbano)
 - f) Antecedentes de salud física (síntomas de problemas de salud), nivel de dependencia
 - g) Antecedentes de salud mental (depresión)
 - h) Escolaridad
 - i) Clase social
 - j) Religiosidad
 - k) Participación en agrupaciones comunitarias

2. Analizar la asociación entre los aspectos estructurales del apoyo, en función de la pertenencia étnica.
3. Analizar la asociación entre aspectos funcionales del apoyo social- recibido y emitido- en función de la pertenencia étnica.
4. Analizar la satisfacción con el apoyo social, en función de la pertenencia étnica.

6.3. HIPÓTESIS.

Hipótesis 1: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores en función del sexo.

Hipótesis 2: A mayor edad, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Hipótesis 3: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores con pareja y sin pareja.

Hipótesis 4: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que pertenecen a familias nucleares, aquellas que pertenecen a familias extensas y grupo familiar y/o amistades.

Hipótesis 5: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que ejercían ocupaciones elementales, labores domésticas y profesionales.

Hipótesis 6: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que practican alguna religión y quienes no la practican.

Hipótesis 7: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que participan en agrupaciones comunitarias y quienes no participan.

Hipótesis 8: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores con depresión y las que no presentan depresión.

Hipótesis 9: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores con dependencia y las que no presentan dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Hipótesis 10: A mayor escolaridad, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Hipótesis 11: A mayor número de personas co-residentes, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Hipótesis 12: A mayor número de hijos co-residentes, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Hipótesis 13: A mayor número de familiares, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Hipótesis 14: A mayor dependencia y sintomatología de enfermedad, mayor es la satisfacción en las relaciones sociales establecidas.

Hipótesis 15: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Hipótesis 16: Existe una diferencia significativa en la reciprocidad del apoyo (emocional, consejo e instrumental) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Hipótesis 17: Existe una diferencia significativa en el tamaño de la red entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Hipótesis 18: Existe una diferencia significativa en la frecuencia de los contactos con los miembros de la red entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Hipótesis 19: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente es el cónyuge.

Hipótesis 20: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente son los hijos.

Hipótesis 21: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente son los familiares.

Hipótesis 22: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente son los amigos.

Hipótesis 23: Existen diferencias significativas en la satisfacción con las relaciones sociales entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Hipótesis 24: A mayor tamaño de la red, mayor es el apoyo social funcional.

Hipótesis 25: A mayor tamaño de la red, mayor es la reciprocidad en el apoyo social.

Hipótesis 26: A mayor frecuencia en los contactos con los miembros de la red, mayor es el apoyo social percibido.

Hipótesis 27: A mayor frecuencia en los contactos con los miembros de la red, mayor es la satisfacción en las relaciones sociales establecidas.

Hipótesis 28: A mayor apoyo social percibido, mayor es la satisfacción en las relaciones sociales establecidas.

6.4. MÉTODO.

6.4.1. Ámbito de estudio

Esta investigación fue aplicada en Chile, más específicamente en la Región de Arica y Parinacota. Geográficamente, esta región chilena se encuentra ubicada en la convergencia de los países que componen la Macroregión Andina, teniendo una condición bifronteriza, al limitar al norte con Perú y al este con Bolivia. En términos climáticos sus parajes cercanos al mar se caracterizan por un clima desértico costero, posee numerosos valles y un extenso territorio altiplánico, siendo estos tres tipos de climas los seleccionados en este estudio.



La población regional es de 189.644 habitantes, equivalente al 1.24 % de la población nacional y su densidad alcanza a 11.22 hab/km². Su división administrativa es la siguiente:

PROVINCIA	COMUNA	SEDE COMUNAL	POBLACIÓN	SUPERFICIE	DENSIDAD
Arica Capital: Arica	Arica	Arica	185.268	4.799,4	38,6
	Camarones	Cuya	1.220	3.927,0	0,3106
			186.488	8.726,3	
Parinacota Capital: Putre	Putre	Putre	1.997	5.902,5	0,3349
	General Lagos	Visviri	1.179	2.244,4	0,5253
			3.156	8.146,9	
Total Regional			189.644	16.873,3	9,94

Fuente: INE, 2012.

6.4.2. Características sociodemográficas de las personas mayores de la Región de Arica y Parinacota

A partir de los datos del último Informe Nacional de Vejez (SENAMA, 2009) y de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (MIDEPLAN, 2009) se presentarán los principales datos sociodemográficos de las personas mayores en la Región de Arica y Parinacota.

La región cuenta con 21.487 personas mayores, que equivalen al 11,5% de la población total regional. El 58% son mujeres y el 42% son hombres. La población adulta mayor es principalmente urbana, dado que el 91,9% reside en zona urbana, frente al 8,1 que habita en zonas rurales.

Los indicadores de educación muestran que el promedio de años de escolaridad es de 7,3, cifra que supone una escolaridad básica incompleta. El porcentaje de personas que no sabe leer, ni escribir en la región es de 4,6%. Este índice de analfabetismo muestra una distribución desigual por género, encontrándose un 6,4% de mujeres analfabetas y solo un 2% son hombres.

Los indicadores de salud muestran que el 16,5% de las personas mayores presenta algún grado de discapacidad, lo que está por debajo de la media nacional (23,7%). En lo que refiere a la atención sanitaria en el sistema público, el 88,4% de las personas se atiende bajo esta modalidad.

Los indicadores de seguridad económica refieren que la región cuenta con un 6,4% de personas mayores por debajo del umbral de pobreza. Este dato ha mostrado un avance significativo en la lucha contra la pobreza, dado que en el año 2006 el 15,3% de las personas mayores regionales estaba en situación de pobreza.

Finalmente, los indicadores del hogar muestran que el 59,7% de las personas mayores son los jefes (cabeza) del hogar, principalmente los hombres ejercen este rol. Asimismo, los hogares unipersonales representan el 10,5% en la región, situación que afecta principalmente a las mujeres. Otro dato interesante es que 6,8% de los mayores

vive en situación de allegamiento externo⁶, porcentaje que supera a la media nacional que es de 4,4%.

6.4.3. Estrategia del estudio.

La siguiente investigación responde a un estudio de tipo transversal y de alcance correlacional. La recogida de información se realizó entre los meses de abril a mayo del año 2011, participando en el trabajo de campo cuatro trabajadores sociales y dos alumnos de último año de la carrera de trabajo social, cuya coordinación fue realizada por la investigadora, que viajó en abril de 2011 a Chile para poner en marcha y coordinar el trabajo de campo.

Para realizar el estudio se siguieron dos estrategias. Para la aplicación en la zona urbana de Arica se estableció contacto con la institución gubernamental de personas mayores (SENAMA). Por otro lado, para la aplicación en el Valle de Codpa y cercanías, y las localidades altiplánicas de Putre y Socoroma se contactaron a informantes/agentes sociales claves.

De esta manera, para Arica, se estableció contacto con la Coordinación Regional del Servicio Nacional de Adultos Mayores, quien facilitó sus dependencia para la aplicación de encuestas y asimismo dotó de información de las principales agrupaciones de personas mayores en la ciudad.

⁶ El allegamiento externo puede presentarse en dos modalidades, ya sea en la vivienda o bien en el sitio. Cuando se trata de allegamiento externo en vivienda, supone la convivencia de dos o más hogares en una vivienda. En tanto, el allegamiento externo en sitio, es la convivencia de dos o más viviendas en un sitio.



Ciudad de Arica, Valle de Codpa y Poblado de Socoroma.

Como se mencionaba, en el Valle de Codpa se contactó con el párroco del poblado y la presidenta del Club de Adultos Mayores. En esta localidad se aplicó en las dependencias de la Junta de Vecinos y asimismo se realizó un puerta a puerta por el pueblo.

Situación similar se realizó en las zonas aptiplánicas de Putre y Socoroma, en las que se localizó al párroco de Putre y a dirigentes de agrupaciones de personas mayores. Sin embargo, se aplicó la encuesta en una reunión convocada por sus dirigentes en cada localidad.

6.4.4. Sujetos del estudio.

El tamaño de la muestra se calculó siguiendo modelo probabilístico de muestreo. De un universo finito de 21.487 personas mayores de la Región de Arica y Parinacota (SENAMA, 2012), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 4,36 se obtuvo un tamaño muestral de 493 sujetos. Sin embargo, la selección de los 493 sujetos que participaron en la muestra fue bajo un criterio de muestreo intencionado con objeto de obtener una muestra que representase las características sociodemográficas de la región (antes expuestas), sobrerrepresentando el grupo significativo de personas mayores indígenas.

Tabla 6.4.4.1. Descripción de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Hombre	163	33%
	Mujer	330	67%
	TOTAL	493	100%
EDAD	60-69 años	207	42%
	70-79 años	216	44%
	80-89 años	63	13%
	90-99 años	7	1%
	TOTAL	493	100%
ESCOLARIDAD	Sin estudios	48	10%
	Básica (Primaria)	251	51%
	Media (ESO-Bachillerato)	128	26%
	Superior	66	13%
	TOTAL	493	100%
E. CONYUGAL	Casado	243	49%
	Conviviente	22	5%
	Soltero	52	11%
	Viudo	123	25%
	Separado de hecho	41	8%
	Divorciado	12	2%
	TOTAL	493	100%
E. FAMILIAR	Familia unipersonal	67	14%
	Familia nuclear sin hijos	124	25%
	Familia nuclear con hijos	71	14%
	Familia extensa con nietos y/o bisnietos	130	26%
	Familia extensa con otros familiares	62	13%
	Familia nuclear y amistades	12	2%
	Familia extensa y amistades	5	1%
	Grupo familiar sin vínculo de consanguíneo	14	3%
	Reside en Hogar de Ancianos	8	2%
TOTAL	493	100%	
LOCALIDAD	Arica	425	86,2%
	Codpa o poblados cercanos	17	3,4%
	Putre	7	1,4%
	Socoroma	36	7,3%
	Otro poblado del Altiplano	8	1,6%
	TOTAL	493	100%

Las 493 personas mayores encuestadas tenían un promedio de edad de 71,47 años (rango: 60-92). Al separarlos por grupos de edad, un 42% tiene entre 60 a 69 años, el 44% de la muestra tiene entre 70 a 79 años, el 13% está en el rango entre 80 - 89 años y solo un 1% tiene entre 90 y 99 años.

Respecto al género. La mayoría de la muestra es femenina, que corresponde a 330 de los casos con un 67% del total y los 163 entrevistados restantes son hombres, que corresponde al 33% de la muestra.

En lo que refiere a escolaridad, un 10% de la muestra no tiene estudios formales. La mayoría de la muestra (51%) tienen estudios básicos (1ro. a 8vo. Básico), que equivale a enseñanza primaria. Un 26% cuentan con estudios de educación media (1ro. a 4to. Medio), que equivale a enseñanza secundaria. Y el 13% restante tiene estudios universitarios. Dentro de las profesiones más señaladas se encuentran las siguientes: profesores/as de educación primaria y secundaria, educadoras de educación infantil, contables, enfermeras e ingenieros. Cabe señalar que el 1% de la muestra cuenta con estudios de post grado.

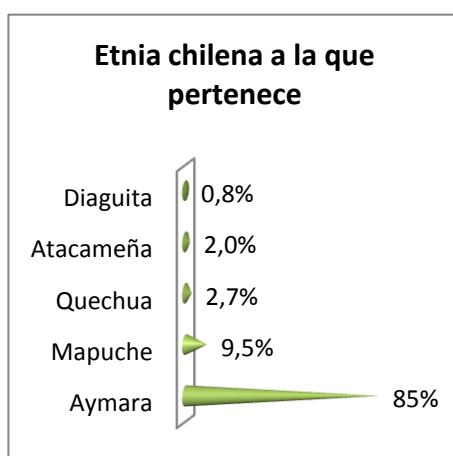
Los datos sobre estado conyugal muestran que la mayoría de las personas incluidas en la muestra tiene pareja, puesto que el 49,3% se encuentra casado/a y un 4,5% convive. De quienes no tienen pareja, la mayoría son viudos/as, alcanzando el 24,9% de la muestra, un 10,5% es soltero/a, un 8,3% separado/a de hecho y solo un 2,4% es divorciado/a.

Se consultó en torno a la estructura familiar, es decir, con quién vive la persona mayor. Los resultados muestran una tendencia a estructuras familiares extensas. De esta

manera el 26,4% vive con 1 o más hijos, su nuera o yerno, nietos y/o bisnietos. Y el 12,6% vive con otros familiares, entre los que destacan hermanos, sobrinos, cuñados/as, etc. En lo que refiere a familias nucleares, el 25,2% vive con su pareja y sin hijos, en tanto el 14,4% corresponde a familias nucleares con hijos. Otro dato interesante es que el 13,6% vive solo, es decir, corresponde a hogares unipersonales. Finalmente, en lo que se refiere a los hogares que incluyen a amistades, un 2,4% son hogares compuestos por familiar nuclear y amistades. Y un 1% hogares con familiares extensos y amistades. En tanto el 2,8% declara vivir en un hogar sin vínculo consanguíneo y un 1,6% en instituciones para personas mayores.

Finalmente, siendo el estudio de carácter regional fueron encuestados personas mayores de medios urbanos y rurales. De esta manera, el 86,2% de la muestra reside un sector urbano, más específicamente en la ciudad de Arica. El 23,8% se distribuye en sectores rurales altiplánicos, el 7,3% vive en Socoroma, el 1,4% en Putre y el 1,6% en otra localidad del Altiplano. El 3,4% restante, en el valle de Codpa y otros poblados cercanos.

Gráfico 6.4.4.1.: Distribución de la muestra según pertenencia a una etnia chilena.



El 30% de la muestra refiere pertenecer a una etnia indígena chilena, que corresponde a 147 sujetos, siendo la más representativa de la Región de Arica y Parinacota la etnia aymara, puesto que el 85% de la muestra pertenece a ésta. A continuación, un 9,5% se declaran mapuches, un 2,7% quechuas, un 2% atacameños y el 0,8% diaguitas.

6.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Siendo la variable central del estudio el apoyo social, se incorporaron medidas de sus aspectos estructurales (tamaño, densidad y reciprocidad de la red, participación en organizaciones comunitarias), de los aspectos funcionales (tipos y fuentes de apoyo social) y de la satisfacción con el apoyo social recibido. Igualmente, se incorporó una medida de apoyo social comunitario (participación en organizaciones comunitarias y religiosas). En cuanto al resto de variables, se incluyeron las siguientes: edad, género, estado conyugal, estructura familiar, aspectos habitacionales (habita en zona urbana/rural, tenencia y tipo de vivienda, condiciones habitacionales, seguridad del barrio y comodidades del hogar), etnia, antecedentes de salud física y mental (depresión), escolaridad, antecedentes económicos (jefatura del hogar, administración de ingresos, sistema previsional, monto y fuente de ingreso, trabajo remunerado, satisfacción de necesidades básicas y endeudamiento), actividades que realiza, religiosidad y nivel de dependencia para realizar actividades de la vida diaria.

Las variables antes mencionadas se evaluaron a través de los siguientes instrumentos:

6.5.1. Apoyo social.

INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES EN PERSONAS MAYORES, de Díaz Veiga (1987).

Esta escala explora aspectos estructurales de las redes sociales (tamaño y frecuencia de contactos), funcionales (apoyo emocional, instrumental e informacional) y la satisfacción subjetiva de las relaciones.

La escala se divide en 2 partes: la primera trata de identificar cuáles son las personas que forman la red social: pareja, hijos, familiares, amigos, vecinos y compañeros de agrupación; la segunda indaga sobre la calidad de dicha red de apoyo social.

Dentro de cada una de las áreas de interacción, se interroga al sujeto sobre el tipo de apoyo recibido (**emocional**: relaciones afectivas, de cariño y simpatía; **instrumental**: relaciones de ayuda funcional para asistencia en actividades de la vida diaria; y/o **informacional**: información general, consejos o guía para comprender situaciones), la frecuencia de contacto y el grado de satisfacción general con la relación. El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de 0,71.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO, de Gracia, Herrero y Musitu (2002).

Cuestionario que evalúa las dimensiones de apoyo emocional, consejo y ayuda y la reciprocidad en el apoyo. Ofrece también una puntuación total para el apoyo funcional y la reciprocidad en el apoyo, así como el número de los componentes de la red del apoyo. Este instrumento permite además obtener puntuaciones separadas para las distintas fuentes de apoyo social: familiares, vecinos, hermanos, hijos/as, etc.

Las personas entrevistadas deben indicar las personas más significativas para ellos (un máximo de diez) y para cada una de esas personas deben responder nueve ítems (dos referidos al apoyo emocional, dos al apoyo del consejo, dos al apoyo instrumental y

tres a la reciprocidad del apoyo percibido). Existen cinco opciones de respuesta, que varían entre nunca o casi nunca (1) y siempre o casi siempre (5). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de 0,93.

6.5.2. Depresión.

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN, de Brink et al. (1982). La versión original consta de 30 preguntas, si bien en este estudio se utilizó la versión abreviada, que incluye solo 15. Esta última conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de administración. Construida para detectar síntomas depresivos en personas mayores y como medida de evolución de esos síntomas, es una escala de respuesta dicotómica (Sí/No), siendo la puntuación máxima 15 (para la escala abreviada). Los rangos de puntuación son de 0-5, normal; 6-9, depresión leve; 10 o más, depresión establecida. El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de 0,77.

6.5.3. Dependencia en actividades básica de la vida diaria (AVD).

ÍNDICE DE BARTHEL- ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, de Mahoney y Barthel (1965). Se trata de una escala que valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básica de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, ir al servicio, traslados, deambular y subir escalera. Cada actividad se le asigna una puntuación (0,5, 1,0, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarlo a cabo, obteniéndose una puntuación final de 0-100 (90 para personas que utilizan silla de ruedas). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de 0,62. Para su interpretación, la puntuación total se agrupa en categorías de dependencia:

Independiente/ Autónomo	= 100
Dependiente Leve	= 91-99
Dependiente Moderado	= 61-90
Dependiente Grave	= 21-60
Dependiente Total	= 0-20

6.5.4. Seguridad del barrio percibida.

Escala de valoración de la seguridad del barrio, de la Fundación Paz Ciudadana (2011).

Esta escala valora la percepción de seguridad e inseguridad del barrio en que se habita.

Se compone de 8 preguntas, que evalúan actividades cotidianas que realiza la persona en su barrio pudiendo ser conductas de riesgo frente a actos delictivos (víctima de un robo, hurto, lesiones o amenazas). Tales conductas son por ejemplo, caminar a oscuras, portar objetos de valor, dinero o documentos, dejar la casa sola al salir, salir solo de casa, ir a la plaza de día o de noche. Tiene tres opciones de preguntas y se le asigna una puntuación (barrio seguro= 1, barrio ni seguro, ni inseguro= 2 y barrio inseguro=3), obteniéndose una puntuación final del 8 al 24. Cuya interpretación es la siguiente: barrio seguro (8 puntos), barrio ni seguro, ni inseguro (9 a 23 puntos) y barrio inseguro (24 puntos). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de 0,89.

Para medir las otras variables de este estudio, a saber edad, género, estado conyugal, estructura familiar, aspectos habitacionales, etnia, antecedentes de salud física, escolaridad, antecedentes económicos (jefatura del hogar, administración de ingresos, sistema previsional, monto y fuente de ingreso, trabajo remunerado, satisfacción de necesidades básicas y endeudamiento), actividades que realiza, religiosidad y

participación en organizaciones comunitarias, se construyó una encuesta con preguntas cerradas, disponible en el anexo.

6.6. ANÁLISIS DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS, versión 19. Se utilizaron las técnicas de análisis estadístico que se ajustaban al nivel de medición de las variables y a las hipótesis formuladas. De esta manera, las pruebas de hipótesis manejadas fueron el test de chi-cuadrado, la prueba t de Student y el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se utilizó el análisis de regresión jerárquico para dar cuenta de aquellas hipótesis que incorporan un sustento teórico (modelo analítico). En concreto, esta estrategia se aplicó al considerar la relación existente entre las diversas dimensiones del apoyo social y un número de variables de especial relevancia (depresión, percepción de seguridad del barrio, dependencia, síntomas de salud).

Los resultados de la investigación se presentarán en dos capítulos. El primero, correspondiente al capítulo 7 del estudio (variables relevantes para el análisis del apoyo social percibido en personas mayores de la región Arica y Parinacota) se inicia con la caracterización social de la muestra y la caracterización de sus respectivas redes de apoyo social. Para luego centrarse en las variables relevantes para el análisis del apoyo social percibido en las personas mayores, a saber, variables sociodemográficas, de salud (mental y física) y etnicidad. Asimismo, se muestran los análisis correspondientes a las hipótesis planteadas sobre asociaciones, correlaciones y diferencias de grupos (personas mayores indígenas y personas mayores no indígenas). En el segundo, correspondiente al capítulo 8 de la investigación (apoyo social y bienestar de las personas mayores de la región de Arica y Parinacota) versa sobre la

relación de las dimensiones de apoyo social (aspectos estructurales, funcionales y de satisfacción) y se presenta un modelo de regresión jerárquica a partir de estas dimensiones. Finalmente, se presentan diversos modelos de regresión jerárquica que dan cuenta de las relaciones entre los elementos que constituyen el apoyo social y su relación con los indicadores de bienestar social y de salud en personas mayores (salud, salud mental, dependencia y percepción de seguridad residencial).

CAPÍTULO 7: VARIABLES RELEVANTES DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.

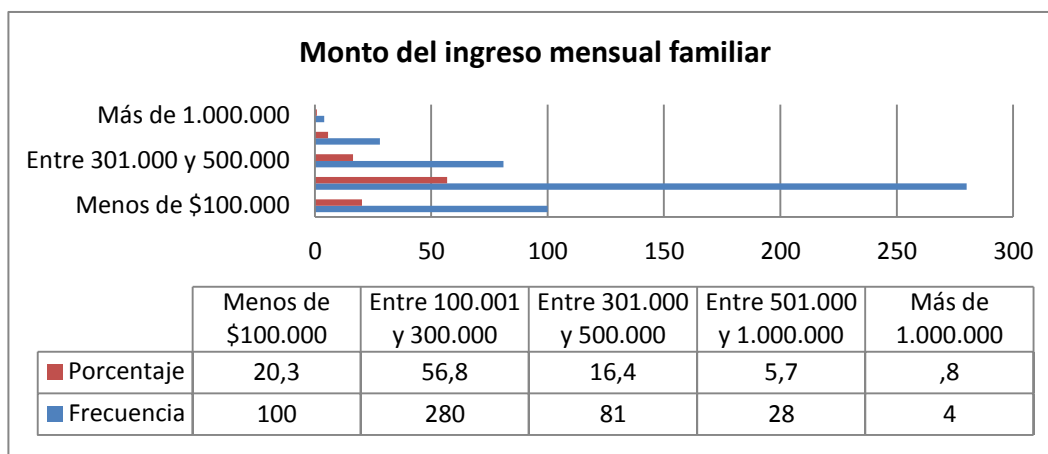
7.1. CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN ARICA Y PARINACOTA.

El análisis descriptivo sigue el orden de los objetivos específicos planteados en el estudio, de esta manera en un primer momento se dará cuenta de los **datos socioeconómicos** que caracterizan a la muestra de personas mayores, tales como su situación económica, laboral, habitacional, de salud, familiar y actividades sociales y de ocio (los datos sociodemográficos tales como: sexo, edad, escolaridad, estado conyugal, estructura familiar, localidad de residencia y etnia, ya fueron descritos en el apartado de la muestra). Paralelamente se realizará un análisis comparativo de estos resultados regionales (muestra) con los nacionales, obtenidos en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010).

a) Situación económica y laboral.

Los aspectos económicos y laborales constituyen un ámbito relevante en la vida de las personas mayores, ya que están estrechamente vinculados con la satisfacción de sus necesidades y situaciones de vulnerabilidad. Asimismo dan cuenta de los aspectos asociados a la calidad de vida de las personas. A continuación se analizarán las principales variables que caracterizan la situación económica y laboral de la muestra investigada.

Gráfico 7.1.1.: Distribución de la muestra en función del ingreso mensual del hogar.

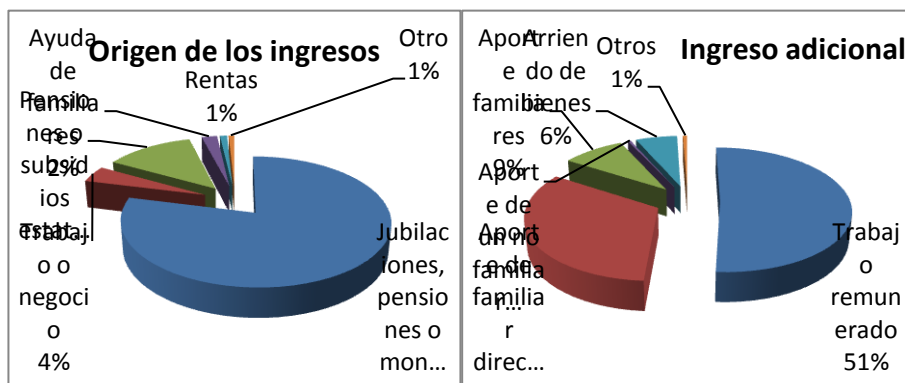


Tal como muestra el **gráfico 7.1.1.**, la mayoría (57%) de los hogares de las personas mayores se concentra en el grupo que percibe un ingreso mensual entre 100.001 y 300.000 pesos chilenos (149-447 euros). Por tanto corresponden a familias de clase media- baja. El 16% pertenece al grupo cuyo ingreso familiar mensual es de 301.000 a 500.000 pesos chilenos (448-746 euros), que corresponde a familias de clase media-alta. En otras palabras el 73% de la muestra pertenece a la clase media chilena.

En el extremo superior correspondiente a la clase alta, solo el 6,5% de la muestra pertenece a este grupo. Por otro lado, un número significativo equivalente al 20% pertenece al grupo de familias de clase baja. Es importante aclarar que todos los casos reportan un ingreso mensual, como se verá a través de jubilación, pensión, subsidios u otros ingresos, frente a lo cual no se observan casos de extrema pobreza o indigencia.

Al comparar los datos de la muestra con los obtenidos en la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010) se observan similitudes, aunque los datos son menos favorables a la población de estudio, dado que del total nacional el 14% pertenece al primer grupo (clase baja), un 58% al segundo (clase media baja), un 17% al tercero (clase media alta) y el 11% al grupo de clase alta.

Gráficos 7.1.2. y 7.1.3.: Distribución de la muestra en función del origen de los ingresos y de ingresos adicionales del hogar.

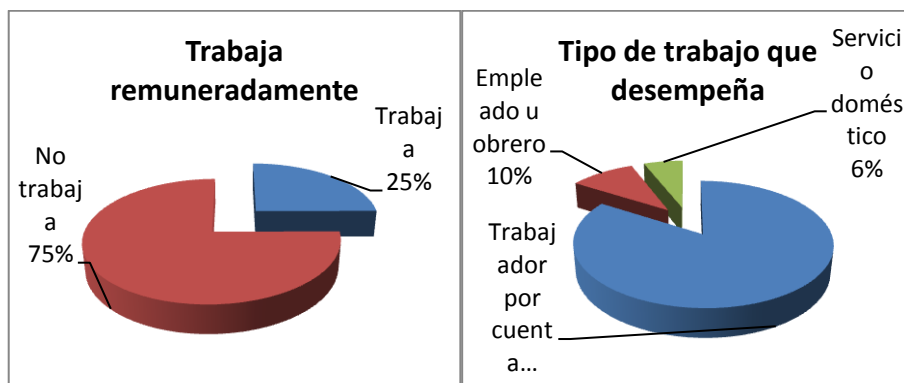


Tal como muestra el **gráfico 7.1.2.**, la mayoría de los hogares de personas mayores (79%) obtiene sus ingresos a través de sistemas de jubilaciones, pensiones o montepíos. Otro origen relevante son los asociados a pensiones o subsidios estatales (13%) en los que se concentra la mayoría de las mujeres de la muestra que se dedicaron a labores del hogar y no cotizaron en un sistema público o privado durante su edad activa. Un bajo porcentaje obtiene sus ingresos a través de un trabajo o negocio (4%) lo que demuestra que las personas mayores de la muestra están jubiladas o recibe una pensión; finalmente, un porcentaje reducido (2%) depende económicamente de familiares. Al comparar los datos con los resultados de la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010), se observa una coincidencia en el origen de los ingresos, dado que el 78% de las personas mayores en Chile obtienen sus ingresos a través de jubilaciones, pensiones o montepíos.

Por otro lado, el 49% de la muestra dice recibir un ingreso adicional, tal como muestra el **gráfico 7.1.3.** Estos ingresos provienen principalmente de un trabajo remunerado (51%) lo que confirma la independencia económica de la mayoría de las personas mayores investigadas. Sin embargo, otro aporte adicional al ingreso de las personas mayores es el entregado por familiares cercanos (33%) pudiendo ser el cónyuge o bien

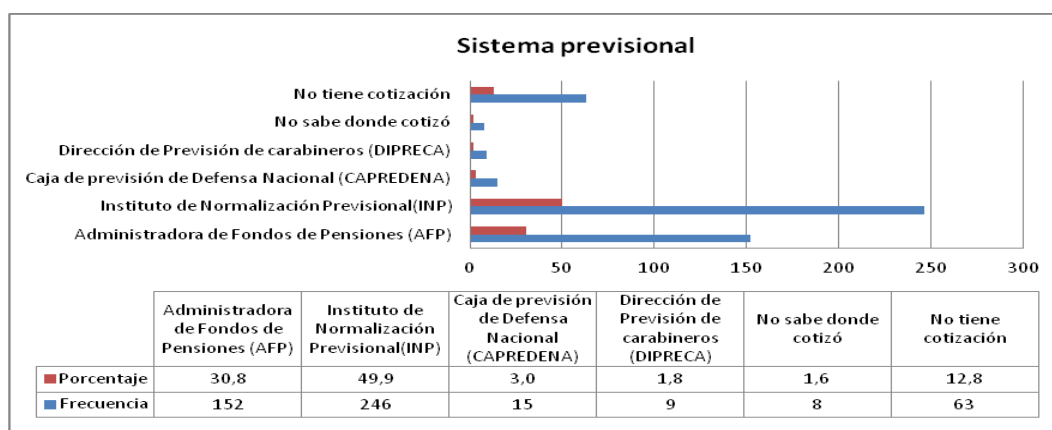
un hijo/a y un porcentaje más reducido (9%) son otro tipo de familiares. Finalmente, otro ingreso adicional a considerar es el proveniente de arriendo de bienes, que equivale a un 6%.

Gráficos 7.1.4. y 7.1.5.: Distribución de la muestra en función de las personas mayores que trabajan remuneradamente y el tipo de trabajo que desempeñan.



Tal como muestra el **gráfico 7.1.4.**, un 25% de las personas mayores de la muestra dice trabajar remuneradamente, cuyos datos son concordantes con la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010) dado que un porcentaje similar declara seguir trabajando aun habiendo alcanzado la edad legal de jubilación. En el **gráfico 7.1.5.**, referido al tipo de trabajo que sigue desempeñando la persona mayor, la mayoría (84%) realiza actividades por cuenta propia, es decir, es un trabajador independiente ligado principalmente a microempresas. Además, un 10% trabaja como empleado u obrero y un 6% realiza actividades de servicio domestico, siendo esta una labor ejercida principalmente por mujeres.

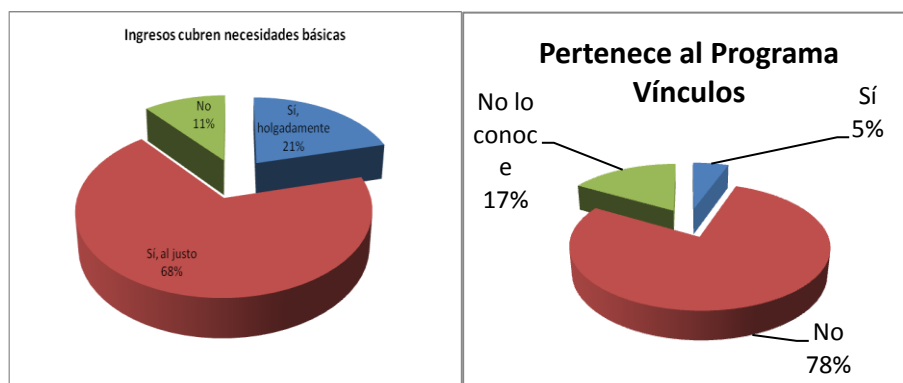
Gráfico 7.1.6.: Distribución de la muestra en función del sistema previsional.



El **gráfico 7.1.6.** muestra que la mitad de la muestra (50%) cotizó en el sistema público de pensiones (INP). Igualmente un porcentaje significativo (31%) cotizó en el sistema privado de AFP. Tal como se mencionaba en el capítulo II, Chile modificó el sistema previsional en el año 1980 transitando de un sistema público de carácter solidario a un sistema privado de capitalización individual. Es por ello que en el grupo de personas mayores aún es posible observar cotizaciones de carácter público. Un 4,8% cotizó igualmente en el sistema público al ejercer como funcionario de la Fuerzas Armadas (CAPREDENA) o bien de la policía (DIPRECA). Finalmente, un 12,8% dice no haber cotizado en un sistema de jubilación. En este grupo se encuentran principalmente las mujeres que se dedicaron a labores del hogar y que posteriormente reciben pensiones de carácter asistencial por parte del Estado.

Al comparar los resultados con los obtenidos en la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010), se advierte resultados similares, ya que el 50% de las personas mayores en Chile pertenecen el sistema público y el 30% al sistema privado.

Gráficos 7.1.7. y 7.1.8.: Distribución de la muestra en función de la satisfacción de necesidades básicas y de participación en programas de vulnerabilidad social.



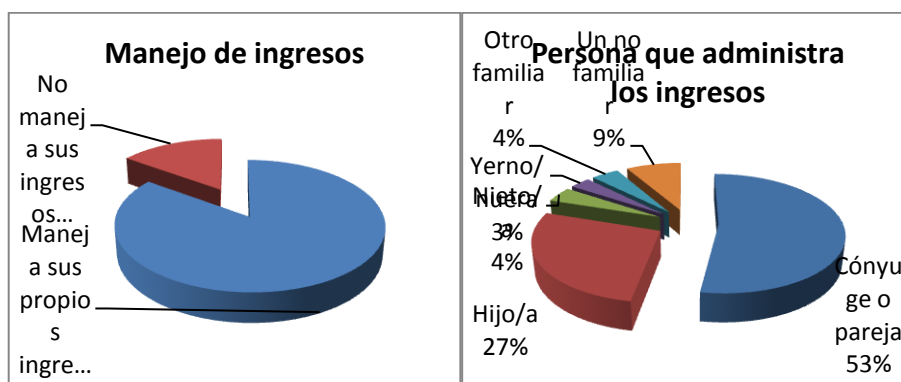
El **gráfico 7.1.7.** muestra si el ingreso familiar percibido total (incluyendo los ingresos adicionales) logra satisfacer las necesidades básicas del mayor. En este punto se observa que el 89% satisface sus necesidades básicas (alimentación, vestuario, medicamentos, entre otras), sin embargo el 21% declara que lo hace de manera holgada y un 68% que lo hace de manera ajustada, lo que concuerda con el hecho de que la mayoría de la muestra pertenece a la clase media. En tanto un 11% señala no cubrir sus necesidades básicas con el ingreso mensual percibido, frente a lo cual recurre a beneficios sociales a través del Municipio, Gobierno u otras instancias.

Al comparar los datos con los arrojados en la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010), se advierten algunas diferencias favorables al grupo de estudio, puesto que del total nacional el 19% cubre sus necesidades holgadamente, un 55% ajustadamente y un 26% no logra cubrirlas.

En relación a esta situación de vulnerabilidad, el **gráfico 7.1.8.** muestra que el 5% de la muestra pertenece al programa especializado en personas mayores vulnerables (Programa Vínculos), cifra que es inferior si se considera que el 11% no logra satisfacer sus necesidades básicas. Posibles explicaciones a ello es que el programa lleva un corto

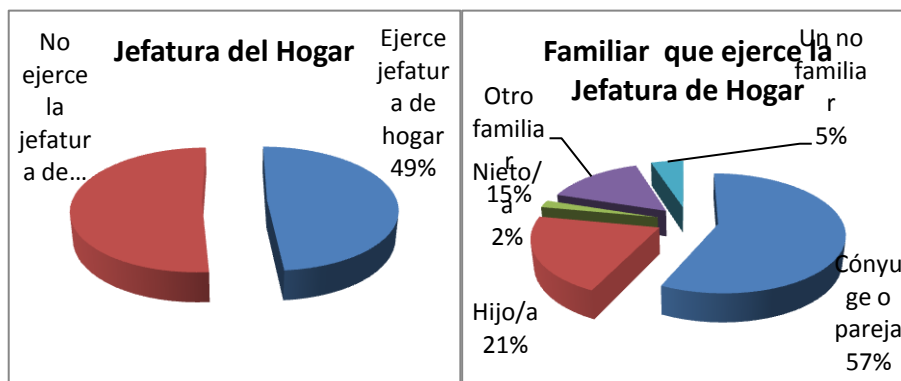
periodo de ejecución, hay desconocimiento por parte de las personas mayores de su existencia y además al operar a través de los municipios en zonas rurales se observó que aún el programa no se ejecuta.

Gráficos 7.1.9. y 7.1.10.: Distribución de la muestra en función del manejo de sus ingresos y de la persona que administra los ingresos.



En cuanto el manejo de sus ingresos personales, tal como muestra el **gráfico 7.1.9.**, la mayoría (85%) declara manejar sus propios ingresos, frente a un 15% que señala que otra persona se los administra. En este sentido, el **gráfico 7.1.10.** da cuenta que en caso de no administrar sus propios ingresos las personas mayores acuden a familiares cercanos (80%), un 53% son cónyuges o pareja y un 27% es un hijo/a. En tanto otros familiares que apoyan en esta gestión, destacan los nietos (4%), yerno/nuera (3%) y otro familiar (4%). Por último, un 9% de los que no administran directamente sus ingresos señala que lo realiza un no familiar, cifra que corresponde a las personas institucionalizadas.

Gráficos 7.1.11. y 7.1.12.: Distribución de la muestra según ejercicio jefatura del hogar (cabeza de hogar) y familiar que la ejerce.



Como se observa en el **gráfico 7.1.11.**, el 49% de los encuestados ejerce la jefatura del hogar, ello quiere decir que genera el mayor aporte al ingreso familiar. Un porcentaje similar (54%) se observa en los datos nacionales según la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez”(2010). En el caso de quienes no ejercen la jefatura del hogar (51%), como muestra el **gráfico 7.1.12.** suele ser un familiar cercano quien aporte el mayor monto a la economía familiar, principalmente el cónyuge (57%) o bien un hijo/a (21%), otro familiar(15%) pudiendo ser el yerno, la nuera, un hermano, etc. y un nieto/a(2%). Raramente se trata de un no familiar (5%) quien entregue el mayor aporte, lo que se explica por la composición de los hogares que suelen estar centrados en miembros de la familia nuclear o extensa.

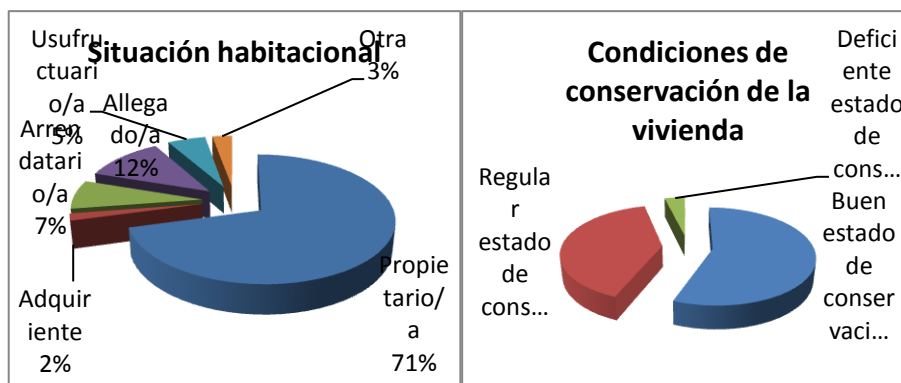
A modo de síntesis, las personas mayores que conforman la muestra muestran indicadores económicos y laborales funcionales, dado que la mayoría pertenece a la clase media pudiendo satisfacer sus necesidades básicas sin recurrir a prestaciones de carácter social. La principal fuente de ingreso proviene de jubilaciones y pensiones, una dato concordante al tratarse de personas mayores. Asimismo un número significativo cuenta con ingresos adicionales provenientes de trabajos remunerados o apoyos económicos de familiares. Este primer dato demuestra que los casos

estudiados están en condiciones físicas y mentales que les permite seguir trabajando. Igualmente, un dato favorable a la muestra es el hecho de que la mayoría administra sus propios ingresos y de igual manera casi la mitad de los entrevistados ejerce la jefatura de hogar. Por último, la mayoría de la muestra pertenece al sistema público de cotizaciones previsionales, dado que la reforma previsional de los años 80 coincidía con su plenitud en la vida activa laboral.

b) Situación habitacional.

Otro aspecto íntimamente relacionado con la calidad de vida de las personas mayores y que permite caracterizarlas socialmente, son las condiciones habitacionales en las que se encuentran. Durante la vejez, tras la jubilación, uno de los lugares que cobra más relevancia es el hogar, al tiempo que las personas mayores comienzan a experimentar un declive de sus funciones orgánicas presentando síntomas de dependencia física y ello obliga a que el hogar cuente con ciertas comodidades y condiciones de habitabilidad que permitan sobrellevar una “buena vejez”. Brevemente se describirán las principales variables relacionadas con las condiciones de habitabilidad de las personas mayores.

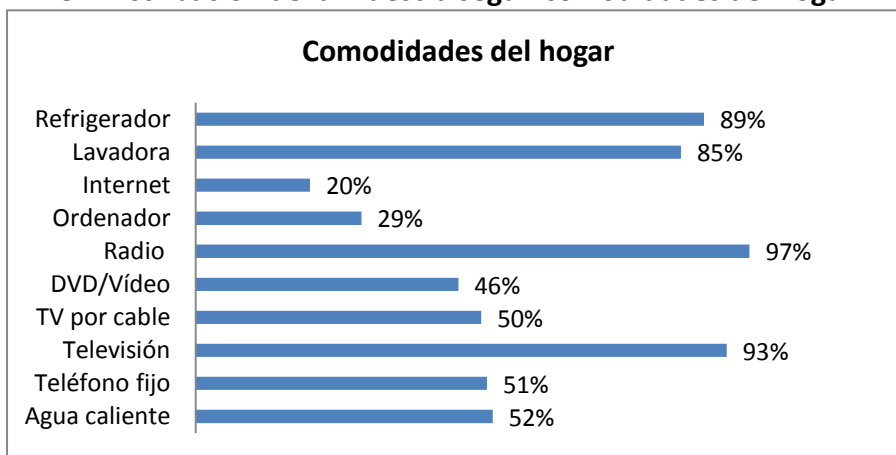
Gráficos 7.1.13. y 7.1.14.: Distribución de la muestra según situación habitacional y condiciones de conservación de la vivienda.



Tal como muestra el **gráfico 7.1.13.**, la mayoría de los mayores (71%) es propietario de la vivienda en la que habita, dato que al ser contrastado con el obtenido en la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010) es levemente inferior (79% de las personas mayores en Chile son propietarios). En tanto un 12% vive en calidad de allegado, es decir, comparten el sitio o la vivienda con otra familia, con quienes suelen tener un grado de consanguinidad. Un bajo porcentaje (7%) arrienda la propiedad y de igual manera pocas personas declaran vivir en situación de usufructo (5%), es decir hacen uso de manera gratuita y exclusiva de una vivienda de propiedad de terceros.

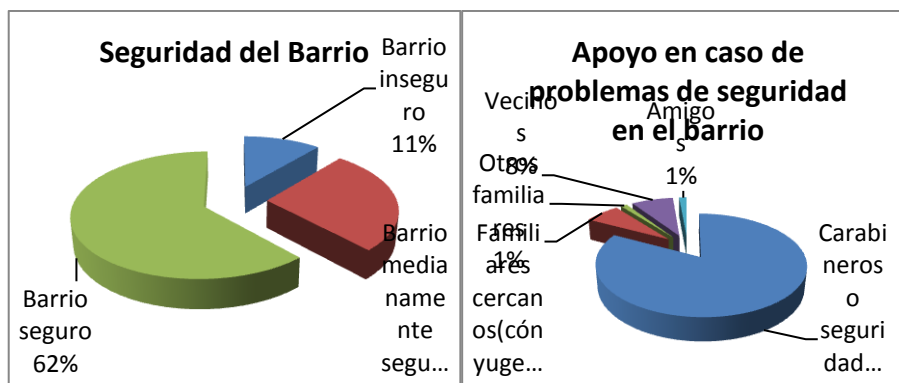
Relacionado con la situación habitacional, se les consultó a los encuestados sobre la condiciones de conservación de ésta. Tal como muestra el **gráfico 7.1.14.**, la mayoría (56%) declara que se encuentra en buen estado de conservación, lo que supone que está en buenas condiciones de habitabilidad y confort, protegiendo al grupo familiar del medio ambiente de manera adecuada y permanente (no presenta filtraciones, buen aislamiento, sin fisuras en las paredes, etc.). Al contrario, el 40% declara que la vivienda está en regular estado de conservación, lo que supone no garantizar una total protección del medio ambiente (grietas en los muros, el suelo es de cemento desnudo, presenta humedad, el aislamiento es insuficiente, etc.).

Gráfico 7.1.15.: Distribución de la muestra según comodidades del hogar.



Tal como muestra el **gráfico 7.1.15.**, las viviendas de las personas mayores investigadas cuentan en general con las principales comodidades. Destacan entre los enseres del hogar la tenencia frigorífico (nevera) y lavadora; la mayoría tiene y hace uso de la radio y de la televisión. No todos los encuestados cuentan con agua caliente en el hogar, lo que se explica por las buenas condiciones climáticas de la ciudad de Arica que no lo hacen indispensable. Finalmente, destaca el hecho que un 29% tenga un ordenador en su casa y un 20% cuente con conexión a internet. Los datos obtenidos no se diferencian mayormente con los datos nacionales, según la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010).

Gráficos 7.1.16. y 7.1.17.: Distribución de la muestra según seguridad del barrio y a quién recurriría en caso de problemas de seguridad del barrio.

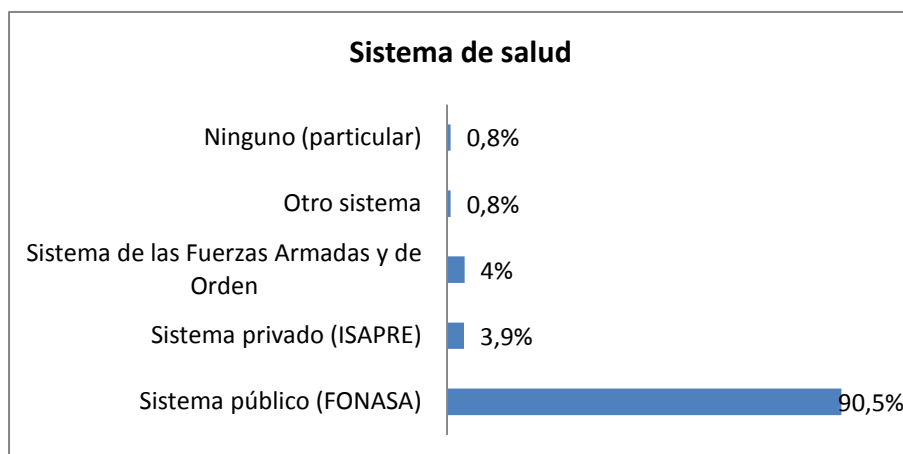


Tal como se observa el **gráfico 7.1.16.**, la mayoría (62%) declara residir en un barrio seguro, lo que supone que la persona mayor pueda caminar de noche por el barrio, transitar por la plaza ya sea de día o de noche, que no tema portar objetos de valor, dinero o documentos como tarjetas de crédito. En tanto, el **gráfico 7.1.17.** muestra a quiénes acudiría o solicitaría apoyo en caso de algún problema de seguridad en el barrio (delincuencia, menudeo de drogas, violencia, riesgo de ser víctima de un asalto, etc.). La mayoría (83%) acudiría a la policía (carabineros) o bien a la seguridad que brinda el municipio. También los vecinos (8%) son un fuente de apoyo en tales circunstancias y finalmente los familiares cercanos (7%).

A modo de síntesis, las personas de la muestra disfrutan, en términos generales, de las condiciones básicas y suficientes de habitabilidad, ya que la mayoría es propietaria de la vivienda, estas viviendas se encuentra en su mayoría en buen estado de conservación, están equipadas con las comodidades esenciales del hogar (electrodomésticos) y además dicen residir en barrios seguros que les permiten llevar una vida diaria normal sin preocupaciones asociadas a robos, actos delictivos, etc.

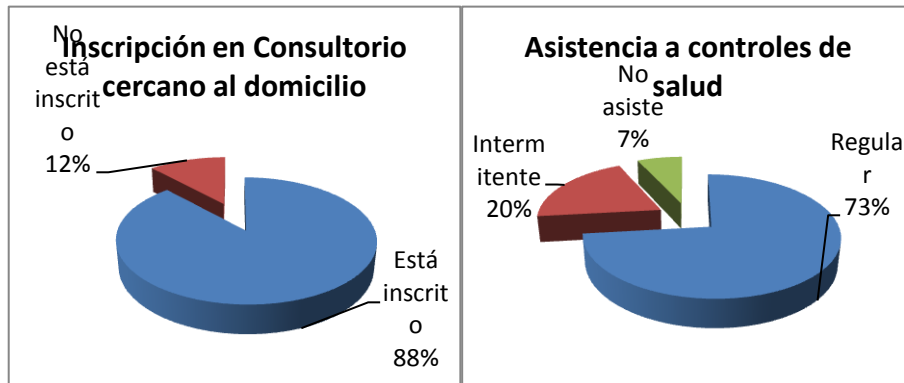
c) Antecedentes de salud.

El proceso de envejecimiento es indudablemente un hecho biológico, que supone un declive progresivo de las funciones orgánicas. Aunque no es sinónimo de enfermar, lo cierto es que aumentan las probabilidades de adquirir enfermedades a medida que aumenta la edad. Por tanto, los aspectos asociados a la salud cobran relevancia para las personas mayores. A continuación se describirán las principales variables del estudio en el ámbito de la salud.

Gráfico 7.1.18.: Distribución de la muestra según sistema de salud.

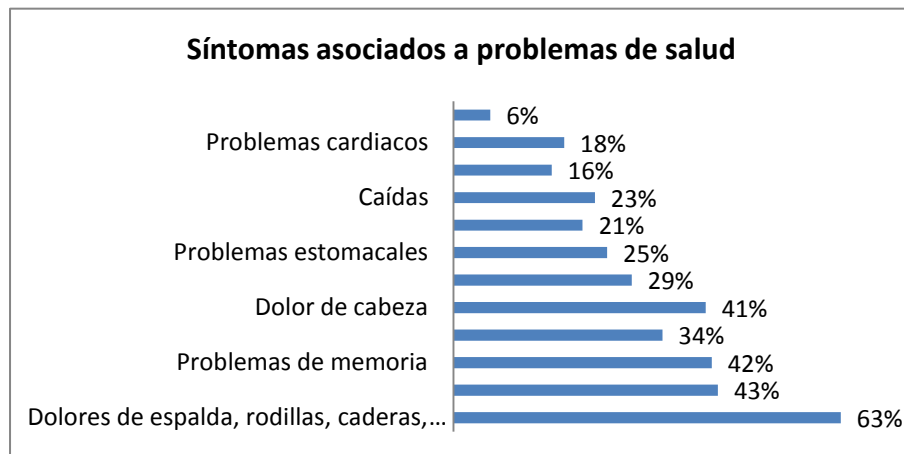
Tal como muestra el **gráfico 7.1.18.**, la mayoría (90,5%) de las personas mayores pertenecen al sistema público de FONASA. Ello se debe a las características solidarias e inclusivas del sistema, que no discrimina por edad y patologías pre-existentes. Además, se debe considerar que el 4% se atiende por el sistema de las fuerzas armadas y de seguridad, que también es un sistema de carácter público. Solo un 3,9% de los mayores se atiende bajo modalidad privada de ISAPRE. Al comparar los datos con los parámetros nacionales, según la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010), se advierte una distribución similar, ya que el 86% se atiende en el sistema público de FONASA, un 6% en el sistema privado de ISAPRE y un 3% pertenece al sistema de fuerzas armadas y de seguridad.

Gráficos 7.1.19. y 7.1.20.: Distribución de la muestra según inscripción en centro de salud y asistencia a controles médicos.



Tanto el **gráfico 7.1.19.** y el **7.1.20.** muestran una aceptable cobertura del sistema de salud en las personas mayores de la muestra, dando cuenta de que la mayoría se encuentra inscrito en el consultorio más cercano a su domicilio y tiene una asistencia regular a controles médicos.

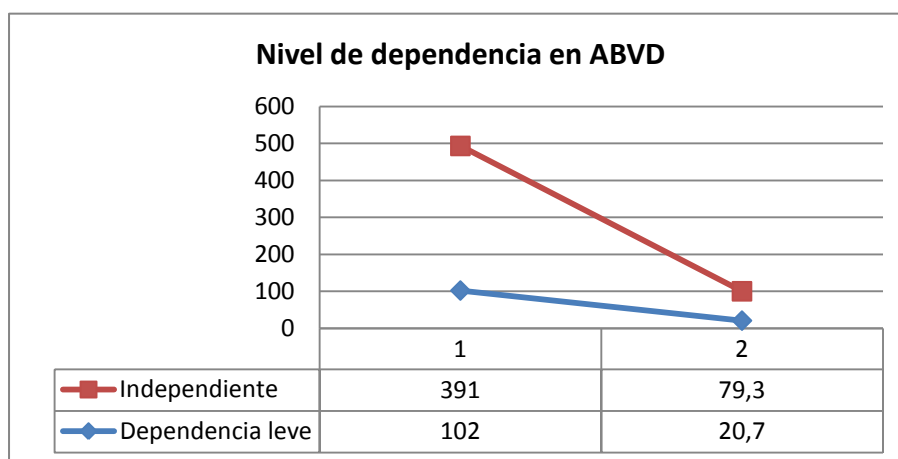
Gráfico 7.1.21.: Distribución de la muestra según síntomas asociados a problemas de salud en los últimos 6 meses.



Tal como muestra el **gráfico 7.1.21.**, los principales síntomas asociados a problemas de salud que afectan a las personas mayores de la muestra son dolores de espalda, rodillas, caderas, etc. (63%), problemas para dormir (43%), problemas de memoria (42%) y dolores de cabeza (41%). Destaca el hecho que un bajo porcentaje (6%) presenta problemas de continencia, ello concuerda con el hecho de que la mayoría de

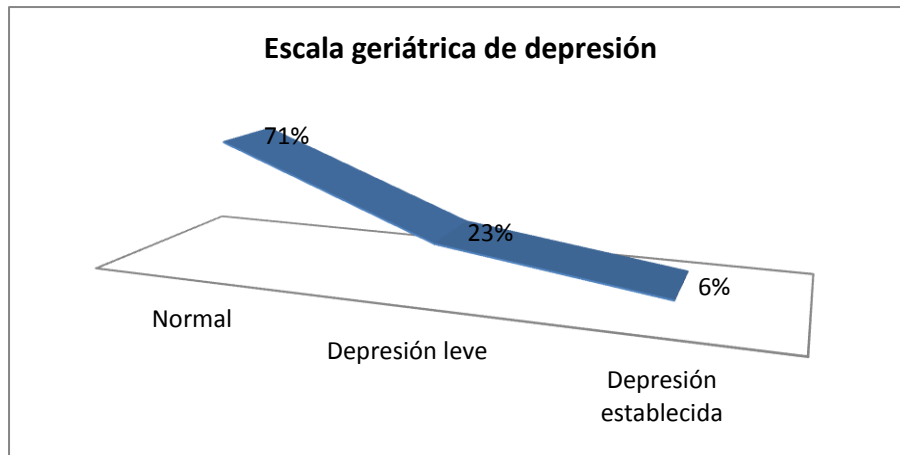
los miembros de la muestra no presentan problemas de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Al comparara los datos con los obtenidos en la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010) se advierten un distribución similar, ya que los datos nacionales indican que el 68% sufre de dolores de espalda, rodillas, caderas, etc., el 41% problemas para dormir, el 36% problemas de memoria y un 32% dolor de cabeza.

Gráfico 7.1.22.: Distribución de la muestra según nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria.



Se aplicó el Índice de Barthel (1965), escala de valoración del nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diría (descrita en la metodología). Tal como muestra el **gráfico 7.1.22.**, la mayoría (79,3%) de la muestra es aún independiente para realizar estas actividades y solo un 20,7% de los casos presenta una dependencia leve, principalmente en las actividades de deambular y subir/bajar escaleras. Estos datos concuerdan con las fuentes estatales (Ministerio de salud, 2006) que establecen que el 71,4% de las personas mayores en Chile no se encuentra en estado de dependencia.

Gráfico 7.1.23.: Distribución de la muestra según Escala Geriátrica de Depresión (GDS).



Se aplicó la versión abreviada de la Escala geriátrica de depresión de Brink (1982). Tal como muestra el **gráfico 7.1.23.** la mayoría (71%) de los mayores de la muestra no presenta síntomas depresivos, en tanto un 23% se encuentra en la categoría de depresión leve y un 6% depresión establecida.

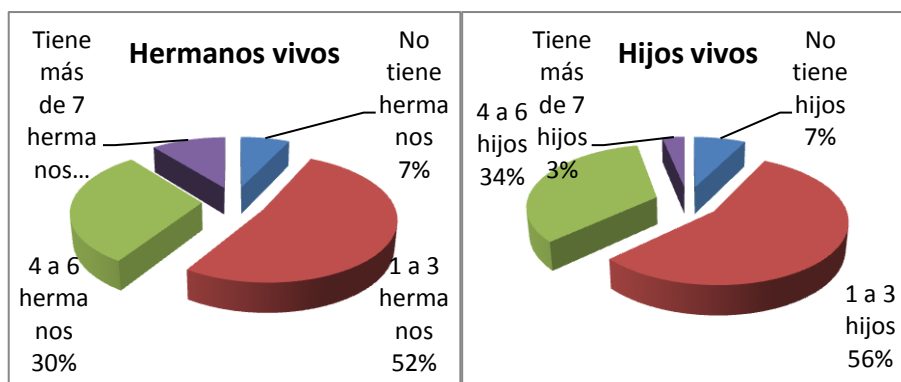
Resumiendo, los antecedentes de salud de la personas mayores de la muestra muestran indicadores diversos con una tendencia positiva. La mayoría pertenece al sistema público de atención de salud, igualmente la mayoría se encuentra inscrita en el consultorio más cercano a su domicilio y asiste de manera regular a controles médico. En términos de síntomas asociados a problemas de salud los más frecuentes son los dolores de espalda, rodillas, caderas, etc., seguidos de problemas para dormir y de memoria, y dolores de cabeza. La mayoría de las personas incluidas en la muestra son independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, aunque existe un porcentaje significativo de individuos que presentan dificultades para deambular y subir/bajar escalera. Por último, en el ámbito de la salud mental, la mayoría de las personas mayores de la muestra es susceptible de ser diagnosticada como un caso de

depresión grave, si bien no existe un porcentaje significativo de la muestra que presenta síntomas asociados a la depresión.

d) Situación familiar.

El contexto familiar en la vejez constituye un factor protector que permite sobrellevar un envejecimiento exitoso y saludable. Siendo el tema central de esta investigación el apoyo social, los datos confirman que el contexto familiar constituye la principal fuente de apoyo en la vejez. A continuación se analizarán las principales variables relacionadas con las familias de la muestra objeto de estudio, enfatizando la composición de las mismas.

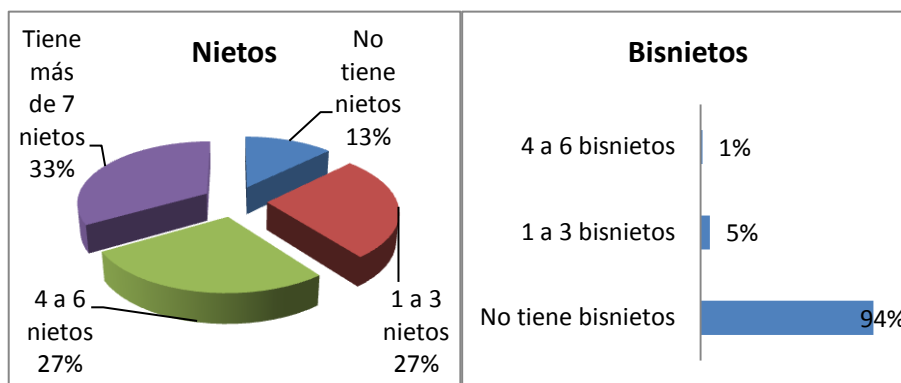
Gráficos 7.1.24. y 7.1.25.: Distribución de la muestra según tenencia de hermanos e hijos vivos.



Tal como muestra el **gráfico 7.1.24.**, pese a tratarse de personas mayores (ancianas) la mayoría (93%) cuenta con 1 ó más hermanos vivos, destacando el hecho de que el 52% tenga entre 1 a 3 hermanos y el 30% entre 4 a 6 hermanos. El **gráfico 7.1.25.**, igualmente muestra que la mayoría de los individuos tiene hijos (93%), de esta manera un 56% de la muestra tiene entre 1 y 3 hijos y el 34% entre 4 y 6 hijos. Estos datos muestran estructuras familiares amplias en las personas mayores. Al comparar los datos de la muestra con los nacionales, según la “Encuesta Nacional de Calidad de vida

en la Vejez” (2010), se advierten similitudes ya que el 85% del total nacional tiene hermanos vivos y un 92% tiene hijos.

Gráficos 7.1.26. y 7.1.27.: Distribución de la muestra según tenencia de nietos y bisnietos.



Los **gráficos 7.1.26. y 7.1.27.** muestran la tenencia de nietos y bisnietos de los casos investigados. Se puede observar que la mayoría de los mayores tiene nietos (87%) y sin embargo solo el 6% tiene bisnietos. Especialmente relevante es el dato del número de nietos, ya da cuenta de un soporte familiar significativo en los mayores. Al comparar los datos con los nacionales, según la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010), se advierte un similitud dado que el 93% de las personas mayores en Chile tiene nietos.

e) Participación en actividades sociales.

La participación en actividades sociales o de ocio le permite a la persona mayor vincularse e interactuar con otros, y constituye en sí un factor protector de la vejez. Por ese motivo, en el presente estudio este conjunto de variables tiene una alta relevancia. A continuación, se ofrecen los datos descriptivos de la muestra objeto de estudio en cuanto a la participación en actividades de ocio y /o sociales.

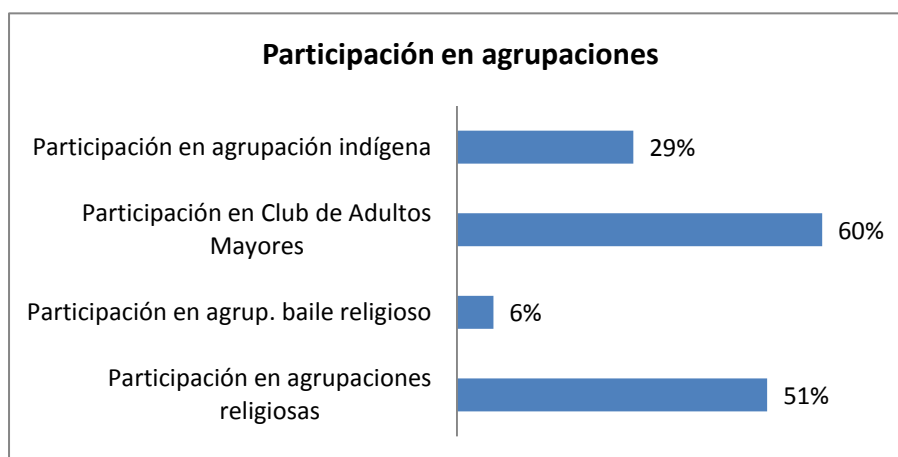
Tabla 7.1.1.: Distribución de la muestra según actividades que realiza diariamente.

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Leer un libro, periódico	Frecuentemente	47%
	Ocasionalmente	35%
	Nunca o casi nunca	18%
Hacer ejercicios	Frecuentemente	42%
	Ocasionalmente	34%
	Nunca o casi nunca	24%
Visitar amigos, parientes	Frecuentemente	36%
	Ocasionalmente	45%
	Nunca o casi nunca	19%
Ver televisión	Frecuentemente	66%
	Ocasionalmente	28%
	Nunca o casi nunca	6%
Escuchar radio	Frecuentemente	68%
	Ocasionalmente	26%
	Nunca o casi nunca	6%
Caminar	Frecuentemente	64%
	Ocasionalmente	30%
	Nunca o casi nunca	6%
Jugar con otras personas	Frecuentemente	15%
	Ocasionalmente	26%
	Nunca o casi nunca	59%
Cuidar niños	Frecuentemente	16%
	Ocasionalmente	24%
	Nunca o casi nunca	60%
Hacer manualidades	Frecuentemente	29%
	Ocasionalmente	21%
	Nunca o casi nunca	50%
Hacer recados o gestiones	Frecuentemente	36%
	Ocasionalmente	35%
	Nunca o casi nunca	29%
Hacer las compras	Frecuentemente	50%
	Ocasionalmente	40%
	Nunca o casi nunca	10%
Viajar	Frecuentemente	26%
	Ocasionalmente	39%
	Nunca o casi nunca	35%

Tal como muestra la **tabla 7.1.1.**, las actividades que realizan con mayor frecuencia los mayores de la muestra son escuchar radio, ver televisión, caminar, hacer las compras,

leer y hacer ejercicios. Destaca el hecho, de que la mayoría de las personas mayores de la muestra declara realizar de manera poco frecuente actividades asociadas al cuidado de niños y relacionado con ello juegos, lo que refuta la premisa de que una de las principales formas de apoyo social en mayores sea el cuidado de nietos.

Gráfico 7.1.28.: Distribución de la muestra según participación en agrupaciones sociales.



Finalmente, tal como muestra el **gráfico 7.1.28.**, las personas mayores que conforman la muestra tienen una alta participación en actividades sociales, destacando la adherencia a los grupos (clubes) de pares, dado que el 60% se encuentra inscrito en un club y además el 51% declara participar en grupos de iglesia (sea católica, evangélica, etc.), en tanto la participación en agrupaciones de baile religioso es baja (6%), pudiéndose explicar por el grupo de edad en estudio. Se les consultó a quienes se declaran pertenecientes a una etnia chilena y el 29% de estos casos dice participar en agrupaciones indígenas. Al comparar los datos con los obtenidos en la “Encuesta Nacional de Calidad de vida en la Vejez” (2010), el panorama nacional da cuenta de menores cifras de participación, dado que el 18% participa en un club de adultos mayores, un 25% en grupos religiosos o de iglesia y un 3,5% en grupos culturales o folclóricos.

Sintetizando, los mayores que conforman la muestra realizan principalmente actividades relacionadas con el hogar (ver televisión, escuchar radio, etc.) y muestran altos índices de participación en agrupaciones sociales.

7.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.

Una vez descritas las principales características de la muestra y su equivalencia en la población en general, el presente epígrafe se centrará en las variables centrales de la tesis doctoral, a saber, aquellas relacionadas con el apoyo social. Para ello, y en primer lugar, se describirán el tamaño, la composición y la frecuencia de contactos sociales existentes, es decir, los aspectos estructurales de las redes de apoyo. En segundo lugar, se incorporarán los datos descriptivos de los aspectos funcionales del apoyo social, a saber, el tipo de apoyo que se ofrece y se recibe por parte de las personas mayores (emocional, informacional y material). Finalmente, se establecerá el grado de satisfacción general con las diversas fuentes de apoyo y sus diferentes tipos.

- ASPECTOS ESTRUCTURALES.

a) Tamaño de la red.

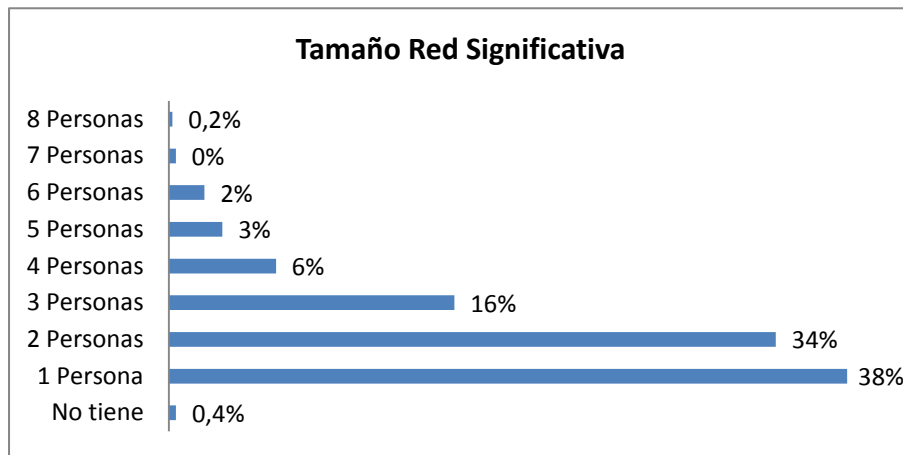
Tabla 7.2.1.: Estadística descriptiva del tamaño de la Red Significativa.

Tamaño Red	Media	Desv. típ.	Rango
Muestra de PM	2,09	1,221	0-8

La **tabla 7.2.1.**, muestra los datos descriptivos del tamaño de la red significativa de las personas mayores, en otras palabras a quién acudiría en caso de requerir apoyo

emocional, instrumental e informacional. La media del tamaño de la red de la muestra es de 2,09 con una desviación típica de 1,2. El número máximo de miembros significativos mencionados es de 8, siendo importante indicar que solo dos personas entrevistadas señalan no contar con redes significativas de apoyo.

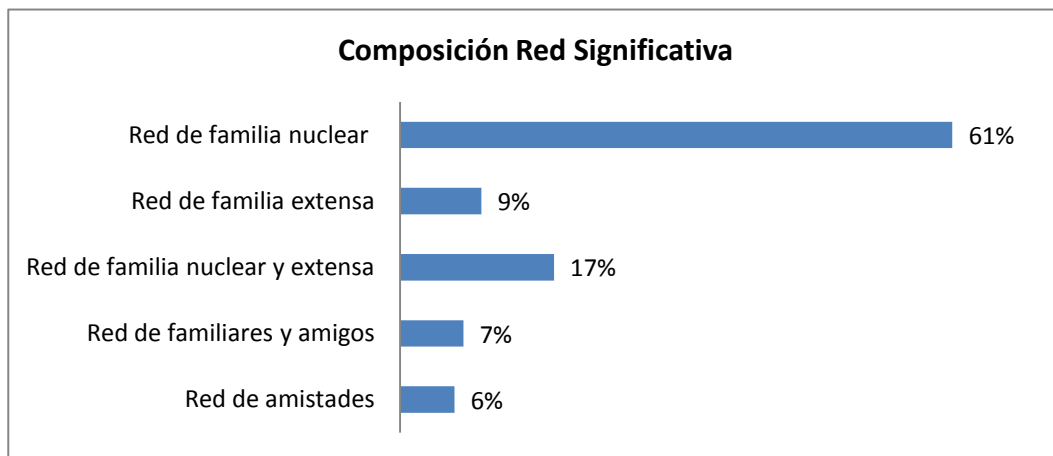
Gráfico 7.2.1.: Distribución de la muestra según tamaño de su Red Significativa.



Tal como muestra el **gráfico 7.2.1.**, el 72% de la muestra tiene una red significativa que va entre 1 a 2 personas, lo que da cuenta de redes pequeñas y que están por debajo de lo indicado por otros estudios que manejan una muestra nacional y que establecen redes significativas de 4 personas (Huenchuan y Sosa, 2002). Igualmente, no se observan en la muestra diferencias significativas según género, salvo que los casos que indican contar con redes entre 7 a 8 personas que corresponden a redes femeninas.

b) Composición de la red.

Gráfico 7.2.2.: Distribución de la muestra según composición de su Red Significativa.



En base al Cuestionario de apoyo Social Percibido (Musitu, Gracia y Herrero, 2002), los sujetos de la muestra nombraron sus relaciones sociales significativas para el afrontamiento de situaciones cotidianas. Tal como muestra el **gráfico 7.2.2.**, el 87% de la muestra declara tener redes significativas conformadas exclusivamente por familiares, destacando el hecho de que el 61% se centra en la familia nuclear al nombrar a su cónyuge y/o hijos (as). Sin embargo, no se advierten diferencias significativas por sexo, salvo el hecho que el 65% de los hombres declara contar con redes significativas centradas en la familia nuclear versus un 59% de las mujeres. Un 6% de la muestra solo nombra amigos como redes significativas, igualmente no se advierten diferencias por sexo significativas en esta categoría.

Al analizar la distribución según el estado civil, se advierten algunas diferencias. En el caso de los que **conviven**, el 80% de sus redes significativas son miembros de la

familiar nuclear. La distribución es mucho más homogénea para el caso de las personas solteras, que constituyen el grupo que más nombra a familiares y amigos.

Los datos concuerdan con lo señalado por los diversos autores (Connidis, 1994; Domingo, Maruja y Kabamalan, 1993; Kending, Hashimoto y Coppard, 1992; Siriboon, Siriwan y Knodel, 1993, entre otros) en el sentido de que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo social en la vejez. Sin embargo no fue posible comprobar en la muestra diferencias significativas según sexo, estado civil y tenencia de hijos (as).

c) Frecuencia del contacto.

Tabla 7.2.2.: Distribución de la muestra según frecuencia de contacto con redes informales (no institucionales).

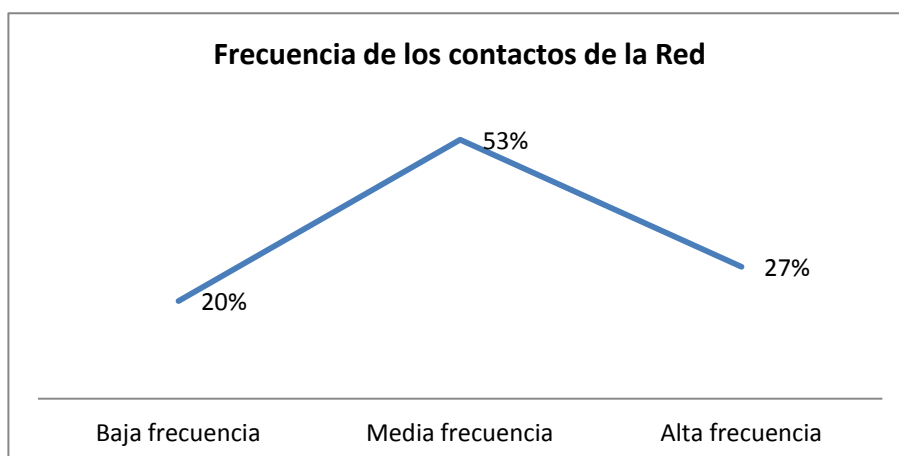
FRECUENCIA CONTACTO	MIEMBRO	PORCENTAJE
1 vez a la semana o más	Cónyuge	86%
	Vecinos	63%
	Hijos	62%
	Compañeros	55%
	Amigos	51%
	Familiares	41%
1 ó 2 veces al mes	Familiares	33%
	Hijos	27%
	Amigos	26%
	Compañeros	23%
	Vecinos	13%
	Cónyuge	5%
Menos de 1 vez al mes	Familiares	26%
	Vecinos	24%
	Amigos	23%
	Compañeros	22%
	Hijos	11%
	Cónyuge	9%

La **tabla 7.2.2.**, muestra en términos generales que las personas mayores de la muestra tienen una alta frecuencia de contactos con sus grupos informales,

destacando nuevamente las relaciones con la familia nuclear y extensa. Es relevante que los datos muestran que en la categoría de contactos frecuentes (1 vez a la semana o más) tras el cónyuge/ pareja, son los vecinos los más frecuentados, seguidos por los hijos. No es de extrañar que los vecinos ocupen el segundo lugar en términos de frecuencia del contacto, ya que, tal y como explicaba Cantor (1975), esta fuente cumple un rol importante de apoyo en situaciones cotidianas dada su cercanía, accesibilidad y disponibilidad.

Finalmente, en cuarto lugar aparecen los compañeros de agrupación. Este dato es relevante, demostrando que la muestra tiene una alta participación en agrupaciones sociales, dado que ven de manera más regular a sus compañeros de grupo, generalmente una vez a la semana, que a quienes consideran amigos y que a los familiares extensos.

Gráfico 7.2.3.: Distribución de la muestra según la frecuencia con los contactos totales de la red.



Tal como muestra el **gráfico 7.2.3.**, si se analizan las frecuencias en las relaciones establecidas con el total de contactos informales (cónyuge, hijos, familia, amigos, vecinos y compañeros de agrupación) se advierte que el 53% declara ver a estas

personas 1 ó 2 veces al mes (media frecuencia) y un 27% los ve 1 vez a la semana o más (alta frecuencia).

Resumiendo los aspectos estructurales de las redes de apoyo social en las personas mayores investigadas, se advierte que el tamaño de la red significativa es relativamente pequeño y centrado en miembros de la familia nuclear y extensa. Pese a ello, en los resultados obtenidos en la aplicación del inventario de recursos sociales, se observa que las personas mayores de la muestra no solo cuentan con redes familiares (cercanas y extensas), sino que además reciben apoyo de vecinos, amigos y compañeros de agrupación. Por tanto, en términos de frecuencia de los contactos sociales, que suelen ser altas, se presentan tanto con familiares como con no familiares.

- ASPECTOS FUNCIONALES.

a) Tipo de apoyo social que reciben las personas mayores.

Al analizar por separado los tipos de apoyo social que reciben los mayores, como muestra la **tabla 7.2.3.**, se comprueba que en el caso del **apoyo emocional** las principal fuente emisora es la familia, destacando la figura de los hijos, seguido del cónyuge o pareja y otros familiares extensos. Estos datos son congruentes con los encontrados por Domínguez (1991) en Santiago de Chile, la capital del país, así como con otros estudios como el de Krause, Liang y Keith (1990) realizado en Inglaterra.

Tabla 7.2.3.: Distribución de la muestra según el tipo de apoyo social otorgado por las fuentes informales.

	Miembro Red	Porcentaje
A. Emocional	Hijos	92%
	Cónyuge	88%
	Familiares	84%
	Amigos	68%
	Compañeros	57%
	Vecinos	37%
A. Instrumental	Amigos	78%
	Cónyuge	48%
	Hijos	45%
	Compañeros	26%
	Familiares	22%
	Vecinos	12%
A. Informativa	Vecinos	66%
	Compañeros	44%
	Amigos	38%
	Hijos	27%
	Cónyuge	25%
	Familiares	24%

En el **apoyo instrumental**, se constata que la principal fuente son los amigos, apareciendo en segundo lugar los familiares cercanos con el cónyuge y los hijos. Que los amigos ocupen el primer lugar en la entrega de apoyo instrumental tiene su explicación, como señalan Larson, Mannell y Zuzanek (1986), en el hecho de ofrecer un espacio de apertura, reciprocidad y retroalimentación, distinto al otorgado por la familia (Antonucci y Jackson, 1990).

Finalmente, el **apoyo informativo** suele ser ofrecido por no familiares, principalmente vecinos. Otros emisores relevantes en este apoyo son los compañeros de agrupación y las amistades, lo que nuevamente confirma la propuesta de Cantor (1975) en torno a la disponibilidad de los vecinos en situaciones cotidianas.

b) Reciprocidad del apoyo social.

Las personas mayores no solo son receptoras de apoyo social, sino que son una fuente importante de apoyo para quienes conforman su red social. A través del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Musitu, Gracia y Herrero, 2002) se midió el alcance de la reciprocidad en términos de apoyo social en el ámbito de las redes significativas para las personas mayores en nuestra muestra. De esta manera se realizará un análisis de la reciprocidad de tres tipos de apoyo: emocional, consejo e instrumental.

Tabla 7.2.4.: Distribución de la muestra según Reciprocidad del Apoyo Emocional.

		Cónyuge	Hijos	Hermanos	Nietos	Otros fliares.	Amigos
RECIPROCIDAD EMOCIONAL	Bastante/ Casi siempre	94%	75%	76%	73%	66%	77%
	Algunas veces	6%	20%	12%	23%	31%	20%
	Nunca/ pocas veces		5%	12%	4%	3%	3%

En la **tabla 7.2.4.**, no se advierten diferencias relevantes entre familiares cercanos, extensos y amistades en la reciprocidad del apoyo emocional (en caso de que esta persona se encontrara preocupada, deprimida o tuviera problemas personas, familiares, etc.). No obstante, los datos ponen de manifiesto que la reciprocidad es mayor en el caso del apoyo emocional relacionado con la pareja/cónyuge. En términos generales, los mayores se consideran una fuente de apoyo social emocional relevante para quienes conforman su red significativa.

Considerando que un porcentaje significativo de la muestra está conformado por mujeres, se confirma la premisa de que éstas son las principales proveedoras de apoyo social para sus cónyuges y/o parejas (Campbell, 1980; Kahn y Antonucci, 1983; Scott y Wenger, 1995; Veroff, Douvan y Kulja, 1981).

Tabla 7.2.5.: Distribución de la muestra según Reciprocidad del Consejo.

			Cónyuge	Hijos	Hermanos	Nietos	Otros fliares.	Amigos
RECIPROCIDAD CONSEJO	Bastante/ siempre	Casi	91%	77%	72%	70%	59%	70%
	Algunas veces		7%	12%	16%	26%	27%	25%
	Nunca/ pocas veces		2%	11%	12%	4%	14%	5%

En la **tabla 7.2.5.**, igualmente no se observan diferencias significativas entre familiares cercanos, extensos y amistades en la reciprocidad del consejo (en caso de que esta persona necesitara consejo, resolver algún problema o tomar una decisión importante), salvo que la mayoría (91%) declara retribuir más consejo a su cónyuge/pareja por encima de los otros miembros de su red significativa. En términos generales, los componentes de la muestra se reconocen como una fuente de consejo para los miembros de su red personal.

Tabla 7.2.6.: Distribución de la muestra según Reciprocidad del Apoyo Instrumental.

			Cónyuge	Hijos	Hermanos	Nietos	Otros fliares.	Amigos
RECIPROCIDAD INSTRUMENTAL	Bastante/ siempre	Casi	92%	81%	79%	68%	57%	71%
	Algunas veces		7%	12%	14%	28%	32%	22%
	Nunca/ pocas veces		1%	7%	7%	4%	11%	7%

Tampoco en la **tabla 7.2.6.**, se advierten diferencias significativas entre familiares cercanos, extensos y amistades en la reciprocidad del apoyo instrumental (es decir, en caso de que esta persona se encontrara enferma, necesitara dinero, que alguien la llevara algún sitio, cuidaran de su casa o los niños, etc.). Un dato interesante es que de los tres tipos de apoyo que dicen retribuir los mayores a sus hijos, es el instrumental el más alto con un 81%. Al igual que en las tablas anteriores son los cónyuges o parejas a quienes más se les retribuye el apoyo. En términos generales, los miembros de la

muestra se reconocen como una fuente de apoyo instrumental para los miembros de su red personal.

Que los hijos reciban principalmente apoyo instrumental se explica, tal como señalan Huenchuan y Sosa (2002) y Chappell y Funk (2011), porque las personas mayores se dedican al cuidado de los nietos para que sus hijos puedan realizar actividades económicas (trabajo) y relacionadas con el ocio.

En resumen, los datos relacionados con los aspectos funcionales del apoyo social ponen de manifiesto, en términos generales, que las personas mayores reciben y dan apoyo social a quienes conforman sus redes sociales. Cuando se trata del apoyo social que reciben, si este es emocional es principalmente entregado por familiares, cuando se trata apoyo instrumental son los amigos los principales emisores y, de igual manera, el apoyo informacional suele ser entregado por no familiares, destacando la figura de los vecinos. Y cuando se trata de la reciprocidad del apoyo social, las personas mayores no hacen distinción entre familiar cercano, extenso y amistades. No obstante es a la pareja a quien más le retribuyen con apoyo emocional y consejo, y a los hijos con apoyo de carácter instrumental.

- SATISFACCIÓN DEL APOYO SOCIAL RECIBIDO

En la **tabla 7.2.7.**, se advierte un alto nivel de satisfacción con las relaciones establecidas por parte de las personas mayores de la muestra con las diversas redes informales. Nuevamente destacan los hijos, seguido de la pareja/cónyuge como las relaciones más satisfactorias. En general la evaluación negativa de los contactos no

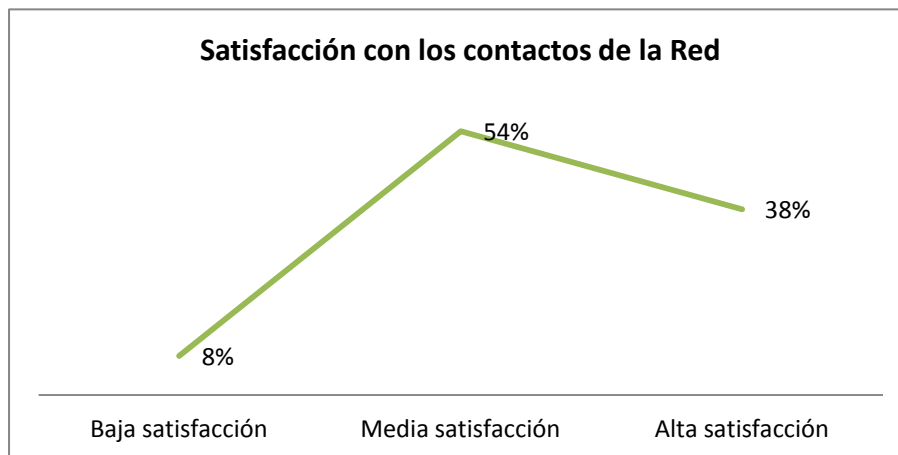
sobrepasa el 4%, destacando el hecho de que nadie declara tener una mala relación con los compañeros/as de agrupación.

Tabla 7.2.7.: Distribución de la muestra según satisfacción general de la relación establecida con las fuentes informales.

CÓNYUGE	Buena	76%
	Normal	20%
	Mala	4%
HIJOS	Buena	81%
	Normal	18%
	Mala	1%
FAMILIARES	Buena	59%
	Normal	39%
	Mala	2%
AMIGOS	Buena	57%
	Normal	42%
	Mala	1%
VECINOS	Buena	50%
	Normal	48%
	Mala	2%
COMPAÑEROS	Buena	67%
	Normal	33%
	Mala	

Una posible explicación a esta evaluación positiva de las relaciones sociales es que las personas mayores evalúan que el intercambio del apoyo social es asimétrico, es decir ello reciben más apoyo social del que dan (Kaye y Monk, 1991).

Gráfico 7.2.4.: Distribución de la muestra según grado de Satisfacción con los contactos de la red.



En el **gráfico 7.2.4.**, es posible observar el grado de satisfacción general con los contactos establecidos en el seno de las redes informales (cónyuge, hijos, familia, amigos, vecinos y compañeros de agrupación). Siguiendo la tendencia apuntada anteriormente, se advierte que el grado de insatisfacción es bajo. En todo caso sobresale el nivel medio de satisfacción con un 54%, y un 38% de los casos declara tener una alta satisfacción en términos generales.

En resumen, cuando se trata de evaluar la satisfacción de las relaciones sociales que establecen las personas mayores de la muestra se aprecian resultados positivos, dado que la mayoría se siente satisfecho con los vínculos establecidos con sus redes informales, ya sean familiares o no familiares.

7.3. EL APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACION CON LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RELACIONADAS CON LA SALUD.

Una vez caracterizada la muestra y los aspectos estructurales y funcionales de las redes de apoyo, así como la satisfacción con el apoyo social, en el presente epígrafe se aborda la relación existente entre el apoyo social, en sus diversas dimensiones, y las principales características sociodemográficas y de salud de la muestra. Para ello, se utilizarán las técnicas de análisis bivariado adecuadas al nivel de medición de las variables resultantes de la aplicación de los cuestionarios de apoyo social descritos en el apartado correspondiente.

De esta manera, en un primer momento se considerarán las asociaciones estadísticas resultantes del análisis de las variables derivadas de la aplicación del Inventario de Recursos Sociales en Personas Mayores de Díaz Veiga (1985). En este sentido, el objetivo de nuestro análisis está constituido por las relaciones existentes entre las distintas variables sociodemográficas y de salud propias de nuestra muestra (sexo, rango de edad, estado conyugal, estructura familiar, ocupación, religiosidad, participación comunitaria en club de adultos mayores y salud mental y física) y las fuentes y tipos de apoyo social.

En un segundo momento, nuestro análisis se ocupará del papel jugado por la red de apoyo significativa para los individuos, medido a través del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Musitu, Gracia y Herrera, 2002). En este sentido, se abordarán las relaciones existentes entre un número de variables sociodemográficas y de salud (Edad, escolaridad, número de personas co-residentes, números de hijos, números de

hermanos y número de sobrinos, salud mental y física) y la percepción de apoyo social y su reciprocidad.

Para facilitar la lectura, se señalan únicamente aquellas asociaciones estadísticamente significativas ($p=0,05$).

7.3.1. ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE FUENTES DE APOYO SOCIAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD, EN FUNCIÓN DEL TIPO DE APOYO.

a) Sexo.

Hipótesis 1: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores en función del sexo.

Se encuentran diferencias significativas en función del **sexo** cuando los emisores del apoyo emocional son los compañeros de agrupación ($X^2= 9,25$; $p=0,00$). En este sentido, los compañeros de agrupación brindan más apoyo social emocional a las mujeres (82%). Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas cuando los emisores son el cónyuge ($X^2=0,20$; $p=0,89$), los hijos ($X^2=0,70$; $p=0,79$), los familiares ($X^2=0,22$; $p=0,88$), los amigos ($X^2=2,49$; $p=0,11$) y los vecinos ($X^2=0,65$; $p=0,41$).

Cuando se trata del apoyo instrumental, no se encuentran diferencias significativas en función de **sexo** en ninguna de las fuentes informales, ya sea en el caso del cónyuge ($X^2=0,58$; $p=0,45$), los hijos ($X^2=2,01$; $p=0,16$), los familiares ($X^2=3,03$; $p=0,08$), los amigos ($X^2=0,73$; $p=0,78$), los vecinos ($X^2=0,025$; $p=0,87$) y los compañeros de agrupación ($X^2= 1,01$; $p=0,31$).

Finalmente, en la entrega del apoyo informacional en función del sexo se encuentran diferencias significativas cuando el apoyo es proporcionado por las amistades ($X^2= 3,58$; $p= 0,05$) y los compañeros de agrupación ($X^2= 4,55$; $p=0,03$). En ambos casos, las

fuentes no familiares entregan más apoyo informacional a las mujeres (amistades un 61% y compañeros de agrupación 70%). No se encuentran diferencias significativas en el resto de la fuentes informales, tales como el cónyuge ($X^2=0,00$; $p=0,96$), los hijos ($X^2=0,00$; $p=0,99$), los familiares ($X^2=0,42$; $p=0,52$) y los vecinos ($X^2=0,025$; $p=0,87$).

A modo de síntesis, los datos indican que el apoyo emocional e informacional se asocian con el sexo, cuando las fuentes de apoyo social no son familiares, es decir compañeros de agrupación y amigos. Además esta relación es favorable para las mujeres, quienes resultan ser más apoyadas que los hombres de la muestra. Finalmente, el apoyo instrumental es independiente del sexo.

b) Rango de edad.

Hipótesis 2: A mayor edad, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Se advierten diferencias significativas en apoyo emocional en función del rango de edad cuando los emisores son fuentes no familiares, como es el caso de los vecinos ($X^2=14,19$; $p= 0,03$) y los compañeros de agrupación ($X^2=9,91$; $p=0,01$). Al analizar por grupo de edad, el que recibe más apoyo emocional por parte de estas fuentes son las personas mayores que tienen entre 70 y 79 años de edad (vecinos un 53,1% y compañeros un 50%). Sin embargo, no se advierten diferencias significativas en las restantes fuentes informales, tales como el cónyuge ($X^2=4,36$; $p=0,22$), los hijos ($X^2=5,59$; $p=0,13$), los familiares ($X^2=3,71$; $p=0,29$) y los amigos ($X^2=2,86$; $p=0,41$).

Al analizar el apoyo instrumental en función del rango de edad, se observan diferencias significativas cuando es emitido por los compañeros de agrupación ($X^2=11,02$; $p=0,01$). El grupo de edad que recibe más apoyo instrumental de sus

compañeros son los que tienen entre 60 y 69 años de edad (54%). Empero, no hay diferencias significativas en las restantes fuentes, ya sea el cónyuge ($X^2=2,83$; $p=0,42$), los hijos ($X^2=7,14$; $p=0,67$), los familiares ($X^2=5,87$; $p=0,11$), los amigos ($X^2=4,41$; $p=0,22$) y los vecinos ($X^2=2,95$; $p=0,39$).

Por último, al analizar el apoyo informacional en función del rango de edad, se advierten diferencias significativas cuando los emisores son los familiares ($X^2=8,88$; $p=0,03$) y los amigos ($X^2=9,04$; $p=0,29$). Los grupos de edad que reciben más apoyo informacional son el de 60 a 69 años cuando es emitido por lo familiares (40%) y el de 70 a 79 años cuando es emitido por las amistades (42,4%). Por otro lado, no hay diferencias significativas cuando el apoyo es emitido por el cónyuge ($X^2=5,44$; $p=0,14$), los hijos ($X^2=0,65$; $p=0,88$), los vecinos ($X^2=3,54$; $p=0,31$) y los compañeros de agrupación ($X^2=5,00$; $p=0,17$).

En resumen, los datos indican que el apoyo social (emocional, instrumental e informacional) se asocia con la edad (analizada por grupos). Al contrario de lo esperado (a mayor edad mayor sería el apoyo en sus tres funciones), los datos indican que los grupos más apoyados son el de 60 a 69 años y el 70 a 79 años.

c) Estado conyugal.

Hipótesis 3: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores con pareja y sin pareja.

La variable estado conyugal fue agrupada en dos categorías: las personas mayores con pareja (casados y los convivientes) y sin pareja (viudos, solteros, separados de hecho y divorciados). De esta manera, al analizar el apoyo emocional en función de la variable

conyugal, se advierten diferencias significativas cuando el apoyo es entregado por el cónyuge ($X^2=22,48$; $p=0,00$) y los vecinos ($X^2=4,57$; $p=0,03$). Tal y como cabía esperar, los datos indican que las personas mayores con pareja reciben más apoyo emocional de sus cónyuges (90,3%) y cuando se trata de personas mayores sin pareja reciben más apoyo emocional de sus vecinos (53%). No se advierten diferencias significativas cuando se trata de los hijos ($X^2=1,23$; $p=0,26$), los familiares ($X^2=0,00$; $p=0,95$), los amigos ($X^2=0,54$; $p=0,46$) y los compañeros de agrupación ($X^2=0,10$; $p=0,74$).

En cuanto al apoyo instrumental en función de la variable considerada, se observan diferencias significativas cuando los emisores son los hijos ($X^2=9,33$; $p=0,00$), los amigos ($X^2=5,94$; $p=0,01$) y los compañeros de agrupación ($X^2=4,43$; $p=0,03$). Cuando se trata de personas mayores sin pareja son los hijos quienes entregan más apoyo instrumental (52%), en cambio cuando se trata de personas mayores con pareja son las fuentes no familiares quienes movilizan en mayor medida este tipo de apoyo (amigos un 65% y los compañeros un 66%). No hay diferencias significativas si las fuentes de apoyo son el cónyuge ($X^2=0,40$; $p=0,52$), los familiares ($X^2=3,10$; $p=0,07$) y los vecinos ($X^2=0,00$; $p=0,94$).

Finalmente, en el apoyo informacional en función de la variable conyugal solamente hay diferencias significativas cuando los emisores son los compañeros de agrupación ($X^2=4,56$; $p=0,03$). En esta situación los compañeros brindan más apoyo informacional a las personas mayores sin pareja (51%). Sin embargo, no hay diferencias significativas para las restantes fuentes informales como el cónyuge ($X^2=2,21$; $p=0,13$), los hijos ($X^2=0,37$; $p=0,84$), los familiares ($X^2=2,82$; $p=0,09$), los amigos ($X^2=2,61$; $p=0,10$) y los vecinos ($X^2=0,19$; $p=0,89$).

Resumiendo, el apoyo social (emocional, instrumental e informacional) se asocia con el estado civil (agrupado en tiene o no tiene pareja). Los datos indican que cuando se trata del apoyo emocional, las personas mayores con pareja reciben más apoyo de familiares (cónyuge), en cambio cuando se trata de apoyo instrumental las personas sin pareja reciben más apoyo de familiares (hijos) y finalmente, en el apoyo informacional las personas mayores sin pareja reciben más apoyo de no familiares (compañeros).

d) Estructura familiar.

Hipótesis 4: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que pertenecen a familias nucleares, aquellas que pertenecen a familias extensas y grupo familiar y/o amistades.

La variable “estructura familiar” fue agrupada en tres categorías, a saber, familias nucleares (familia unipersonal, nuclear con y sin hijos), familias extensas y grupo familiar y/o amistades.

En el análisis del apoyo emocional en función de la estructura familiar resultan diferencias significativas cuando éste es entregado por el cónyuge ($X^2=19,13$; $p=0,01$).

Los datos indican que las personas mayores que pertenecen a estructuras familiares nucleares reciben más apoyo emocional por parte de su cónyuge (58,3%). Sin embargo, no hay diferencias significativas en el resto de las fuentes, como los hijos ($X^2=7,17$; $p=0,51$), los familiares ($X^2=6,77$; $p=0,56$), las amistades ($X^2=11,62$; $p=0,16$), los vecinos ($X^2=11,62$; $p=0,16$) y los compañeros de agrupación ($X^2=5,74$; $p=0,56$).

Cuando se trata del apoyo instrumental en función de la estructura familiar resultan diferencias significativas con dos fuentes familiares, como es el caso de los hijos ($X^2=33,99$; $p=0,00$) y de resto de familiares ($X^2=22,73$; $p=0,00$). En ambas situaciones

son las personas mayores que pertenecen a estructuras familiares extensas quienes reciben más apoyo instrumental de sus hijos (46,2%) y de sus familiares no cercanos (44%). No hay diferencias significativas en emisores como el cónyuge ($X^2=4,93$; $p=0,76$), los amigos ($X^2=9,48$; $p=0,30$), los vecinos ($X^2=6,68$; $p=0,57$) y los compañeros de agrupación ($X^2=5,34$; $p=0,61$).

Finalmente, en el análisis del apoyo informacional en función de la estructura familiar no se observan diferencias significativa en ninguna de la fuentes informales consideradas, tales como cónyuge ($X^2=7,01$; $p=0,53$), hijos ($X^2=9,53$; $p=0,29$), familiares ($X^2=7,64$; $p=0,46$), amigos ($X^2=7,17$; $p=0,51$), vecinos ($X^2=7,20$; $p=0,51$) y compañeros de agrupación ($X^2=6,56$; $p=0,47$).

En suma, el apoyo emocional e instrumental se asocia con la estructura familiar, cuando los emisores son fuentes familiares (cercanas y extensas) y además se trata de estructuras netamente familiares (nucleares y extensas). Al contrario, el apoyo informacional es independiente de la estructura familiar.

e) Ocupación.

Hipótesis 5: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que ejercían ocupaciones elementales, labores domésticas y profesionales.

Otra variable socio-demográfica analizada fue la ocupación o profesión de la persona mayor en su vida laboral activa, que fue reagrupada en sus tres dimensiones más frecuentes: ocupaciones elementales (no cualificadas), labores domésticas y profesionales.

De esta manera, al analizar el apoyo emocional en función de la ocupación no se encuentran diferencias significativas en ninguna de las redes familiares, como el cónyuge ($X^2=2,30$; $p=0,31$), los hijos ($X^2=3,99$; $p=0,13$) o los familiares no cercanos ($X^2=4,12$; $p=0,12$) y en el caso de los vecinos ($X^2=0,15$; $p=0,92$). Sin embargo, hay diferencias significativas en fuentes no familiares, como los amigos ($X^2=5,74$; $p=0,05$) y los compañeros de agrupación ($X^2=12,24$; $p=0,00$). En el caso de las personas mayores que ejercían ocupaciones elementales reciben más apoyo emocional de sus amigos (46%) y quienes ejercían labores domésticas de sus compañeros de agrupación (44%).

En el apoyo instrumental, tampoco se observan diferencias significativas cuando se trata de las fuentes familiares, como el cónyuge ($X^2=0,30$; $p=0,85$), los hijos ($X^2=0,87$; $p=0,65$) y la familia no cercana ($X^2=3,24$; $p=0,19$). Lo mismo cabe decir en el caso de los vecinos ($X^2=2,42$; $p=0,29$) y de los compañeros de agrupación ($X^2=5,15$; $p=0,07$). Solo en la fuente no familiar de las amistades se aprecian diferencias significativas ($X^2=9,85$; $p=0,00$). En este sentido las personas mayores que ejercían ocupaciones elementales reciben más apoyo instrumental de sus amistades (57%).

Por último, en el apoyo informacional llama la atención que no exista ninguna diferencia significativa con las redes informales contempladas, ya sea el cónyuge ($X^2=0,85$; $p=0,65$), los hijos ($X^2=1,01$; $p=0,60$), los familiares ($X^2=2,68$; $p=0,26$), los amigos ($X^2=0,96$; $p=0,61$), los vecinos ($X^2=0,36$; $p=0,83$) o los compañeros de agrupación ($X^2=3,91$; $p=0,14$).

Sintetizando, el apoyo emocional y el instrumental se asocian con la ocupación, cuando los emisores no son familiares, es decir amigos y compañeros de agrupación.

Asimismo los datos indican que los más apoyados por estas fuentes no familiares son quienes ejercían labores elementales (no cualificadas) y domésticas. Sin embargo, el apoyo informacional es independiente de la variable ocupación.

f) Religiosidad.

Hipótesis 6: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que practican alguna religión y quienes no la practican.

Otra variable social relevante es la religiosidad, puesto que la evidencia empírica muestra que durante la vejez la religión ejerce un rol de apoyo social, formal e informal, relevante. La muestra fue dividida en dos categorías, aquellas personas que practican algún tipo de religión y las que no lo hacen.

En esta línea, el apoyo emocional en función de la religiosidad muestra diferencias significativas cuando los emisores son los hijos ($X^2=10,18$; $p=0,00$), los familiares ($X^2=11,27$; $p=0,00$) o bien los compañeros de agrupación ($X^2=7,10$; $p=0,00$). En las tres situaciones las personas que declaran practicar una religión reciben más apoyo emocional, ya sea de los hijos (83,1%), de los familiares (84%) y de los compañeros de agrupación (60%). Sin embargo, no hay diferencias significativas cuando las fuentes son el cónyuge ($X^2=3,13$; $p=0,07$), los amigos ($X^2=1,14$; $p=0,28$) y los vecinos ($X^2=0,83$; $p=0,36$).

El apoyo instrumental en función de la religiosidad presenta diferencias significativas cuando la fuente son los familiares no cercanos ($X^2=3,77$; $p=0,05$) o bien los compañeros de agrupación ($X^2=4,58$; $p=0,03$). En ambas situaciones, son las personas que declaran practicar una religión quienes reciben más apoyo instrumental, ya sea de los familiares (75%) o bien de los compañeros de agrupación (80%). Pero no se

observan diferencias significativas en las restantes fuentes informales, ya sea el cónyuge ($X^2=0,95$; $p=0,32$), los hijos ($X^2=0,10$; $p=0,74$), los amigos ($X^2=1,26$; $p=0,26$) y los vecinos ($X^2=1,11$; $p=0,29$).

Por último, no se observan diferencias significativas en ninguna de las fuentes informales emisoras cuando se trata del apoyo informacional en función de la religiosidad, ya sea en el caso del cónyuge ($X^2=0,81$; $p=0,36$), de los hijos ($X^2=0,11$; $p=0,73$), de los familiares ($X^2=1,59$; $p=0,20$), de los amigos ($X^2=0,88$; $p=0,34$), de los vecinos ($X^2=0,18$; $p=0,66$) o de los compañeros de agrupación ($X^2=1,60$; $p=0,20$).

A modo de síntesis, el apoyo emocional e instrumental se asocia con la religiosidad, es decir aquellas personas mayores que declaran practicar una religión reciben más apoyo emocional e instrumental, ya sea de fuentes familiares o no familiares. Sin embargo, el apoyo informacional es independiente de la variable religiosidad.

g) Participación comunitaria.

Hipótesis 7: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores que participan en agrupaciones comunitarias y quienes no participan.

Ya se advertía que la muestra de personas mayores de este estudio muestra altos indicadores de participación comunitaria, entendida como la participación en las agrupaciones (clubes) de personas mayores. Dado el impacto que tiene en la red de apoyo social el hecho de participar en agrupaciones comunitarias, esta variable fue incluida dentro del análisis de variables relacionadas con este constructo.

Al analizar el apoyo emocional en función de la participación comunitaria se observan diferencias significativas cuando los emisores son los hijos ($X^2=11,04$; $p=0,00$) y los

vecinos ($X^2=7,00$; $p=0,00$). En ambas situaciones, las personas mayores que participan en agrupaciones comunitarias reciben más apoyo emocional por parte de sus hijos (62%) y de sus vecinos (53%). Pero no se observan diferencias significativas en las restantes fuentes, ya sea el cónyuge ($X^2=1,05$; $p=0,30$), los familiares ($X^2=1,17$; $p=0,27$), los amigos ($X^2=2,56$; $p=0,10$) o los compañeros de agrupación ($X^2=0,02$; $p=0,88$).

En cuanto al apoyo instrumental en función de la participación comunitaria se observan diferencias significativas cuando la fuente de apoyo es el cónyuge ($X^2=8,80$; $p=0,00$) y los familiares ($X^2=10,50$; $p=0,00$). En estas situaciones, se observan datos interesantes, dado que en el caso de que el emisor sea el cónyuge son las personas mayores que participan en agrupaciones comunitarias quienes reciben más apoyo (50,3%), aunque la diferencia es escasa con el grupo que no participa. Por otra parte, la recepción de apoyo instrumental de sus familiares no cercanos, se da con mayor frecuencia en quienes no participan en agrupaciones comunitarias (54,2%), si bien nuevamente la diferencia es de baja magnitud. No se advierten diferencias significativas cuando se trata de los hijos ($X^2=1,07$; $p=0,30$), los amigos ($X^2=0,90$; $p=0,34$), los vecinos ($X^2=0,51$; $p=0,47$) y los compañeros de agrupación ($X^2=1,76$; $p=0,18$).

En el apoyo informacional en función de la participación comunitaria se advierten diferencias significativas cuando los emisores son el cónyuge ($X^2=7,08$; $p=0,00$), los familiares ($X^2=10,26$; $p=0,00$) y los amigos ($X^2=4,03$; $p=0,04$). Aquellas personas mayores que declaran no participar en agrupaciones comunitarias reciben más apoyo informacional por parte de sus cónyuges (54,1%) y de sus familiares (54%), en tanto que aquellos que participan en agrupaciones comunitarias reciben más apoyo

informativa por parte de sus amistades (53%). No hay diferencias significativas cuando la fuente de apoyo son los hijos ($X^2=1,01$; $p=0,31$), los vecinos ($X^2=0,66$; $p=0,41$) y los compañeros de agrupación ($X^2=0,07$; $p=0,78$).

Resumiendo, el apoyo social se asocia con la participación en agrupaciones comunitarias, resultando que la participación y la no participación pueden afectar de manera favorable o desfavorable en recibir apoyo social. Cuando se trata de quienes participan, reciben más apoyo emocional de hijos y vecinos, más apoyo instrumental de sus cónyuges y más apoyo informativa de sus amigos. En tanto, para quienes no participan en agrupaciones comunitarias, reciben más apoyo instrumental de familiares e informativa de sus cónyuges y familiares.

h) Depresión.

Hipótesis 8: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e informativa) entre las personas mayores con depresión y las que no presentan depresión.

Cabe señalar que la categorización original de la variable “depresión”, que clasificaba a la muestra en tres categorías en función de la gravedad de los síntomas (sin depresión, depresión leve y establecida) fue reagrupada de manera dicotómica, es decir personas mayores con depresión y sin depresión.

Se observan diferencias significativas en la depresión en función del apoyo emocional, cuando las fuentes de apoyo son los familiares no cercanos ($X^2=5,92$; $p=0,01$) y las fuentes no familiares, como los amigos ($X^2=4,92$; $p=0,02$), los vecinos ($X^2=5,23$; $p=0,02$) y los compañeros de agrupación ($X^2=8,20$; $p=0,00$). De aquellas personas que no constituyen un caso de depresión el 87,7% declaran recibir apoyo emocional de sus

familiares (78,6% en el caso de las personas con depresión). En un sentido contrario, los resultados indican que las personas mayores con depresión reciben más apoyo emocional de sus amigos (76%), de sus vecinos (45,4%) y de sus compañeros de agrupación (70,4%). No hay diferencias significativas cuando el emisor es el cónyuge ($X^2=0,12$; $p=0,73$) o bien son los hijos ($X^2=1,18$; $p=0,27$).

Al analizar la depresión en función del apoyo instrumental, solo hay diferencias significativas cuando el apoyo es emitido por los familiares ($X^2=4,67$; $p=0,03$) y los compañeros de agrupación ($X^2=7,37$; $p=0,00$). En el primer caso el 28,2% de las personas con depresión declaran recibir apoyo instrumental de sus familiares (19% para las personas mayores no deprimidas). En el segundo caso el porcentaje (14,8%) de personas deprimidas que reciben apoyo instrumental de los compañeros de agrupación es significativamente menor que en el caso de los no deprimidos (30,4%). No hay diferencias significativas para las restantes fuentes informales, como es el cónyuge ($X^2=0,37$; $p=0,54$), los hijos ($X^2=0,36$; $p=0,54$), los amigos ($X^2=2,52$; $p=0,11$) y los vecinos ($X^2=0,18$; $p=0,66$).

Y en el caso de la depresión en función del apoyo informacional, solo hay diferencias significativas cuando la fuente de apoyo son los hijos ($X^2=5,39$; $p=0,02$) y los amigos ($X^2=3,55$; $p=0,05$). En ambas situaciones, el porcentaje de personas mayores con depresión que declaran recibir apoyo informacional de hijos (33,1%) y de amigos (44,6%) es significativamente mayor que el porcentaje de personas mayores sin depresión (22,4% y 34,8% respectivamente). No se advierten diferencias significativas en las restantes fuentes de apoyo, ya sea el cónyuge ($X^2=0,05$; $p=0,81$), los familiares

($\chi^2=2,82$; $p=0,09$), los vecinos ($\chi^2=0,80$; $p=0,37$) y los compañeros de agrupación ($\chi^2=0,31$; $p=0,57$).

Como puede apreciarse, por tanto, pareciera que las personas mayores con depresión disponen de apoyo social en mayor medida que las personas mayores que no padecen dicho trastorno. Ciertamente, es probable que nos encontremos ante datos que confirmen una tesis de movilización de la red de apoyo, es decir, que ante una situación de necesidad (en este caso, ante una situación de trastorno del estado de ánimo), la red social se moviliza para apoyar funcionalmente a la persona. La naturaleza de los datos de este estudio (transversal) no permite, en todo caso, establecer causalidad. Además, en este momento del análisis el nivel de medición de los casos (nominal) no permite ir más allá en nuestras conclusiones. Posteriormente se aborda nuevamente la relación entre apoyo social y depresión a través de técnicas de análisis multivariante.

i) Dependencia para realizar actividades de la vida diaria.

Hipótesis 9: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social (emocional, instrumental e información) entre las personas mayores con dependencia y las que no presentan dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Tal y como se advirtió anteriormente, los resultados indican que las personas de la muestra son independientes o bien presentan una dependencia leve para realizar las actividades básicas de la vida. Por tanto esta variable fue recodificada como variable dicotómica (ausencia de dependencia / dependencia leve).

Al analizar el nivel de dependencia en función del apoyo emocional, se observan diferencias significativas cuando la fuente de apoyo es el cónyuge ($\chi^2=11,99$; $p=0,00$).

Los resultados indican que las personas mayores independientes reciben más apoyo

emocional de sus cónyuges (91%). Sin embargo, no hay diferencias significativas cuando los emisores son los hijos ($X^2=1,18$; $p=0,27$), los familiares ($X^2=0,92$; $p=0,33$), los amigos ($X^2=0,40$; $p=0,52$), los vecinos ($X^2=0,19$; $p=0,65$) y los compañeros de agrupación ($X^2=1,52$; $p=0,21$).

Por su parte, el nivel de dependencia en función del apoyo instrumental solo presenta diferencias significativas cuando la fuente apoyo son los familiares no cercanos ($X^2=4,61$; $p=0,03$). Así, las personas mayores independientes reciben menos apoyo instrumental de sus familiares (80%). Pero no hay diferencias significativas cuando se trata del cónyuge ($X^2=0,33$; $p=0,56$), los hijos ($X^2=1,24$; $p=0,26$), los amigos ($X^2=0,00$; $p=0,95$), los vecinos ($X^2=0,94$; $p=0,33$) y los compañeros de agrupación ($X^2=0,05$; $p=0,82$).

Por último, al analizar el nivel de dependencia en función del apoyo informacional se advierten diferencias significativas cuando los emisores son los familiares ($X^2=12,75$; $p=0,00$) y los amigos ($X^2=7,36$; $p=0,00$). En ambas situaciones, las personas mayores independientes reciben menos apoyo informacional, ya sea de familiares (80%) o de amistades (66%). No hay diferencias significativas al tratarse de fuentes informales como el cónyuge ($X^2=0,00$; $p=1,00$), los hijos ($X^2=0,01$; $p=0,91$), los vecinos ($X^2=2,46$; $p=0,11$) y los compañeros de agrupación ($X^2=2,90$; $p=0,08$).

Resumiendo, la dependencia se asocia con el apoyo social, ya que los datos muestran que las personas mayores independientes reciben más apoyo emocional del cónyuge, pero menos apoyo instrumental de sus familiares y menos apoyo informacional por parte de familiares y amistades.

7.3.2. EL PAPEL DE LA RED SIGNIFICATIVA. LA RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL PERCIBIDO, RECIPROCIDAD EN EL APOYO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD.

a) Edad.

Tal y como se estableció en el capítulo cinco, la evidencia empírica señala que a medida que aumenta la **edad** en las personas mayores, aumenta el apoyo social percibido. Dada su importancia, este aspecto se analizó según las distintas fuentes informales consideradas en la presente investigación. Como se verá, solo en los familiares no cercanos pareciera influir en mayor medida la variable edad.

Hipótesis 2: A mayor edad, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Tabla 7.3.1.: Correlación entre edad y apoyo social otorgado por familiares no cercanos.

FACTORES	CORRELACIÓN	APOYO INSTRUMENTAL DE FAMILIARES	APOYO INFORMACIONAL DE FAMILIARES	APOYO SOCIAL PERCIBIDO DEL CÓNYUGE
EDAD	Correlación de Pearson	,126*	,137*	-,194*
	N	493	493	493

* $p < 0,01$

Tal como muestra la **tabla 7.3.1.**, existe una correlación positiva y significativa entre la edad y el apoyo social (instrumental e informacional) otorgado por los familiares. Sin embargo no se observan correlaciones significativas con las otras fuentes informales, tales como hijos y amigos. Asimismo en el análisis realizado para los distintos tipos de apoyo social tampoco se evidencian relaciones significativas. Esta tabla muestra otro dato interesante, el hecho de que la edad correlacione negativa y significativamente con el apoyo social percibido cuando éste proviene del cónyuge, demostrando que a medida que envejece la pareja disminuye la percepción de ser apoyado por el otro.

Con los datos analizados, solo es posible confirmar la hipótesis de que a mayor edad mayor apoyo social percibido cuando este proviene de un familiar no cercano (hermanos, nietos, sobrinos, nuera o yerno u otro familiar).

b) Escolaridad.

Otra variable sociodemográfica interesante en el análisis de correlaciones es nivel de estudios (**escolaridad**) del entrevistado, ya que como se ha indicado anteriormente la evidencia empírica pone de manifiesto que las personas mayores con más estudios poseen perciben más apoyo social.

Hipótesis 10: A mayor escolaridad, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Tabla 7.3.2: Correlación entre escolaridad y apoyo social.

FACTORES	CORRELACIÓN	ESCOLARIDAD
APOYO FUNCIONAL	Correlación de Pearson	,187*
	N	493
RECIPROCIDAD TOTAL	Correlación de Pearson	,184*
	N	493
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Correlación de Pearson	,187*
	N	493

* p < 0,01

Tal como muestra, la **tabla 7.3.2.**, existe una correlación positiva y significativa entre escolaridad y apoyo social percibido, lo que confirma la hipótesis número 10, es decir, aquellas personas mayores con más estudios perciben ser emisoras y receptoras de mayor apoyo social.

c) Número de personas co-residentes.

Se ha enfatizado a lo largo de esta tesis la relevancia del contexto familiar en el análisis del apoyo social en las personas mayores. En este sub-apartado se analizan las principales variables cuantitativas relacionadas con dicho contexto familiar incluidas en el estudio, tales como número de personas con las que vive la persona, el número de hermanos vivos, el número de hijos y número de nietos. Para todas ellas, se trata de analizar su relación con los distintos indicadores de apoyo social percibido derivadas de la aplicación del cuestionario.

Hipótesis 11: A mayor número de personas co-residentes, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Tabla 7.3.3.: Correlación entre número de personas co-residentes y apoyo social.

FACTORES	CORRELACIÓN	NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE
CONSEJO DE LOS HIJOS	Correlación de Pearson	,124*
	N	493
APOYO FUNCIONAL DE AMIGOS	Correlación de Pearson	-,162*
	N	493
RECIPROCIDAD TOTAL DE AMIGOS	Correlación de Pearson	-,165*
	N	493
APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE AMIGOS	Correlación de Pearson	-,163*
	N	493

* p < 0,01

En la **tabla 7.3.3.**, se advierte que el número de personas con las que vive la persona mayor solo correlaciona significativa y positivamente en el consejo entregado a los hijos y no en los otros tipos de apoyo social analizados, y tampoco tiene

incidencia en las otras fuentes familiares. Otro dato interesante es que existe una correlación negativa y significativa entre el número de personas co-residencia y el apoyo social entregado por los amigos, es decir, cuantas más personas vivan con la persona menor será el apoyo social – recibido y emitido- por parte de los amigos. Según los datos analizados no es posible comprobar la hipótesis correlacional 11.

Al realizar el análisis considerando solo el número de hijos co-residentes, los datos sugieren que vivir con los hijos aumenta la percepción del apoyo social tal como muestra la siguiente tabla. Sin embargo, esta relación solo se da en dos tipos de apoyo.

Hipótesis 12: A mayor número de hijos co-residentes, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Tabla 7.3.4.: Correlación entre número de hijos co-residentes y apoyo social otorgado por hijos.

FACTORES	CORRELACIÓN	APOYO INSTRUMENTAL DE HIJOS	APOYO INFORMACIONAL DE HIJOS
NÚMERO DE HIJOS CO-RESIDENTES	Correlación de Pearson	,154*	,119*
	N	493	493

* p < 0,01

Tal como se advertía existe una relación entre la co-residencia con hijos y el apoyo social procedente de éstos. En la **tabla 7.3.4.** se observa una correlación positiva y significativa entre el número de hijos co-residentes y el apoyo instrumental e informacional que éstos le otorgan a sus padres mayores. Sin embargo, no se corroboró este dato cuanto se trata de apoyo emocional, pareciendo que en este tipo de apoyo no incide la co –residencia.

d) Número de familiares.

Finalmente, se analizaron la relación entre la tenencia de hijos, hermanos (vivos), nietos, bisnietos y sobrinos con el apoyo social percibido, tal como se verá en la siguiente tabla.

Hipótesis 13: A mayor número de familiares, mayor es el apoyo social percibido en las personas mayores.

Tabla 7.3.5.: Correlación entre el número de familiares y el tipo de apoyo social percibido.

FACTORES	CORRELACIÓN	NÚMERO DE HIJOS	NÚMERO DE HERMANOS	NÚMERO DE SOBRINOS
APOYO FUNCIONAL	Correlación de Pearson	,238*	,160*	,285*
	N	493	493	493
RECIPROCIDAD TOTAL	Correlación de Pearson	,231*	,138*	,236*
	N	493	493	493
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Correlación de Pearson	,236*	,153*	,269*
	N	493	493	493

* p < 0,01

Tal como muestra la **tabla 7.3.5.**, se comprueba la hipótesis de que el número de familiares se relaciona positiva y significativamente con el apoyo social percibido, Incluso considerando la distinción entre apoyo social funcional (emocional, consejo e instrumental) y reciprocidad del apoyo (emocional, consejo e instrumental) los resultados mantienen la significación de esta relación positiva. Cabe señalar que entre los familiares cercanos destacan los hijos y entre los familiares extensos, los hermanos y los sobrinos. Sin embargo, no se observan relaciones significativas para la existencia de nietos y bisnietos.

e) Salud física y mental.

La red de apoyo se moviliza frente a situaciones de necesidad de las personas, principalmente ante problemáticas relacionadas con la salud física y mental. En el caso específico de personas mayores esta tendencia suele presentarse con más frecuencia, especialmente en situaciones de dependencia y de necesidades especiales (Arber y Ginn, 1992; Molina, Láñez y Láñez, 2005; Pinazo, 2006; Sánchez, 1990). Sin embargo, en las pruebas de correlaciones de Pearson no se obtienen relaciones significativas entre las variables apoyo social y dependencia, asimismo entre apoyo social y depresión (ver en anexo 2), pese a que si se obtengan asociaciones (X^2) entre dichas variables como se mencionó en el apartado anterior.

Hipótesis 14: A mayor dependencia y sintomatología de enfermedad, mayor es la satisfacción en las relaciones sociales establecidas.

Tabla 7.3.6.: Correlación entre satisfacción con los contactos de la red y síntomas asociados a problemas de salud/nivel de dependencia.

FACTORES	CORRELACIÓN	SATISFACCIÓN CON LOS CONTACTOS DE LA RED
SÍNTOMAS ASOCIADOS A PROBLEMAS DE SALUD	Correlación de Pearson	,174*
	N	457
INDICE DEPENDENCIA	Correlación de Pearson	,146*
	N	493

* $p < 0,01$

En la **tabla 7.3.6.**, como se mencionaba se aprecia una relación positiva y significativa entre la satisfacción con las relaciones sociales y situaciones de enfermedad, ya sea por dependencia o bien por presentar más sintomatología asociadas a problemas de salud, frente a lo cual se comprueba la hipótesis 14.

7.4. APOYO SOCIAL Y ETNICIDAD EN PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.

Una de las variables más relevante de este estudio es la etnicidad, motivo por el cual se dedicará un epígrafe íntegro a analizar su importancia en el estudio del apoyo social en personas mayores. Siguiendo el esquema de análisis de datos utilizado en epígrafes anteriores, se dará paso a la prueba de las hipótesis descriptivas relacionadas con etnicidad. Para ello se utilizó la prueba T para muestras independientes, que permite contrastar las medias de dos poblaciones independientes (personas mayores indígenas y personas mayores no indígenas). En un primer momento, se presentan los resultados relativos a los aspectos generales del apoyo social, para continuar con el análisis de los elementos concretos del mismo, a saber, los aspectos estructurales (tamaño y frecuencia del contacto), funcionales (según la fuente el tipo de apoyo social recibido y emitido) y la satisfacción con las relaciones sociales. Por último, se mostrarán los resultados correspondientes a la asociación entre la pertenencia a un grupo étnico y la disponibilidad de apoyo social en función de su fuente. En este caso, el nivel de medición de las variables justificó el uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2), al tratarse de variables cualitativas.

En todos los casos, se recuerdan las hipótesis que son objeto de comprobación en relación con la pertenencia a un grupo étnico originario.

a) Apoyo social general y grupos étnicos originarios.

Hipótesis 15: Existe una diferencia significativa en la percepción de apoyo social entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Hipótesis 16: Existe una diferencia significativa en la reciprocidad del apoyo (emocional, consejo e instrumental) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Tal como muestra la **tabla 7.4.1.**, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el apoyo social general (funcional, reciprocidad y el percibido total) en función de la variable étnica. Sin embargo, se advierte una ligera diferencia entre personas mayores indígenas y no indígenas en la reciprocidad del apoyo y en el apoyo social percibido, presentando una media levemente superior las personas no indígenas.

Tabla 7.4.1.: Diferencias según pertenecía étnica en el apoyo social general (funcional, reciprocidad y el percibido total).

	ETNICIDAD	MEDIA	T	GL
APOYO FUNCIONAL	Pertenece etnia originaria	16,81	0,416	491
	No pertenece a etnia	16,43		
RECIPROCIDAD DEL APOYO	Pertenece etnia originaria	8,66	0,698	240,468
	No pertenece a etnia	8,3		
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Pertenece etnia originaria	12,74	0,51	250,019
	No pertenece a etnia	12,37		

$p < 0,05$

b) Aspectos estructurales del apoyo social.

Hipótesis 17: Existe una diferencia significativa en el tamaño de la red entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Hipótesis 18: Existe una diferencia significativa en la frecuencia de los contactos con los miembros de la red entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

Tal como muestra la **tabla 7.4.2.**, se encuentran diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el tamaño de la red según la pertenecía étnica, observándose una media superior para las personas indígenas, quienes cuentan con redes sociales más amplias.

Sin embargo, no hay diferencias significativas en la frecuencia de los contactos, pese a ello se observa una media levemente superior en las personas mayores indígenas.

Tabla 7.4.2.: Diferencias según pertenecía étnica en el tamaño de la Red.

	ETNICIDAD	MEDIA	T	GL
TAMAÑO DE RED SIGNIFICATIVA	Pertenece etnia originaria	2,28	2,116*	240,2
	No pertenece a etnia	2,01		
FRECUENCIA DEL CONTACTO	Pertenece etnia originaria	12,29	0,491	304
	No pertenece a etnia	12,14		

* $p < 0,05$

c) Aspectos funcionales del apoyo social: según fuente.

Hipótesis 19: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente es el cónyuge.

En la **tabla 7.4.3.**, es posible advertir la existencia de diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los dos grupos étnicos considerados en cuanto a los distintos tipos de apoyo social emitido y recibido por las personas mayores cuando la fuente de apoyo es el cónyuge. Por tanto, no es posible rechazar la hipótesis número 19 sobre estas variables en razón de la etnicidad. Cabe señalar que la diferencia es a favor de las personas mayores no indígenas, quienes muestran mayor apoyo emocional, consejo, apoyo instrumental y apoyo funcional, así como mayor reciprocidad emocional, de consejo, instrumental y la total, y finalmente, mayor apoyo social percibido cuando éstos son otorgados/recibidos por el cónyuge.

Tabla 7.4.3.: Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por el CÓNYUGE.

	ETNICIDAD	MEDIA	T	GL
APOYO EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	3,41	-2,204*	291
	No pertenece a etnia	4,35		
CONSEJO	Pertenece etnia originaria	3,42	-2,088*	289
	No pertenece a etnia	4,31		
APOYO INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	3,5	-2,032*	287
	No pertenece a etnia	4,38		
APOYO FUNCIONAL	Pertenece etnia originaria	10,33	-2,115*	289
	No pertenece a etnia	13,04		
RECIPROCIDAD EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	1,76	-2,008*	286
	No pertenece a etnia	2,19		
RECIPROCIDAD CONSEJO	Pertenece etnia originaria	1,73	-2,041*	287
	No pertenece a etnia	2,17		
RECIPROCIDAD INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	1,75	-1,963*	285
	No pertenece a etnia	2,17		
RECIPROCIDAD TOTAL	Pertenece etnia originaria	1,74	-2,006*	286
	No pertenece a etnia	2,18		
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Pertenece etnia originaria	6,04	-2,100*	289
	No pertenece a etnia	7,61		

*p < 0,05

Hipótesis 20: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente son los hijos.

En la **tabla 7.4.4.**, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones para los distintos tipos de apoyo social recibido y emitido por los hijos según la pertenecía étnica, salvo en dos situaciones: cuando se trata del la reciprocidad del consejo y el apoyo social percibido. En ambos casos las medias son ligeramente superiores en el grupo de personas mayores indígenas.

Tabla 7.4.4.: Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por los HIJOS.

	ETNICIDAD	MEDIA	T	GL
APOYO EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	8,95	1,881	491
	No pertenece a etnia	7,41		
CONSEJO	Pertenece etnia originaria	8,79	1,968	491
	No pertenece a etnia	7,23		
APOYO INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	8,86	1,818	491
	No pertenece a etnia	7,38		
APOYO FUNCIONAL	Pertenece etnia originaria	8,87	1,907	491
	No pertenece a etnia	7,34		
RECIPROCIDAD EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	4,55	1,882	491
	No pertenece a etnia	3,76		
RECIPROCIDAD CONSEJO	Pertenece etnia originaria	4,56	1,910*	230,7
	No pertenece a etnia	3,68		
RECIPROCIDAD INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	4,61	1,869	232,1
	No pertenece a etnia	3,75		
RECIPROCIDAD TOTAL	Pertenece etnia originaria	4,57	1,855	233,4
	No pertenece a etnia	3,73		
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Pertenece etnia originaria	6,72	1,947*	491
	No pertenece a etnia	5,54		

*Nivel de significación $p < 0,05$

Hipótesis 21: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente son los familiares.

En la **tabla 7.4.5.**, se observan los resultados del cálculo de la prueba para diferencias de medias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por familiares.

El valor del estadístico de contraste indica que no hay diferencias significativas entre las medias de los grupos analizados, de manera que es preciso rechazar la hipótesis número 21.

Tabla 7.4.5.: Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por los FAMILIARES.

	ETNICIDAD	MEDIA	T	GL
APOYO EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	3,63	0,43	491
	No pertenece a etnia	3,36		
CONSEJO	Pertenece etnia originaria	3,46	0,566	491
	No pertenece a etnia	3,12		
APOYO INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	3,52	0,415	491
	No pertenece a etnia	3,27		
APOYO FUNCIONAL	Pertenece etnia originaria	3,54	0,473	491
	No pertenece a etnia	3,25		
RECIPROCIDAD EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	1,89	0,719	491
	No pertenece a etnia	1,66		
RECIPROCIDAD CONSEJO	Pertenece etnia originaria	1,85	0,813	491
	No pertenece a etnia	1,6		
RECIPROCIDAD INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	1,82	0,555	491
	No pertenece a etnia	1,64		
RECIPROCIDAD TOTAL	Pertenece etnia originaria	1,85	0,699	491
	No pertenece a etnia	1,63		
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Pertenece etnia originaria	2,7	0,552	491
	No pertenece a etnia	2,44		

* p < 0,05

Hipótesis 22: Existen diferencias significativas en los distintos tipos apoyo social (recibido y emitido) entre las personas mayores indígenas y las no indígenas, cuando la fuente son los amigos.

En la **tabla 7.4.6.**, se comprueba que no hay diferencias significativas según el grupo étnico de pertenencia en el apoyo social – considerado en sus diferentes dimensiones – o en la reciprocidad del mismo. A pesar de que, de manera sistemática, las puntuaciones medias son superiores entre aquellas personas que no pertenecen a una minoría étnica, lo cierto es que la ausencia de significación estadística lleva a la no comprobación de la hipótesis planteada.

Tabla 7.4.6.: Diferencias según pertenencia étnica y apoyo social (recibido y emitido) por los AMIGOS.

	ETNICIDAD	MEDIA	T	GL
APOYO EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	1,04	-1,43	347
	No pertenece a etnia	1,54		
CONSEJO	Pertenece etnia originaria	0,89	-1,646	354
	No pertenece a etnia	1,42		
APOYO INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	0,95	-1,702	370
	No pertenece a etnia	1,53		
APOYO FUNCIONAL	Pertenece etnia originaria	0,96	-1,605	358
	No pertenece a etnia	1,5		
RECIPROCIDAD EMOCIONAL	Pertenece etnia originaria	0,53	-1,375	336
	No pertenece a etnia	0,78		
RECIPROCIDAD CONSEJO	Pertenece etnia originaria	0,48	-1,638	354
	No pertenece a etnia	0,75		
RECIPROCIDAD INSTRUMENTAL	Pertenece etnia originaria	0,48	-1,696	365,6
	No pertenece a etnia	0,76		
RECIPROCIDAD TOTAL	Pertenece etnia originaria	0,49	-1,575	353,1
	No pertenece a etnia	0,76		
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Pertenece etnia originaria	0,73	-1,595	357
	No pertenece a etnia	1,13		

*p < 0,05

d) Satisfacción con el apoyo social: según fuente.

Hipótesis 23: Existen diferencias significativas en la satisfacción con las relaciones sociales entre las personas mayores indígenas y las no indígenas.

La **tabla 7.4.7.** se ocupa de las variables relacionadas con la satisfacción de los individuos con el apoyo social recibido procedente de diversas fuentes, analizando las diferencias en función del grupo étnico de pertenencia. En este sentido, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción en las relaciones sociales según pertenencia étnica. No es de extrañar este resultado, que impide la confirmación de la hipótesis planteada, dado que las puntuaciones medias en cuanto a satisfacción con el apoyo son patentemente similares, llegando a

coincidir en su valor en el caso de la satisfacción con el apoyo recibido por parte de los compañeros de agrupación.

Tabla 7.4.7.: Diferencias según pertenencia étnica y satisfacción (evaluación) en las relaciones sociales.

	ETNICIDAD	MEDIA	T	GL
SATISFACCIÓN CÓNYUGE	Pertenece etnia originaria	2,72	-0,958	235,8
	No pertenece a etnia	2,74		
SATISFACCIÓN HIJO(S)	Pertenece etnia originaria	2,77	-1,052	248
	No pertenece a etnia	2,82		
SATISFACCIÓN FAMILIARES	Pertenece etnia originaria	2,53	-0,308	455
	No pertenece a etnia	2,59		
SATISFACCIÓN AMIGOS	Pertenece etnia originaria	2,55	-0,265	483
	No pertenece a etnia	2,57		
SATISFACCIÓN VECINOS	Pertenece etnia originaria	2,46	-0,077	327
	No pertenece a etnia	2,48		
SATISFACCIÓN COMPAÑEROS DE AGRUPACIÓN	Pertenece etnia originaria	2,66	-0,3	294
	No pertenece a etnia	2,66		
SATISFACCIÓN GENERAL	Pertenece etnia originaria	13,24	-0,995	491
	No pertenece a etnia	13,51		

*p < 0,05

En resumen, conforme a las hipótesis planteadas se esperaba observar diferencias significativas entre las personas mayores indígenas y no indígenas en aspectos estructurales, funcionales y satisfacción con el apoyo social percibido. Los datos confirman que no hay diferencias entre estos grupos étnicos en el apoyo social percibido (general), en la frecuencia del contacto, en la satisfacción con el apoyo y cuando los emisores del apoyo social son los familiares y las amistades. Sin embargo, se puede concluir que las personas mayores indígenas tienen redes más amplias y reciben más apoyo social de los hijos. En contra partida las personas mayores no indígenas reciben más apoyo social de sus cónyuges.

CAPÍTULO 8: APOYO SOCIAL Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA.

8.1. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL Y BIENESTAR ENTRE LAS PERSONAS MAYORES.

Hasta el momento, la exposición de los resultados de nuestro estudio ha tratado de dar cuenta de las relaciones existentes entre las diferentes dimensiones y constructos constitutivos del apoyo social (aspectos estructurales, funcionales, etc.), con variables clave para su comprensión en la población objeto de estudio, es decir, las personas mayores de la región de Arica-Parinacota en Chile. La relevancia de este análisis puede considerarse alta, toda vez que se trata de la primera descripción de la población considerada desde esta perspectiva. Por ello, se han enfatizado las diferencias en apoyo social derivadas de las variables sociodemográficas incluidas, prestando una especial atención a las diferencias en función de la pertenencia de distintos grupos étnicos.

Una vez completada dicha tarea, es preciso avanzar en el conocimiento de las relaciones y conexiones existentes entre los diversos elementos que constituyen el apoyo social, así como su relación con distintos indicadores de bienestar social y psicosocial de las personas mayores. Felizmente, el instrumento de recogida de datos de la presente investigación incorporaba medidas para un amplio rango de dimensiones y componentes del apoyo social, motivo por el cual es posible realizar un análisis detallado de la composición y dinámicas “internas” del apoyo social en nuestra muestra. Con ello, además de poner a prueba las hipótesis formuladas en el apartado correspondiente, será posible aportar información relacionada con debates fundamentales en la bibliografía previa sobre apoyo social.

Por tanto, en un primer momento se analizarán las relaciones existentes entre diversas dimensiones y componentes del apoyo social, a saber, sus aspectos estructurales y funcionales. En segundo lugar, y para concluir la exposición de los resultados de esta tesis doctoral, se propondrán diversos modelos de regresión jerárquica basados en el apoyo social para distintos indicadores de bienestar entre las personas mayores (salud, salud mental, dependencia y percepción de seguridad residencial).

a) Estructura y funciones de las redes sociales y satisfacción con el apoyo social.

Tal y como se ha establecido en la primera parte de esta tesis, existen dos aspectos estructurales del apoyo social que cobran especial relevancia durante la vejez. Estos elementos son el tamaño de la red y la frecuencia de los contactos en el seno de dicha red. Ambos elementos determinarían en gran medida tanto la capacidad de ofrecer apoyo como la percepción que las personas mayores tienen de ser apoyadas. Esta relación entre estructura de la red y percepción del apoyo social, un tema clásico en el estudio del apoyo social, se aborda en el presente epígrafe. De esta manera, la **tabla 8.1.1** se ocupa de la relación existente entre el tamaño de la red significativa y la percepción de apoyo funcional. La **tabla 8.1.2.** analiza la relación entre el tamaño de la red y la reciprocidad en las relaciones de apoyo.

En la **tabla 8.1.1.**, se analiza la correlación entre el tamaño de la red y los distintos tipos de apoyo funcional (apoyo emocional, consejo y apoyo instrumental), incluyendo el apoyo funcional total. Los resultados muestran la existencia de fuertes correlaciones significativas y positivas. Estos resultados apoyarían la hipótesis que señala que a mayor tamaño de la red, mayor será el apoyo social en sus diferentes dimensiones.

Hipótesis 24: A mayor tamaño de la red, mayor es el apoyo social funcional.

Tabla 8.1.1.: Correlación entre tamaño de la red significativa y apoyo social funcional.

FACTORES	CORRELACIÓN	APOYO EMOCIONAL	CONSEJO	APOYO INSTRUMENTAL	APOYO FUNCIONAL (TOTAL)
TAMAÑO DE LA RED SIGNIFICATIVA	Correlación de Pearson	,872**	,843**	,841**	,867**
	N	493	493	493	493

** p < 0,01

Por su parte, los resultados mostrados en la **tabla 8.1.2.**, permiten advertir que el tamaño de la red igualmente se relaciona con la capacidad de retribuir el apoyo por parte de los mayores que forman parte de nuestra muestra. De esta manera se advierte un correlación significativa, positiva y alta entre tamaño de la red y las diferentes dimensiones de la reciprocidad del apoyo (emocional, consejo e instrumental), así como con la reciprocidad entendida de manera global. Todo ello tiendo a apoyar la hipótesis número 25, que señala que a mayor tamaño de la red, mayor es la capacidad de reciprocidad de la persona mayor.

Hipótesis 25: A mayor tamaño de la red, mayor es la reciprocidad en el apoyo social.

Tabla 8.1.2.: Correlación entre tamaño de la red significativa y reciprocidad del apoyo.

FACTORES	CORRELACIÓN	RECIPROCIDAD EN APOYO EMOCIONAL	RECIPROCIDAD EN CONSEJO	RECIPROCIDAD EN APOYO INSTRUMENTAL	RECIPROCIDAD (TOTAL)
TAMAÑO DE LA RED SIGNIFICATIVA	Correlación de Pearson	,880**	,850**	,866**	,873**
	N	493	493	493	493

** p < 0,01

Los resultados hasta ahora expuestos tienen su claro reflejo en la correlación existente entre las variables “tamaño de la red significativa” y “apoyo social percibido” (r = .874;

$p < .001$), de relevancia para apoyar la hipótesis número 24 del presente estudio, que señala que a mayor tamaño de la red mayor será el apoyo social percibido.

Los datos de nuestro estudio también muestran resultados relevantes al considerar la relación entre la frecuencia de los contactos en el marco de la red social y la percepción de apoyo social. Tal como muestra la **tabla 8.1.3.**, se observa una relación significativa y positiva entre ambos procesos percibidos. Al calcular los coeficientes de correlación diferenciando el apoyo social funcional (que incluye las dimensiones emocional, consejo e instrumental recibido), la reciprocidad total (emocional, consejo e instrumental emitida) y la percepción de apoyo social, se obtienen correlaciones positivas y significativas con la frecuencia del contacto. Si bien los coeficientes son de menor magnitud que en el caso del tamaño de la red social significativa (y por tanto la intensidad de la asociación es menor), lo cierto es que los datos recogidos en la **tabla 8.1.3.** ofrecen un apoyo razonable a la hipótesis número 26, que establece la relevancia de la presencialidad en la entrega y recepción de apoyo social, es decir, a mayor frecuencia de contactos mayor será la percepción de ser apoyado.

Hipótesis 26: A mayor frecuencia en los contactos con los miembros de la red, mayor es el apoyo social percibido.

Tabla 8.1.3.: Correlación entre frecuencia de contacto y apoyo social percibido (funcional y reciprocidad).

FACTORES	CORRELACIÓN	APOYO SOCIAL FUNCIONAL	RECIPROCIDAD TOTAL	APOYO SOCIAL PERCIBIDO
FRECUENCIA DE CONTACTO	Correlación de Pearson	,139**	,153**	,145**
	N	493	493	493

** $p < 0,01$

Los resultados, por tanto, ponen de manifiesto la existencia de una conexión intensa entre los aspectos estructurales y los aspectos funcionales del apoyo social. Como complemento de dicho análisis, conviene considerar las relaciones entre los distintos elementos funcionales del mismo. En este sentido, los resultados muestran (**tabla 8.1.4.**) una correlación significativa, alta y positiva entre los tres tipos de apoyo funcional (emocional, consejo e instrumental) y los tres tipos de reciprocidad (emocional, consejo e instrumental). De esta forma, parece que en nuestra muestra la recepción y el ofrecimiento de apoyo social están íntimamente ligados en la percepción de los individuos. Se trata de un resultado relevante, dada la magnitud de los coeficientes de correlación obtenidos. Por otra parte, llama la atención el hecho de que los distintos tipos de apoyo correlacionan entre sí de una manera igualmente intensa, lo que sugiere que en gran medida forman parte de un proceso global de intercambio de apoyo en el seno de las redes sociales estudiadas.

Por último, en el presente epígrafe se aborda la cuestión de la satisfacción con las el apoyo social. En general, los resultados de nuestra investigación señalan que los niveles de satisfacción con el apoyo social son moderados /altos. En este sentido, en la discusión teórica de la tesis ya se estableció el hecho de que la valoración de las relaciones sociales establecidas en la vejez depende de múltiples factores, siendo altamente difícil dar cuenta de todos ellos.

Tabla 8.1.4.: Correlación entre los tres tipos de apoyo funcional y los tres tipos de reciprocidad.

		APOYO EMO.	CONSEJO	APOYO INST.	RECP. A. EMO.	RECP. CONSEJO	RECP. A. INST.
APOYO EMOCIONAL	Correlación de Pearson N		,954** 493	,962** 493	,968** 493	,950** 493	,961** 493
CONSEJO	Correlación de Pearson N	,954** 493		,937** 493	,946** 493	,946** 493	,944** 493
APOYO INSTRUMENTAL	Correlación de Pearson N	,962** 493	,937** 493		,945** 493	,943** 493	,946** 493
RECIPROCIDAD EN APOYO EMOCIONAL	Correlación de Pearson N	,968** 493	,946** 493	,945** 493		,966** 493	,976** 493
RECIPROCIDAD EN CONSEJO	Correlación de Pearson N	,950** 493	,946** 493	,943** 493	,966** 493		,982** 493
RECIPROCIDAD EN APOYO INSTRUMENTAL	Correlación de Pearson N	,961** 493	,944** 493	,946** 493	,976** 493	,982** 493	

** . P < 0,01

Por ello, en consonancia con la lógica del presente epígrafe, en la **tabla 8.1.5.** se considera la asociación existente entre la satisfacción con el apoyo social y la frecuencia de contactos en la red (indicador estructural) y con la percepción de apoyo social. En dicha tabla se observa que la frecuencia del contacto se relaciona positiva, significativa y con alta intensidad con la satisfacción con las relaciones sociales establecidas. Con ello se recaba apoyo para nuestra hipótesis número 27, siendo importante enfatizar la magnitud del coeficiente de correlación de Pearson ($r = .717$). Por otro lado, también se aprecia una relación positiva y significativa entre el apoyo social percibido y el nivel de satisfacción con el mismo. En este caso, sin embargo, la

magnitud de la asociación es moderada ($r = .106$), sustentado en todo caso la hipótesis número 28. Parece conveniente resaltar que en nuestra muestra la satisfacción con el apoyo social se relaciona en mayor medida con una alta frecuencia de contactos que con una alta percepción de apoyo recibido. Como puede apreciarse, por tanto, es la interacción directa la que en mayor medida incrementa la satisfacción con el apoyo, si bien no hay que olvidar que la percepción de apoyo está significativamente relacionada con la frecuencia de contactos, tal y como se especificó anteriormente en este mismo epígrafe.

Hipótesis 27: A mayor frecuencia en los contactos con los miembros de la red, mayor es la satisfacción en las relaciones sociales establecidas.

Hipótesis 28: A mayor apoyo social percibido, mayor es la satisfacción en las relaciones sociales establecidas.

Tabla 8.1.5. Correlación entre satisfacción con los contactos de la red y frecuencia del contacto /apoyo social percibido

FACTORES	CORRELACIÓN	SATISFACCIÓN CON LA RED SOCIAL
FRECUENCIA DE CONTACTO	Correlación de Pearson	,717**
	N	493
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Correlación de Pearson	,106**
	N	493

** $p < 0,01$

b) Estructura de la red y percepción de apoyo social.

Tomando en consideración los resultados anteriormente expuestos, el presente epígrafe trata de sistematizar la relación existente entre las diversas dimensiones del apoyo social a través de la formulación de un modelo de regresión jerárquica. En concreto, se trata de examinar la relación existente entre los aspectos estructurales

del apoyo social considerados en nuestra investigación (es decir, la estructura de las redes sociales) y la percepción del mismo. Como se ha advertido anteriormente, se trata de dar cuenta del debate clásico en el ámbito de investigación de la tesis. En este sentido, el objetivo consiste en ofrecer un modelo que, tomando como variable independiente las puntuaciones en apoyo social percibido en nuestra muestra, permita establecer en un contexto multivariado la relevancia de las variables que describen los aspectos estructurales del apoyo social.

Para ello, se definieron tres modelos generales. El primer modelo se centraría única y exclusivamente en la estructura de la red familiar, incluyendo tanto a los miembros de la familia nuclear y más cercanos como a los familiares que componen la familia extensa, menos cercanos en términos de consanguineidad. Este modelo fue denominado “Número de miembros de la red familiar”. En segundo lugar, el “Modelo de Redes Sociales” toma en consideración no solo los miembros de la red familiar, sino también elementos clásicos en la descripción de la estructura de las redes sociales, a saber, el tamaño de la red significativa, la frecuencia de contactos dentro de la misma y la satisfacción con tales relaciones sociales. Por último, el tercer modelo propuesto añade a las variables anteriores dos dimensiones sociodemográficas y culturales de especial importancia en nuestra investigación, a saber, el sexo y la pertenencia a alguna minoría étnica. Ambas variables fueron introducidas como variables ficticias, donde 0 es mujer y 1 es hombre en el caso de la variable “sexo”, y 0 significa no pertenencia a un grupo étnico originario y 1 pertenencia). Los resultados del análisis de regresión se recogen en la **tabla 8.1.6**. Para todos los modelos se ofrece el porcentaje

de varianza explicada y el cambio en el estadístico de contraste, con su significación asociada.

Tabla 8.1.6. Regresión jerárquica para apoyo social percibido según modelos generales de apoyo social.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Número de miembros de la Red Familiar (,056) (5,820***)	Número de hermanos vivos	,165	,139	,055
	Número de hijos	,126	,262	,032
	Número de nietos	-,035	,110	-,021
	Número de sobrinos	,647	,131	,219***
	Número de bisnietos	,713	,333	,100*
	Número de convivientes	,234	,189	,056
Modelo 2. Redes Sociales (,780) (534,90***)	Número de hermanos vivos	,057	,067	,019
	Número de hijos	-,030	,127	-,008
	Número de nietos	,031	,053	,019
	Número de sobrinos	,044	,065	,015
	Número de bisnietos	-,111	,162	-,016
	Número de convivientes	,025	,092	,006
	Tamaño de la Red Significativa	5,041	,127	,871***
	Frecuencia del contacto	,156	,066	,072**
Satisfacción con las relaciones sociales	,203	,079	,078**	
Modelo 3. Control por sexo y etnia (,784)(4,870**)	Número de hermanos vivos	,054	,067	,018
	Número de hijos	,006	,126	,002
	Número de nietos	,032	,053	,020
	Número de sobrinos	,043	,065	,015
	Número de bisnietos	-,159	,162	-,022
	Número de convivientes	-,004	,092	-,011
	Tamaño de la Red Significativa	5,086	,127	,879***
	Frecuencia del contacto	,176	,066	,081**
	Satisfacción con las relaciones sociales	,181	,079	,070*
	Sexo	,111	,319	,007
Pertenece a grupo étnico	-1,028	,331	-,067**	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

Como puede apreciarse en los resultados, en el modelo de número de miembros de la red familiar, únicamente el número de sobrinos ($\beta=0,219$; $p< 0,001$) y el número de bisnietos ($\beta=0,100$; $p< 0,05$) predicen el apoyo social percibido en las personas mayores de la muestra. Estos resultados son en cierta medida sorprendentes, ya que era esperable que las relaciones con los familiares más cercanos las que en mayor medida predijeran la percepción de apoyo social. Ahora bien, este resultado puede

enmascarar la importancia del tamaño de la red de apoyo en general. Al menos eso parecen sugerir los resultados correspondientes para el segundo modelo considerado.

En efecto, el modelo de redes sociales muestra que las variables predictivas del apoyo social percibido son las variables de carácter estructural, tales como tamaño de la red significativa ($\beta=0,871$; $p < 0,001$), frecuencia del contacto ($\beta=0,072$; $p < 0,01$) y satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,078$; $p < 0,01$). Gracias a las variables incorporadas en este segundo modelo se explica un alto porcentaje de la varianza (el 70%).

La importancia de estas tres variables se mantiene al introducir variables sociodemográficas clave, tal y como muestran los resultados correspondientes al tercer modelo propuesto. De esta manera, se mantienen como variables predictivas al tamaño de la red significativa ($\beta=0,879$; $p < 0,001$), frecuencia del contacto ($\beta=0,081$; $p < 0,01$) y satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,070$; $p < 0,05$) e incorpora la variable pertenece a grupo étnico ($\beta = -0,067$; $p < 0,01$). Esta última variable muestra que quienes pertenecen a un grupo étnico originario perciben un menor apoyo social. La incorporación de esta variable eleva ligeramente el porcentaje de varianza explicada hasta el 78,4%.

En general, se pone de manifiesto la íntima relación existente entre estructura de la red social, satisfacción con las relaciones sociales y percepción de apoyo social. Nuestros análisis destacan el tamaño de la red significativa para el sujeto como el elemento central de dicha relación, si bien es necesario señalar que la satisfacción con las relaciones establecidas en dicha red se relaciona significativa y sistemáticamente

con la percepción de recibir apoyo social entre las personas mayores que formaron parte de nuestra muestra.

8.2. APOYO SOCIAL Y BIENESTAR SOCIAL Y PSICOLÓGICO DE LAS PERSONAS MAYORES.

Para concluir con la exposición de los resultados obtenidos en el análisis de los datos de nuestra muestra se analizará la relación existente entre apoyo social y bienestar en las personas mayores en la región de Arica-Parinacota. Ya en el análisis de los antecedentes teóricos y empíricos se puso de manifiesto la relevancia que en la investigación previa ha cobrado el apoyo social a la hora de dar cuenta de diversos procesos relacionados con el bienestar social y psicológico de las personas mayores. En el cuestionario utilizado en la presente investigación se incorporaron diversas medidas de bienestar, tanto social como psicosocial. En concreto, se aplicaron medidas para los siguientes procesos: Dependencia en las actividades de la vida diaria, síntomas asociados a problemas de salud, depresión y percepción de seguridad del barrio en el que reside la persona mayor. Estas variables fueron incorporadas en el análisis de datos como variables dependientes.

Por otro lado, el cuestionario utilizado incluyó medidas complejas y multidimensionales de apoyo social, tal y como se detalló en el apartado correspondiente. Esta circunstancia puso a disposición del análisis un amplio número de variables relacionadas con diversos aspectos del apoyo (dimensiones estructurales, funciones del apoyo, fuentes del mismo, etc.). Para reducir la complejidad del análisis y dotar al mismo de sentido y fundamento teórico, se formularon cinco modelos que incorporan distintos grupos de variables relativas al apoyo social y que fueron introducidos de manera sucesiva y acumulativa en el análisis estadístico.

En cuanto a los modelos concretos, el conjunto de variables predictivas o independientes que constituyó cada uno de los modelos se resume de la siguiente forma:

1. Frecuencia del contacto. 2. Satisfacción con las relaciones sociales 3. Tamaño de la red	Modelo 1. Aspectos estructurales
4. Apoyo emocional 5. Consejo 6. Apoyo instrumental	Modelo 2. Redes Sociales I
7. Reciprocidad en el apoyo emocional 8. Reciprocidad en el consejo 9. Reciprocidad en el apoyo instrumental	Modelo 3. Redes Sociales II
10. Participación en un club de adultos mayores 11. Participación en agrupaciones religiosas (ambas conforman el Apoyo Social Comunitario)	Modelo 4. Apoyo Social
12. Sexo 13. Etnia	Modelo 5. Variables de Control

Como puede apreciarse, los modelos responden a los principios de análisis conceptual del apoyo social discutidos en la primera parte de esta tesis. La denominación de los modelos trata de sintetizar en una etiqueta el contenido de dichos modelos, con el objetivo de facilitar la exposición y lectura de los resultados. En este sentido, el Modelo 1 recibe la denominación de “Aspectos estructurales del apoyo”, ya que las variables que lo conforman responden, precisamente, a dicho concepto. Se incorpora aquí la satisfacción con la red social, ya que nuestros análisis han mostrado la relevancia de la evaluación de los aspectos estructurales del apoyo. El Modelo 2 (Redes Sociales) incorpora, además de los aspectos estructurales, las funciones cumplidas por el apoyo social, con la distinción clásica entre apoyo emocional, apoyo instrumental y consejo. A estas variables se añaden, en el Modelo 3 (Redes Sociales II) la reciprocidad en la prestación de dichas funciones. Como puede apreciarse, los modelos 2 y 3 tratan de resumir, precisamente, las principales dimensiones – estructurales y funcionales –

de las redes de apoyo en las que se desarrolla la vida de los individuos. A ello, el Modelo 4 añade la dimensión comunitaria, motivo por el cual podemos considerar que se trata del modelo más integrador posible del apoyo (ya que considera un amplio número de sus dimensiones) derivado de los datos generados a través de nuestro cuestionario. Este tercer modelo incorpora la estructura de la red, sus funciones en términos de apoyo y el papel de la integración comunitaria en la definición del apoyo social. Por último, a través del Modelo 5 se pretende controlar el papel de las variables anteriormente descritas en función del sexo y la pertenencia étnica.

Además, es importante señalar que cada variable dependiente fue analizada conforme a los modelos antes presentados, pero además se desarrollaron modelos equivalentes conceptualmente tomando en consideración las fuentes del apoyo, tales como cónyuge, hijos, familiares y amigos, dada la relevancia que en los resultados anteriores ha cobrado esta diferenciación. De esta manera los modelos quedan representados de la siguiente manera:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia del contacto 2. Satisfacción con las relaciones sociales 3. Tamaño de la red 	<p>Modelo 1. Aspectos estructurales</p>
<ol style="list-style-type: none"> 4. Apoyo emocional del cónyuge 5. Consejo del cónyuge 6. Apoyo instrumental del cónyuge 7. Apoyo emocional de los hijos 8. Consejo de los hijos 9. Apoyo instrumental de los hijos 	<p>Modelo 2. Redes Sociales por fuentes I.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 10. Apoyo emocional de los familiares 11. Consejo de los familiares 12. Apoyo instrumental de los familiares 13. Apoyo emocional de los amigos 14. Consejo de los amigos 15. Apoyo instrumental de los amigos 	<p>Modelo 3. Redes Sociales por fuente II</p>
<ol style="list-style-type: none"> 16. Reciprocidad en el apoyo emocional del cónyuge 17. Reciprocidad en el consejo del cónyuge 18. Reciprocidad en el apoyo instrumental del cónyuge 	<p>Modelo 4. Redes Sociales por fuentes III</p>

19. Reciprocidad en el apoyo emocional de los hijos 20. Reciprocidad en el consejo de los hijos 21. Reciprocidad en el apoyo instrumental de los hijos 22. Reciprocidad en el apoyo emocional de los familiares 23. Reciprocidad en el consejo de los familiares 24. Reciprocidad en el apoyo instrumental de los familiares 25. Reciprocidad en el apoyo emocional de los amigos 26. Reciprocidad en el consejo de los amigos 27. Reciprocidad en el apoyo instrumental de los amigos	
28. Participación en un club de adultos mayores 29. Participación en agrupaciones religiosas (ambas conforman el Apoyo Social Comunitario)	Modelo 5. Apoyo Social
30. Sexo 31. Etnia	Modelo 6. Variables de Control

Dadas las características de esta propuesta, se ejecutaron análisis de regresión jerárquica. Es dicho análisis, algunas de las variables incluidas toman la forma de variables ficticias, adoptando los valores que se señalan a continuación:

1. Participación en club de adultos mayores	0 = No participa 1= Participa
2. Participación en agrupaciones religiosas	0 = No participa 1= Participa
3. Sexo	0= Mujer 1= Hombre
4. Etnia (pertenece a grupo étnico originario)	0 = No pertenece 1= Pertenece

En las páginas que siguen se presentan los resultados obtenidos. En todas las tablas se incluyen, además de los valores de los estadísticos correspondientes, el porcentaje de varianza explicada por cada uno de los modelos y el cambio en el estadístico de contraste (F) para los mismos.

a) Dependencia en las actividades de la vida diaria.

El análisis se ocupa en primer lugar de la relación entre apoyo social y el grado de dependencia en las actividades de la vida cotidiana. Tal como muestra la **tabla 8.2.1.** el primer (aspectos estructurales) y el segundo modelo (redes sociales I) muestran valores significativos en la predicción de la variable dependencia en las actividades de la vida diaria. En todo caso, en ambos modelos solo tamaño de la red logra predecir la dependencia. De esta manera al contar con una red más amplia, menor es la dependencia, tal como muestra el Modelo 1 ($\beta = -0,139$; $p < 0.01$) y el Modelo 2 ($\beta = -0,328$; $p < 0.001$). En tanto los modelos tres, cuatro y cinco no muestran valores significativos para la predicción de la dependencia.

Resulta interesante, tal como muestra la **tabla 8.2.2.**, que al realizar un análisis por fuente de apoyo social, la dependencia puede ser explicada por fuentes familiares como el cónyuge y además aparece la figura de las amistades; además destaca que la variable “tamaño de la red” permanezca como una variable predictiva significativa en todos los modelos según fuente. De esta manera, los resultados muestran como variables predictivas de la dependencia, en el Modelo 1, el tamaño de red ($\beta = -0,139$; $p < 0.01$).

En el Modelo 2 (que incorpora los elementos funcionales por fuente), aparecen relaciones significativas con la frecuencia del contacto ($\beta = 0,143$; $p < 0.05$), el tamaño de la red ($\beta = -0,128$; $p < 0.01$), el apoyo emocional del cónyuge ($\beta = -1,056$; $p < 0.05$) y el consejo del cónyuge ($\beta = 1,158$; $p < 0.05$).

En el Modelo 3, que incorpora la reciprocidad en el apoyo, el tamaño de la red ($\beta = -0,327$; $p < 0.001$), el apoyo emocional del cónyuge, ($\beta = -1,054$; $p < 0.05$) y el consejo de amigos ($\beta = 1,119$; $p < 0.05$) aparecen como variables significativas.

En el Modelo 4 (incorporando la reciprocidad), la frecuencia del contacto ($\beta = 0,125$; $p < 0.05$), el tamaño de la red ($\beta = -0,366$; $p < 0.001$), el apoyo emocional del cónyuge ($\beta = -1,102$; $p < 0.05$), el consejo de los amigos ($\beta = 0,545$; $p < 0.05$) y la reciprocidad instrumental de los amigos ($\beta = -1,186$; $p < 0.01$) se presentan como variables significativamente relacionadas con la dependencia.

En el Modelo 5, el tamaño de la red ($\beta = -0,362$; $p < 0.001$), el apoyo emocional del cónyuge ($\beta = -1,033$; $p < 0.05$), el consejo de los amigos ($\beta = 0,543$; $p < 0.05$) y la reciprocidad del consejo de amigos ($\beta = -1,135$; $p < 0.05$) se relacionan con la dependencia en las actividades cotidianas. Ninguna de los indicadores de apoyo social comunitario alcanzó valores estadísticamente significativos.

Finalmente en el Modelo 6, ninguna de las dos variables de control (sexo y pertenencia aun grupo étnico) alcanzan valores significativos en su asociación con la dependencia, siendo las relaciones estadísticamente significativas las correspondientes al tamaño de la red ($\beta = -0,358$; $p < 0.001$), el apoyo emocional del cónyuge ($\beta = -1,045$; $p < 0.05$), el consejo de los amigos ($\beta = 0,540$; $p < 0.05$) y la reciprocidad del consejo de los amigos ($\beta = -1,134$; $p < 0.05$).

Según los resultados de la tabla **8.2.2.**, la dependencia en las actividades de la vida diaria es menor cuando se cuenta con una red más amplia, se tiene más apoyo emocional del cónyuge, mayor es la reciprocidad en el apoyo instrumental de los amigos y mayor es la reciprocidad del consejo de las amistades. En tanto mayor es la

dependencia, cuando mayor es la frecuencia del contacto con las redes sociales y mayor es el consejo recibido por parte de las amistades. Es fundamental enfatizar que no se pueden establecer relaciones causales, dado el diseño de la investigación (diseño transversal de recogida de datos). En este sentido no parece adecuado señalar que la frecuencia de contacto en el marco de la red social o disponer de consejo por parte de las amistades determina mayor dependencia, siendo más bien razonable pensar en este punto que las situaciones de dependencia llevan a una movilización eficaz de las redes sociales, y en concreto de las redes de amistad.

Por último, tal como muestra la **tabla 8.2.1.**, el Modelo 4 predice el 5,1% de la varianza de la dependencia, en tanto la **tabla 8.2.2.**, muestra que el Modelo 5 predice el 7,7% de la varianza de la dependencia.

Tabla 8.2.1. Regresión jerárquica para dependencia en las actividades básicas de la vida diaria según modelos generales de apoyo social.

MODELO (r ²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Aspectos estructurales (,040) (7,81***)	Frecuencia del contacto	,153	,084	,116
	Satisfacción con las relaciones sociales	,093	,100	,059
	Tamaño de la Red Significativa	-,488	,156	-,139**
Modelo 2. Redes Sociales I (,040) (2,572*)	Frecuencia del contacto	,129	,084	,098
	Satisfacción con las relaciones sociales	,072	,100	,046
	Tamaño de la Red Significativa	-1,154	,326	-,328***
	Apoyo emocional	,012	,091	,028
	Consejo	,122	,070	,264
Modelo 3. Redes Sociales II (,049)(1,073)	Apoyo Instrumental	-,032	,077	-,068
	Frecuencia del contacto	,129	,084	,098
	Satisfacción con las relaciones sociales	,052	,102	,033
	Tamaño de la Red Significativa	-1,215	,343	-,345***
	Apoyo emocional	-,007	,103	-,016
	Consejo	,075	,076	,162
	Apoyo Instrumental	-,068	,080	-,148
Modelo 4. Apoyo Social (,051)(1,465)	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,059	,207	-,069
	Reciprocidad en Consejo	,290	,218	,333
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	-,014	,249	-,016
	Frecuencia del contacto	,119	,085	,090
	Satisfacción con las relaciones sociales	,054	,105	,034
	Tamaño de la Red Significativa	-1,207	,344	-,343***
	Apoyo emocional	-,006	,103	-,012
	Consejo	,073	,076	,158
	Apoyo Instrumental	-,064	,080	-,139
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,056	,207	-,066
Modelo 5. Control por sexo y etnia (,048)(,168)	Reciprocidad en Consejo	,291	,218	,334
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	-,035	,250	-,040
	Participación en Club de AM	-,058	,431	-,007
	Participación religiosa	,853	,498	,077
	Frecuencia del contacto	,119	,085	,090
	Satisfacción con las relaciones sociales	,054	,106	,034
	Tamaño de la Red Significativa	-1,191	,350	-,338***
	Apoyo emocional	-,010	,103	-,022
	Consejo	,073	,076	,158
	Apoyo Instrumental	-,065	,080	-,139
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,059	,207	-,069
	Reciprocidad en Consejo	,294	,219	,338
Reciprocidad en Apoyo Instrumental	-,030	,252	-,035	
Participación en Club de AM	-,102	,442	-,012	
Participación religiosa	,796	,515	,072	
Sexo	-,199	,430	-,022	
Pertenece a grupo étnico	-,147	,423	-,016	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

Tabla 8.2.2. Regresión jerárquica para dependencia en las actividades básicas de la vida diaria según modelos de apoyo social por fuentes informales.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1 Aspectos estructurales (,040) (7,816***)	Frecuencia del contacto	,153	,084	,116
	Satisfacción con las relaciones sociales	,093	,100	,059
	Tamaño de la Red Significativa	-,488	,156	-,139**
Modelo 2. Redes Sociales por fuentes I (,052) (2,083*)	Frecuencia del contacto	,189	,085	,143*
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,010	,109	-,006
	Tamaño de la Red Significativa	-,450	,189	-,128**
	Apoyo emocional del cónyuge	-1,021	,507	-1,056*
	Consejo del cónyuge	1,122	,486	1,158*
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,011	,371	-,001
	Apoyo emocional de los hijos	-,050	,151	-,098
	Consejo de los hijos	,093	,103	,173
Modelo 3. Redes Sociales por fuentes II (,060)(1,612)	Frecuencia del contacto	,160	,085	,121
	Satisfacción con las relaciones sociales	,008	,109	,005
	Tamaño de la Red Significativa	-1,151	,331	-,327***
	Apoyo emocional del cónyuge	-1,019	,506	-1,054*
	Consejo del cónyuge	1,084	,486	1,119*
	Apoyo Instrumental del cónyuge	,122	,372	,127
	Apoyo emocional de los hijos	,010	,154	,019
	Consejo de los hijos	,133	,104	,249
	Apoyo Instrumental de los hijos	-,068	,126	-,131
	Apoyo emocional de los familiares	,171	,170	,260
	Consejo de los familiares	-,119	,142	-,167
	Apoyo Instrumental de los familiares	,044	,177	,064
	Apoyo emocional de los amigos	,055	,278	,050
Consejo de los amigos	,373	,283	,317	
Apoyo Instrumental de los amigos	-,258	,265	-,232	
Modelo 4. Redes Sociales por fuentes III (,074)(1,628)	Frecuencia del contacto	,165	,086	,125*
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,014	,111	-,009
	Tamaño de la Red Significativa	-1,288	,357	-,366***
	Apoyo emocional del cónyuge	-1,066	,518	-1,102*
	Consejo del cónyuge	,921	,506	,950
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,589	,515	-,614
	Apoyo emocional de los hijos	-,074	,172	-,144
	Consejo de los hijos	,057	,117	,107
	Apoyo Instrumental de los hijos	-,140	,135	-,270
	Apoyo emocional de los familiares	,190	,203	,290
	Consejo de los familiares	-,160	,144	-,226
	Apoyo Instrumental de los familiares	,088	,183	,128
	Apoyo emocional de los amigos	,212	,429	,191
	Consejo de los amigos	,641	,303	,545*
	Apoyo Instrumental de los amigos	,498	,452	,449
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	,927	1,540	,485
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,359	1,021	,187
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	,581	1,352	,303
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,197	,291	-,196
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,170	,351	,169
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,503	,393	,508
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	-,507	,454	-,391
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	,642	,429	,470
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	-,157	,499	-,117
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	,570	1,032	,263
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	-,247	,950	-,109
Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-2,638	1,123	-1,186**	

Modelo 5. Apoyo Social por Fuentes (,077)(1,704)	Frecuencia del contacto	,154	,086	,117
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,040	,117	-,025
	Tamaño de la Red Significativa	-1,274	,357	-,362***
	Apoyo emocional del cónyuge	-,999	,519	-1,033*
	Consejo del cónyuge	,857	,506	,884
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,510	,516	-,532
	Apoyo emocional de los hijos	-,082	,172	-,159
	Consejo de los hijos	,054	,117	,101
	Apoyo Instrumental de los hijos	-,132	,135	-,255
	Apoyo emocional de los familiares	,197	,203	,299
	Consejo de los familiares	-,153	,144	-,215
	Apoyo Instrumental de los familiares	,098	,184	,142
	Apoyo emocional de los amigos	,232	,429	,212
	Consejo de los amigos	,638	,302	,543*
	Apoyo Instrumental de los amigos	,483	,452	,435
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	,868	1,540	,453
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,325	1,028	,169
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	,528	1,350	,275
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,187	,291	-,186
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,153	,351	,152
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,502	,392	,507
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	-,529	,455	-,408
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	,718	,432	,526
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	-,255	,502	-,190
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	,592	1,031	,273
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	-,413	,953	-,182
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-2,524	1,125	-1,135*
Participación en Club de AM	,228	,445	,026	
Participación religiosa	,872	,500	,079	
Modelo 6. Control por sexo y etnia (,074)(,163)	Frecuencia del contacto	,154	,086	,116
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,041	,117	-,026
	Tamaño de la Red Significativa	-1,260	,362	-,358***
	Apoyo emocional del cónyuge	-1,011	,521	-1,045*
	Consejo del cónyuge	,867	,508	,895
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,497	,518	-,518
	Apoyo emocional de los hijos	-,081	,172	-,158
	Consejo de los hijos	,055	,117	,103
	Apoyo Instrumental de los hijos	-,134	,135	-,258
	Apoyo emocional de los familiares	,188	,204	,286
	Consejo de los familiares	-,156	,144	-,220
	Apoyo Instrumental de los familiares	,101	,184	,147
	Apoyo emocional de los amigos	,235	,429	,212
	Consejo de los amigos	,635	,303	,540*
	Apoyo Instrumental de los amigos	,481	,452	,433
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	,782	1,551	,409
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,348	1,032	,181
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	,569	1,355	,296
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,189	,292	-,188
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,145	,352	,145
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,510	,393	,514
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	-,523	,456	-,404
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	,726	,434	,531
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	-,256	,504	-,190
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	,582	1,034	,268
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	-,400	,955	-,176
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-2,523	1,127	-1,134*
Participación en Club de AM	,182	,455	,021	
Participación religiosa	,810	,516	,073	
Sexo	-,219	,433	-,024	
Pertenece a grupo étnico	-,110	,424	-,012	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

b) Síntomas asociados a problemas de salud.

Obviamente, los problemas de salud constituyen uno de los elementos centrales del bienestar en el caso de las personas mayores. En el presente epígrafe se analiza la relación existente entre el apoyo social (a partir de los modelos analíticos anteriormente enunciados) y los diversos problemas de salud considerados en la investigación, detallados en la sección correspondiente de esta tesis. Tal como muestra la tabla **8.2.3.**, en la predicción de la variable “síntomas asociados a problemas de salud aparecen” como una constante en los cinco modelos analizados la frecuencia del contacto y la satisfacción con las relaciones sociales. Los resultados indican que las variables independientes que muestran una asociación estadísticamente significativa según los modelos, son las siguientes:

Modelo 1 (aspectos estructurales): Frecuencia del contacto ($\beta= 0,287$; $p<0.001$) y satisfacción con las relaciones sociales ($\beta= -0,376$; $p<0.001$).

Modelo 2 (incorporando los elementos funcionales): Frecuencia del contacto ($\beta= 0,292$; $p<0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta= -0,356$; $p<0.001$), tamaño de la red ($\beta= 0,190$; $p<0.05$), apoyo emocional ($\beta= 0,407$; $p<0.05$) y consejo ($\beta= -0,319$; $p<0.05$).

Modelo 3 (que añade la reciprocidad): Frecuencia del contacto ($\beta= 0,295$; $p<0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta= -0,366$; $p<0.001$) y consejo ($\beta= -0,405$; $p<0.01$). Es preciso señalar que este modelo no aporta, en términos estadísticos, capacidad explicativa con respecto a los anteriores.

Modelo 4 (apoyo social comunitario): Frecuencia del contacto ($\beta= 0,289$; $p<0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta= -0,414$; $p<0.001$), tamaño de la red ($\beta=$

0,193; $p < 0.05$), consejo ($\beta = -0,384$; $p < 0.05$) y participación en un club de adultos mayores ($\beta = 0,126$; $p < 0.01$).

Modelo 5 (control por sexo y grupo étnico): Frecuencia del contacto ($\beta = 0,262$; $p < 0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta = -0,387$; $p < 0.001$), consejo ($\beta = -0,342$; $p < 0.05$) y sexo ($\beta = -0,161$; $p < 0.01$). Es este quinto modelo el que mayor porcentaje de la varianza explicada, alcanzando el 11,4%.

En resumen, los resultados ponen de manifiesto que la sintomatología asociada a problemas de salud es mayor cuando es mayor la frecuencia del contacto, se cuenta con una amplia red de apoyo social, mayor es la percepción de apoyo emocional y se participa en un club de adultos mayores. Al contrario, la sintomatología asociada a problemas de salud es menos frecuente cuanto mayor es la satisfacción con las relaciones sociales, mayor es la percepción del consejo y se es hombre.

Tabla 8.2.3. Regresión jerárquica para síntomas asociados a problemas de salud según modelos generales de apoyo social.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Aspectos estructurales (,072) (12,742***)	Frecuencia del contacto	,203	,045	,287***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,315	,054	-,376***
	Tamaño de la Red Significativa	,138	,086	,072
Modelo 2. Redes Sociales I (,085) (3,120*)	Frecuencia del contacto	,207	,045	,292***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,299	,054	-,356***
	Tamaño de la Red Significativa	,361	,175	,190*
	Apoyo emocional	,102	,053	,407*
	Consejo	-,082	,039	-,319*
Modelo 3. Redes Sociales II (,081),(,483)	Apoyo Instrumental	-,062	,041	-,243
	Frecuencia del contacto	,208	,046	,295***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,307	,055	-,366***
	Tamaño de la Red Significativa	,335	,184	,176
	Apoyo emocional	,100	,059	,398
	Consejo	-,104	,044	-,405**
	Apoyo Instrumental	-,078	,044	-,303
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,009	,120	-,019
Modelo 4. Apoyo Social (,091)(3,346*)	Reciprocidad en Consejo	,111	,118	,229
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	-,018	,135	-,038
	Frecuencia del contacto	,205	,046	,289***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,347	,057	-,414***
	Tamaño de la Red Significativa	,367	,183	,193*
	Apoyo emocional	,108	,059	,432
	Consejo	-,098	,044	-,384*
	Apoyo Instrumental	-,066	,044	-,259
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,035	,120	-,073
	Reciprocidad en Consejo	,121	,118	,249
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	-,052	,135	-,107
Modelo 5. Control por sexo y etnia (,114)(6,857**)	Participación en Club de AM	,584	,233	,126**
	Participación religiosa	,134	,274	,022
	Frecuencia del contacto	,186	,045	,262***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,324	,056	-,387***
	Tamaño de la Red Significativa	,302	,184	,159
	Apoyo emocional	,101	,058	,403
	Consejo	-,088	,043	-,342*
	Apoyo Instrumental	-,060	,043	-,232
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,049	,119	-,103
	Reciprocidad en Consejo	,087	,117	,179
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	-,008	,134	-,016
	Participación en Club de AM	,402	,236	,086
Participación religiosa	-,094	,279	-,016	
	Sexo	-,786	,231	-,161**
	Pertenece a grupo étnico	,340	,226	,068

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

Por otro lado, la **tabla 8.2.4.** refleja el papel de las fuentes del apoyo social según los modelos previamente explicitados. En este contexto, las variables predictivas de frecuencia del contacto y satisfacción con las relaciones sociales se mantienen en los seis modelos analizados según fuentes de apoyo social. Al analizar los datos más detalladamente se observan las siguientes variables predictivas:

Modelo 1: Frecuencia del contacto ($\beta = 0,287$; $p < 0.001$) y satisfacción con las relaciones sociales ($\beta = -0,376$; $p < 0.001$).

Modelo 2: Frecuencia del contacto ($\beta = 0,269$; $p < 0.001$) y satisfacción con las relaciones sociales ($\beta = -0,286$; $p < 0.001$).

Modelo 3: Frecuencia del contacto ($\beta = 0,284$; $p < 0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta = -0,300$; $p < 0.001$), tamaño de la red ($\beta = 0,171$; $p < 0.05$), apoyo emocional de los familiares ($\beta = 0,678$; $p < 0.01$) y apoyo instrumental de los familiares ($\beta = -0,595$; $p < 0.01$).

Modelo 4: Frecuencia del contacto ($\beta = 0,295$; $p < 0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta = -0,308$; $p < 0.001$), tamaño de la red ($\beta = 0,214$; $p < 0.05$), apoyo emocional de los familiares ($\beta = 0,609$; $p < 0.05$), apoyo instrumental de los familiares ($\beta = -0,557$; $p < 0.05$) y reciprocidad del consejo de los hijos ($\beta = 0,706$; $p < 0.05$).

Modelo 5: Frecuencia del contacto ($\beta = 0,294$; $p < 0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta = -0,345$; $p < 0.001$), tamaño de la red ($\beta = 0,223$; $p < 0.05$), apoyo emocional de los familiares ($\beta = 0,612$; $p < 0.05$), apoyo instrumental de los familiares ($\beta = -0,530$; $p < 0.05$), reciprocidad del consejo de los hijos ($\beta = 0,701$; $p < 0.05$) y reciprocidad del apoyo emocional de la familia ($\beta = 0,656$; $p < 0.05$).

Modelo 6: Frecuencia del contacto ($\beta = 0,273$; $p < 0.001$), satisfacción con las relaciones sociales ($\beta = -0,337$; $p < 0.001$), tamaño de la red ($\beta = 0,201$; $p < 0.05$), reciprocidad del apoyo emocional de la familia ($\beta = 0,663$; $p < 0.05$) y sexo ($\beta = -0,144$; $p < 0.01$).

En otras palabras, los resultados indican que mayor es la sintomatología asociada a problemas de salud, cuando: mayor es la frecuencia del contacto, se cuenta con una amplia red de apoyo social, se recibe más apoyo emocional de la familia, mayor es la reciprocidad del consejo de los hijos, mayor es la reciprocidad del apoyo emocional de la familia. En este punto conviene introducir, nuevamente, una notable cautela en términos de interpretación de la dirección causal. Si bien esta causalidad no puede establecerse dado el diseño de la investigación, nuevamente es razonable suponer que la aparición de problemas de salud moviliza los recursos que componen la red de apoyo de las personas mayores, sobre todo aquellos constituidos por la familia más cercana. En tanto, menor es la sintomatología asociada a problemas de salud, cuando: mayor es la satisfacción con las relaciones sociales, se recibe más apoyo instrumental de los familiares y se es hombre.

Es necesario señalar que tan solo los modelos 2 (redes sociales familiares), 3 (redes sociales) y 6 suponen un incremento significativo en el estadístico de contraste. Este último modelo (que introduce el control por sexo y grupo étnico) explica el 12,4% de la varianza de la sintomatología asociada a problemas de salud.

Tabla 8.2.4. Regresión jerárquica para síntomas asociados a problemas de salud según modelos de apoyo social por fuentes informales.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Aspectos estructurales (,072) (12,742)	Frecuencia del contacto	,203	,045	,287***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,315	,054	-,376***
	Tamaño de la Red Significativa	,138	,086	,072
Modelo 2. Redes Sociales por fuentes I (,088) (2,370*)	Frecuencia del contacto	,190	,046	,269***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,240	,059	-,286***
	Tamaño de la Red Significativa	,072	,103	,038
	Apoyo emocional del cónyuge	-,089	,281	-,171
	Consejo del cónyuge	,002	,267	,004
	Apoyo Instrumental del cónyuge	,003	,198	,005
	Apoyo emocional de los hijos	,072	,082	,260
	Consejo de los hijos	-,041	,055	-,144
Modelo 3. Redes Sociales por fuentes II (,105)(2,408*)	Frecuencia del contacto	,201	,046	,284***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,252	,059	-,300***
	Tamaño de la Red Significativa	,325	,177	,171*
	Apoyo emocional del cónyuge	-,134	,280	-,260
	Consejo del cónyuge	,074	,266	,142
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,055	,198	-,107
	Apoyo emocional de los hijos	,017	,083	,062
	Consejo de los hijos	-,059	,056	-,206
	Apoyo Instrumental de los hijos	,022	,067	,079
	Apoyo emocional de los familiares	,249	,102	,678**
	Consejo de los familiares	-,081	,086	-,206
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,228	,094	-,595**
	Apoyo emocional de los amigos	,128	,151	,210
Consejo de los amigos	-,147	,151	-,227	
Apoyo Instrumental de los amigos	-,050	,143	-,081	
Modelo 4. Redes Sociales por fuentes III (,108)(1,129)	Frecuencia del contacto	,209	,046	,295***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,259	,060	-,308***
	Tamaño de la Red Significativa	,407	,192	,214*
	Apoyo emocional del cónyuge	-,118	,287	-,227
	Consejo del cónyuge	-,065	,280	-,125
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,303	,293	-,591
	Apoyo emocional de los hijos	,090	,093	,323
	Consejo de los hijos	-,091	,064	-,317
	Apoyo Instrumental de los hijos	-,008	,072	-,030
	Apoyo emocional de los familiares	,223	,116	,609*
	Consejo de los familiares	-,064	,093	-,163
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,213	,099	-,557*
	Apoyo emocional de los amigos	,095	,241	,156
	Consejo de los amigos	-,285	,167	-,439
	Apoyo Instrumental de los amigos	-,142	,248	-,230
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	1,048	,831	1,023
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,331	,537	,322
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-,660	,712	-,642
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,303	,187	-,562
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,382	,189	,706*
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	-,117	,217	-,219
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,508	,243	,702
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-,370	,234	-,482
Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	-,180	,269	-,238	
Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-,531	,565	-,441	
Reciprocidad en Consejo de los amigos	,388	,517	,307	
Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	,649	,612	,524	

Modelo 5. Apoyo Social por Fuentes (,108)(1,004)	Frecuencia del contacto	,208	,046	,294***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,289	,064	-,345***
	Tamaño de la Red Significativa	,423	,193	,223*
	Apoyo emocional del cónyuge	-,088	,289	-,170
	Consejo del cónyuge	-,077	,281	-,148
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,295	,294	-,575
	Apoyo emocional de los hijos	,093	,093	,333
	Consejo de los hijos	-,088	,065	-,306
	Apoyo Instrumental de los hijos	-,004	,073	-,016
	Apoyo emocional de los familiares	,225	,116	,612*
	Consejo de los familiares	-,063	,093	-,159
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,202	,099	-,530*
	Apoyo emocional de los amigos	,114	,242	,186
	Consejo de los amigos	-,293	,167	-,450
	Apoyo Instrumental de los amigos	-,139	,248	-,226
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	1,113	,832	1,085
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,237	,541	,231
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-,662	,713	-,644
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,318	,187	-,591
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,379	,189	,701*
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	-,119	,217	-,224
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,474	,245	,656*
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-,330	,236	-,429
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	-,208	,271	-,276
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-,522	,565	-,434
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	,372	,520	,294
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	,631	,612	,509
Participación en Club de AM	,344	,243	,074	
Participación religiosa	,019	,278	,003	
Modelo 6. Control por sexo y etnia (,124)(4,917**)	Frecuencia del contacto	,193	,046	,273***
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,282	,064	-,337***
	Tamaño de la Red Significativa	,381	,194	,201*
	Apoyo emocional del cónyuge	-,064	,287	-,123
	Consejo del cónyuge	-,071	,278	-,137
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,211	,293	-,412
	Apoyo emocional de los hijos	,096	,093	,344
	Consejo de los hijos	-,082	,064	-,286
	Apoyo Instrumental de los hijos	-,011	,072	-,041
	Apoyo emocional de los familiares	,200	,115	,545
	Consejo de los familiares	-,057	,092	-,144
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,183	,099	-,478
	Apoyo emocional de los amigos	,095	,240	,155
	Consejo de los amigos	-,283	,166	-,436
	Apoyo Instrumental de los amigos	-,117	,246	-,190
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	,782	,832	,763
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,334	,537	,324
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-,621	,707	-,604
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,303	,186	-,563
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,343	,188	,634
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	-,092	,215	-,173
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,479	,243	,663*
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-,372	,235	-,483
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	-,167	,269	-,221
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-,570	,560	-,474
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	,410	,516	,324
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	,629	,607	,507
Participación en Club de AM	,195	,246	,042	
Participación religiosa	-,171	,282	-,029	
Sexo	-,703	,235	-,144**	
Pertenece a grupo étnico	,232	,230	,046	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

c) Depresión.

Tal como muestra la **tabla 8.2.5.**, al considerar las puntuaciones en depresión en la muestra objeto de estudio, nuevamente aparecen como variables predictivas la frecuencia del contacto y la satisfacción con las relaciones sociales en los cinco modelos analizados. Revisando más en detalle las variables predictivas, se observa que para el Modelo 1, son la frecuencia del contacto ($\beta=0,156$; $p<0.05$) y la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=-0,175$; $p<0.01$) las variables que alcanzan significatividad en términos estadísticos.

Para el Modelo 2, que introduce los elementos funcionales del apoyo, nuevamente son la frecuencia del contacto ($\beta=0,172$; $p<0.01$) y la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=-0,160$; $p<0.01$) las únicas variables que presentan una asociación significativa.

En el Modelo 3, que incorpora la reciprocidad en el apoyo, las variables que resultan en una relación estadísticamente significativa con las puntuaciones en depresión son la frecuencia del contacto ($\beta=0,168$; $p<0.01$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=-0,145$; $p<0.05$) y el tamaño de la red ($\beta=0,205$; $p<0.05$).

Igualmente, en el Modelo 4, son la frecuencia del contacto ($\beta=0,175$; $p<0.01$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=-0,151$; $p<0.05$) y el tamaño de la red ($\beta=0,203$; $p<0.05$).

Como puede apreciarse, no existe variación en las variables que alcanzan una asociación estadísticamente significativa con la depresión en los modelos 2, 3 y 4. No es de extrañar, por tanto, que dicho modelos no generen un cambio significativo en el estadístico de contraste del modelo (F), tal y como se recoge en la **tabla 8.2.5.** .

Únicamente el Modelo 5, que introduce las variables “sexo” y “pertenencia a grupo étnico” provoca un cambio significativo con respecto al Modelo 1. De hecho, se mantiene la asociación estadísticamente significativa entre depresión y frecuencia del contacto en el seno de la red ($\beta=0,149$; $p<0.05$) pero se agregan las siguientes variables: participación religiosa ($\beta=-0,097$; $p<0.05$), sexo ($\beta=-0,105$; $p<0.05$) y pertenencia a grupo étnico ($\beta=0,107$; $p<0.05$). Es importante resaltar que en este último modelo surge una relación significativa entre un indicador de participación comunitaria y las puntuaciones en depresión. En todo caso, el porcentaje de varianza explicado se sitúa en un nivel bajo, ligeramente por encima del 3%.

En otras palabras, los resultados indican que la depresión en las personas mayores estudiadas se presenta cuando: mayor es la frecuencia del contacto con las redes sociales, menor es la satisfacción con las relaciones sociales establecidas, mayor es el tamaño de las redes sociales, menor es la participación en agrupaciones religiosas, se es mujer y se pertenece a un grupo étnico originario.

Tabla 8.2.5. Regresión jerárquica para depresión según modelos generales de apoyo social.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Aspectos estructurales (,010) (2,503*)	Frecuencia del contacto	,151	0,65	,156*
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,201	,077	-,175**
	Tamaño de la Red Significativa	-,085	-,121	-,033
Modelo 2. Redes Sociales I (,015) (1,818)	Frecuencia del contacto	,167	0,65	,172**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,184	,077	-,160**
	Tamaño de la Red Significativa	,404	,248	-,156
	Apoyo emocional	-,033	,075	-,097
	Consejo	-,044	,056	-,126
	Apoyo Instrumental	5,163	,059	,000
Modelo 3. Redes Sociales II (,015)(1,025)	Frecuencia del contacto	,162	0,66	,168**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,166	,078	-,145*
	Tamaño de la Red Significativa	,532	,261	,205*
	Apoyo emocional	,018	,083	,051
	Consejo	-,006	,062	-,017
	Apoyo Instrumental	,016	,062	,046
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,237	,170	-,366
	Reciprocidad en Consejo	-,074	,168	-,111
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	,083	,192	,125
Modelo 4. Apoyo Social (,016)(1,219)	Frecuencia del contacto	,169	0,66	,175**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,173	,081	-,151*
	Tamaño de la Red Significativa	,525	,261	,203*
	Apoyo emocional	,020	,083	,058
	Consejo	-,003	,062	-,010
	Apoyo Instrumental	,015	,062	,042
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,245	,171	-,379
	Reciprocidad en Consejo	-,073	,168	-,110
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	,093	,193	,141
	Participación en Club de AM	,148	,333	,023
	Participación religiosa	-,599	,393	-,073
Modelo 5. Control por sexo y etnia (,032)(4,685**)	Frecuencia del contacto	,144	0,66	,149*
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,145	,081	-,126
	Tamaño de la Red Significativa	,410	,263	,158
	Apoyo emocional	,017	,083	,049
	Consejo	,009	,062	,027
	Apoyo Instrumental	,024	,062	,067
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,255	,170	-,393
	Reciprocidad en Consejo	-,125	,167	-,188
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	,144	,192	,218
	Participación en Club de AM	-,015	,338	-,002
	Participación religiosa	-,799	,401	-,097*
	Sexo	-,702	,330	-,105*
	Pertenece a grupo étnico	,729	,324	,107*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

La consideración de las fuentes de apoyo social introduce variantes menores pero significativas en el análisis. Los resultados recogidos en la **tabla 8.2.6.** ponen de manifiesto que la variable predictiva que se mantiene en los seis modelos considerados es la frecuencia del contacto. Al realizar un análisis más detallado sobre las variables predictivas, es posible advertir que en el Modelo 1 (aspectos estructurales del apoyo), son la frecuencia del contacto ($\beta=0,151$; $p<0.05$) y la satisfacción con los contactos sociales ($\beta= -0,175$; $p<0.01$) las dos variables cuya asociación con las puntuaciones en depresión alcanzar valores estadísticamente significativos.

En el Modelo 2, solo aparece la frecuencia del contacto ($\beta=0,161$; $p<0.01$) como variable predictiva. No es de extrañar que este modelo no produzca mejora alguna con respecto al anterior. En el Modelo 3, son la frecuencia del contacto ($\beta=0,175$; $p<0.01$) y el apoyo emocional de la familia ($\beta=0,582$; $p<0.05$) las variables que protagonizan una asociación significativa. De hecho, es el Modelo 4 el que introduce cambios de mayor relevancia y magnitud estadística con respecto a los anteriores. En este caso son la frecuencia del contacto ($\beta=0,188$; $p<0.01$), el tamaño de la red ($\beta=0,239$; $p<0.05$), el apoyo instrumental del cónyuge ($\beta=-1,286$; $p<0.05$), el apoyo instrumental de los familiares ($\beta=-0,638$; $p<0.01$), la reciprocidad del apoyo emocional del cónyuge ($\beta=2,033$; $p<0.01$) y la reciprocidad del apoyo emocional de los hijos ($\beta=-1,239$; $p<0.001$). El porcentaje de la varianza explicado en este modelo duplica el del anterior, alcanzando el 6,3%. Esta circunstancia pone de manifiesto la importancia de diferenciar las fuentes del apoyo social para dar cuenta de la depresión entre las personas mayores. De hecho, los dos modelos siguientes muestran alguna variación cualitativamente interesante, a saber, la incorporación de la participación religiosa

(indicador de apoyo comunitario) y de las variables sociodemográficas al listado de variables con una asociación significativa con las puntuaciones en depresión. Sin embargo, ni el modelo 5 (modelo de apoyo social general) ni el modelo 6 (control por variables sociodemográficas) suponen un incremento significativo del porcentaje de varianza explicada. Sea como fuere, merece la pena comentar dichas variaciones.

Así, en el Modelo 5, son la frecuencia del contacto ($\beta=0,199$; $p<0.01$), el tamaño de la red ($\beta=0,231$; $p<0.05$), el apoyo instrumental del cónyuge ($\beta=-1,381$; $p<0.01$), el apoyo instrumental de los familiares ($\beta=-0,652$; $p<0.05$), la reciprocidad del apoyo emocional del cónyuge ($\beta=2,067$; $p<0.01$) y la reciprocidad del apoyo emocional de los hijos ($\beta=-1,254$; $p<0.001$).

Por último, en el Modelo 6, son la frecuencia del contacto ($\beta=0,178$; $p<0.01$), el apoyo instrumental del cónyuge ($\beta=-1,303$; $p<0.05$), el apoyo instrumental de los familiares ($\beta=-0,616$; $p<0.05$), la reciprocidad del apoyo emocional del cónyuge ($\beta=1,906$; $p<0.05$), la reciprocidad del apoyo emocional de los hijos ($\beta=-1,200$; $p<0.001$), la reciprocidad del consejo de los familiares ($\beta=-0,638$; $p<0.05$), la participación religiosa ($\beta=-0,115$; $p<0.01$) y la pertenencia étnica ($\beta=0,094$; $p<0.05$).

Por tanto los resultados indican que la depresión en las personas mayores estudiadas se asocia con una mayor frecuencia del contacto con las redes sociales, menor grado de satisfacción con las relaciones sociales establecidas, mayores puntuaciones en el apoyo emocional recibido por parte de la familia y el cónyuge, menor apoyo emocional por parte de los hijos, menor apoyo instrumental del cónyuge y los familiares, menor reciprocidad del consejo por parte de familiares, menor participación en agrupaciones religiosas y se asocia con la pertenencia a una etnia originaria del país.

Tabla 8.2.6. Regresión jerárquica para depresión según modelos de apoyo social por fuentes informales.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Aspectos estructurales (,010) (2,503)	Frecuencia del contacto	,151	,065	,156*
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,201	,077	-,175**
	Tamaño de la Red Significativa	-,085	,121	-,033
Modelo 2. Redes Sociales por fuentes I (,016) (1,445)	Frecuencia del contacto	,156	,066	,161**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,121	,084	-,105
	Tamaño de la Red Significativa	-,017	,147	-,007
	Apoyo emocional del cónyuge	-,239	,400	-,338
	Consejo del cónyuge	,177	,379	,249
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,038	,282	-,054
	Apoyo emocional de los hijos	-,077	,117	-,203
	Consejo de los hijos	-,043	,079	-,108
Modelo 3. Redes Sociales por fuentes II (,035)(2,474*)	Frecuencia del contacto	,169	,065	,175**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,130	,084	-,113
	Tamaño de la Red Significativa	,348	,251	,134
	Apoyo emocional del cónyuge	-,270	,398	-,381
	Consejo del cónyuge	,250	,377	,353
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,126	,281	-,180
	Apoyo emocional de los hijos	-,137	,118	-,361
	Consejo de los hijos	-,074	,079	-,189
	Apoyo Instrumental de los hijos	,148	,095	,390
	Apoyo emocional de los familiares	,292	,144	,582*
	Consejo de los familiares	-,037	,122	-,069
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,360	,134	-,689
	Apoyo emocional de los amigos	-,340	,215	-,409
Consejo de los amigos	,207	,215	,234	
Apoyo Instrumental de los amigos	,128	,204	,152	
Modelo 4. Redes Sociales por fuentes III (,063)(2,079**)	Frecuencia del contacto	,182	,066	,188**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,109	,085	-,095
	Tamaño de la Red Significativa	,619	,270	,239*
	Apoyo emocional del cónyuge	-,286	,404	-,404
	Consejo del cónyuge	,013	,393	,019
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,901	,412	-1,286*
	Apoyo emocional de los hijos	,059	,131	,155
	Consejo de los hijos	-,020	,090	-,051
	Apoyo Instrumental de los hijos	,173	,102	,456
	Apoyo emocional de los familiares	,250	,163	,499
	Consejo de los familiares	,010	,130	,019
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,333	,139	-,638**
	Apoyo emocional de los amigos	-,206	,339	-,247
	Consejo de los amigos	,233	,235	,262
	Apoyo Instrumental de los amigos	,585	,349	,696
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	2,850	1,166	2,033**
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,273	,753	,194
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-1,135	1,000	-,807
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,911	,262	-1,239***
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,251	,266	,340
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,069	,304	,094
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,438	,342	,443
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-,529	,328	-,504
Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	-,051	,377	-,050	
Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-,741	,793	-,452	
Reciprocidad en Consejo de los amigos	-,004	,725	-,002	
Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-,532	,858	-,315	

Modelo 5. Apoyo Social por Fuentes (,069)(2,419)	Frecuencia del contacto	,193	,066	,199**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,081	,090	-,070
	Tamaño de la Red Significativa	,599	,270	,231*
	Apoyo emocional del cónyuge	-,356	,404	-,502
	Consejo del cónyuge	,080	,392	,112
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,967	,411	-1,381**
	Apoyo emocional de los hijos	,065	,131	,172
	Consejo de los hijos	-,016	,090	-,041
	Apoyo Instrumental de los hijos	,167	,101	,441
	Apoyo emocional de los familiares	,241	,162	,481
	Consejo de los familiares	,007	,130	,013
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,341	,139	-,652**
	Apoyo emocional de los amigos	-,212	,338	-,255
	Consejo de los amigos	,220	,234	,248
	Apoyo Instrumental de los amigos	,576	,348	,685
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	2,898	1,165	2,067**
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,299	,757	,212
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-1,085	,997	-,772
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,922	,262	-1,254***
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,261	,265	,354
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,074	,303	,101
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,446	,342	,452
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-,595	,330	-,567
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	,052	,379	,050
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-,771	,791	-,470
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	,171	,728	,099
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-,603	,857	-,357
Participación en Club de AM	-,196	,342	-,031	
Participación religiosa	-,821	,391	-,100*	
Modelo 6. Control por sexo y etnia (,077)(2,895)	Frecuencia del contacto	,173	,066	,178**
	Satisfacción con las relaciones sociales	-,070	,090	-,061
	Tamaño de la Red Significativa	,505	,272	,195
	Apoyo emocional del cónyuge	-,284	,404	-,401
	Consejo del cónyuge	,061	,391	,086
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,913	,411	-1,303*
	Apoyo emocional de los hijos	,065	,130	,171
	Consejo de los hijos	-,011	,090	-,027
	Apoyo Instrumental de los hijos	,163	,101	,429
	Apoyo emocional de los familiares	,233	,162	,464
	Consejo de los familiares	,014	,129	,027
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,322	,139	-,616*
	Apoyo emocional de los amigos	-,229	,337	-,276
	Consejo de los amigos	,239	,233	,269
	Apoyo Instrumental de los amigos	,606	,346	,721
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	2,672	1,170	1,906*
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	,386	,755	,274
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-1,113	,994	-,792
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,883	,261	-1,200***
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,224	,264	,303
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,089	,302	,122
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,436	,341	,442
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-,670	,330	-,638*
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	,120	,379	,116
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-,832	,788	-,507
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	,210	,725	,121
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-,609	,853	-,360
Participación en Club de AM	-,287	,347	-,045	
Participación religiosa	-,940	,398	-,115**	
Sexo	-,471	,330	-,070	
Pertenece a grupo étnico	,645	324	,094*	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

d) Percepción de seguridad del barrio.

Es indudable que la percepción del entorno inmediato, residencial, es de vital importancia a la hora de dar cuenta del bienestar de las personas mayores. En este sentido, una dimensión clave está relacionada con la percepción de residir en un entorno seguro. La relación entre dicho proceso y las diversas dimensiones del apoyo social constituye el último objeto de la exposición de los resultados de la investigación empírica. En la explicación de la percepción de seguridad del barrio en que habitan las personas mayores de la muestra, tal como se observa en la **tabla 8.2.7.**, nuevamente surgen como variables fundamentales, en los cinco modelos objeto de análisis, la frecuencia del contacto y la satisfacción con las relaciones sociales establecidas. Un análisis más detallado de las variables predictivas muestra que en el Modelo 1 (aspectos estructurales) las tres variables consideradas son relevantes. De esta manera, la frecuencia del contacto ($\beta=-0,256$; $p<0.001$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,244$; $p<0.001$) y el tamaño de la red ($\beta=-0,141$; $p<0.01$) muestran una asociación estadísticamente significativa con la percepción de un entorno seguro entre las personas mayores.

Para el Modelo 2 se encuentran asociaciones estadísticamente significativas de la percepción de seguridad con la frecuencia del contacto ($\beta=-0,260$; $p<0.001$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,235$; $p<0.001$), el tamaño de la red ($\beta=-0,188$; $p<0.05$), el apoyo emocional ($\beta=-0,414$; $p<0.05$) y el consejo ($\beta=0,602$; $p<0.001$). En el Modelo 3 esta asociación se da con la frecuencia del contacto ($\beta=-0,268$; $p<0.001$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,262$; $p<0.001$), el consejo ($\beta=0,769$; $p<0.05$) y la reciprocidad del consejo ($\beta=0,492$; $p<0.05$).

Sin embargo, es la introducción de la dimensión comunitaria del apoyo social (Modelo 4) lo que incrementa notablemente la capacidad explicativa de la varianza, alcanzando el 11 %). En este modelo la percepción de un entorno residencial seguro se relaciona con la frecuencia del contacto en el marco de la red social ($\beta=-0,277$; $p<0.001$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,203$; $p<0.01$), el consejo ($\beta=0,800$; $p<0.001$), la reciprocidad del consejo ($\beta=0,477$; $p<0.05$) y la participación en un club de adultos mayores ($\beta=0,172$; $p<0.001$).

Por último, el Modelo 5 no genera un cambio significativo en el estadístico de contraste con respecto al modelo anterior. De igual forma, el incremento en la varianza explicada tampoco es significativo.

En resumen, los resultados indican que una percepción de seguridad del barrio se relaciona negativamente con la frecuencia con los contactos sociales y positivamente con la satisfacción con las relaciones sociales establecidas, el tamaño de la red de apoyo, el apoyo emocional percibido, el consejo recibido, la reciprocidad del consejo y con la participación en agrupaciones de adultos mayores.

Tabla 8.2.7. Regresión jerárquica para percepción de seguridad del barrio según modelos generales de apoyo social.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Aspectos estructurales (,053) (10,149***)	Frecuencia del contacto	-,394	,097	-,256***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,449	,116	,244***
	Tamaño de la Red Significativa	-,579	,180	-,141**
Modelo 2. Redes Sociales I (,078) (5,452**)	Frecuencia del contacto	-,400	,096	-,260***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,433	,115	,235***
	Tamaño de la Red Significativa	-,771	,374	-,188*
	Apoyo emocional	-,215	,105	-,414*
	Consejo	,324	,080	,602***
	Apoyo Instrumental	-,064	,088	-,199
Modelo 3. Redes Sociales II (,089)(2,883*)	Frecuencia del contacto	-,412	,096	-,268***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,483	,116	,262***
	Tamaño de la Red Significativa	-,551	,392	-,134
	Apoyo emocional	-,132	,117	-,254
	Consejo	,414	,086	,769*
	Apoyo Instrumental	-,012	,091	-,023
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,347	,236	-,349
	Reciprocidad en Consejo	-,500	,249	-,492*
Modelo 4. Apoyo Social (,110)(6,670**)	Frecuencia del contacto	-,426	,096	-,277***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,374	,118	,203**
	Tamaño de la Red Significativa	-,449	,388	-,109
	Apoyo emocional	-,117	,116	-,225
	Consejo	,431	,085	,800***
	Apoyo Instrumental	,023	,090	,042
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,393	,233	-,396
	Reciprocidad en Consejo	-,485	,246	-,477*
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	,260	,283	,257
	Participación en Club de AM	1,756	,486	,172***
	Participación religiosa	,142	,562	,011
Modelo 5. Control por sexo y etnia (,116)(2,720)	Frecuencia del contacto	-,418	,096	-,272***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,367	,119	,200**
	Tamaño de la Red Significativa	-,343	,393	-,084
	Apoyo emocional	-,136	,116	-,262
	Consejo	,430	,085	,799***
	Apoyo Instrumental	,021	,090	,039
	Reciprocidad en Apoyo Emocional	-,404	,233	-,406
	Reciprocidad en Consejo	-,459	,246	-,452
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental	,266	,283	,263
	Participación en Club de AM	1,612	,497	,158***
	Participación religiosa	-,048	,578	-,004
	Sexo	-,679	,483	-,064
Pertenece a grupo étnico	-,880	,475	-,080	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

Los resultados recogidos en la **tabla 8.2.8.** respaldan la importancia de la dimensión comunitaria del apoyo en la percepción de un entorno residencial seguro e introducen la importancia del consejo (elemento funcional) en función de la fuente que lo emite. En todo caso, la variable predictiva “frecuencia del contacto” se mantiene en los seis modelos que explican la percepción de seguridad del barrio. Al realizar un análisis por modelo, se observa que las variables predictivas son las siguientes. Para el Modelo 1, la frecuencia del contacto ($\beta=-0,256$; $p<0.001$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta= 0,244$; $p<0.001$) y el tamaño de la red ($\beta=-0,141$; $p<0.001$).

En el Modelo 2, igualmente son la frecuencia del contacto ($\beta=-0,265$; $p<0.001$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,175$; $p<0.01$) y el tamaño de la red ($\beta=-0,232$; $p<0.001$).

El Modelo 3, las variables que se asocian significativamente con la percepción de seguridad son la frecuencia del contacto ($\beta=-0,263$; $p<0.001$), la satisfacción con las relaciones sociales ($\beta=0,184$; $p<0.01$), el apoyo emocional de los amigos ($\beta=-0,680$; $p<0.001$) y el consejo de los amigos ($\beta= 0,773$; $p<0.001$).

La aportación del Modelo 4 (redes sociales globales, incluyendo la reciprocidad del apoyo) no tiene como resultado un cambio significativo en el estadístico de contraste con respecto al Modelo anterior. Todo lo contrario ocurre con el Modelo 5, que introduce la dimensión comunitaria del apoyo social. En este sentido, la percepción de seguridad entre las personas mayores se asocia con la frecuencia de contacto dentro de la red social significativa ($\beta=-0,267$; $p<0.001$), el consejo de los hijos ($\beta=0,450$; $p<0.05$), el consejo de los familiares ($\beta=0,434$; $p<0.05$), el consejo de los amigos ($\beta= 0,730$; $p<0.01$), la reciprocidad del apoyo emocional de los hijos ($\beta=-0,536$; $p<0.05$), la

reciprocidad del consejo de los familiares ($\beta=-0,729$; $p<0.01$) y la participación en un club de adultos mayores ($\beta=0,168$; $p<0.001$).

Finalmente, el Modelo 6, aparecen relaciones significativas entre la variable independiente y la frecuencia del contacto ($\beta=-0,260$; $p<0.001$), el consejo de los hijos ($\beta=0,455$; $p<0.05$), el consejo de los familiares ($\beta=0,423$; $p<0.05$), el consejo de los amigos ($\beta=0,712$; $p<0.01$), la reciprocidad del apoyo emocional de los hijos ($\beta=-0,558$; $p<0.05$), la reciprocidad del consejo de los familiares ($\beta=-0,680$; $p<0.05$), la participación en un club de adultos mayores ($\beta=0,150$; $p<0.01$) y la pertenencia a una etnia ($\beta=-0,092$; $p<0.05$). Conviene señalar que el porcentaje de la varianza explicado por este modelo alcanza el 17,4%.

Por tanto, los resultados indican que una percepción la seguridad del barrio se asocia negativamente con la frecuencia con los contactos sociales, con la reciprocidad en el apoyo emocional de los hijos y con la reciprocidad en el consejo de los familiares. Al contrario, la percepción de seguridad aumenta en la medida es que es mayor la satisfacción con las relaciones sociales establecidas, el consejo de los hijos, de familiares no cercanos y de amigos. Igualmente, la participación comunitaria (en este caso a través de los clubes de adultos mayores) se relaciona con una mayor percepción de seguridad. Por último, la sensación de seguridad es menor entre los mayores que pertenecen a grupos étnicos originarios. Estos resultados pueden resultar paradójicos en cierta medida, sobre todo en lo que se refiere a la asociación negativa entre percepción de seguridad y reciprocidad en el consejo de familiares no cercanos. En todo caso, parece claro que la función de consejo característica del apoyo social se presenta como una variable clave para explicar la sensación de seguridad entre las

personas mayores en la región de Arica-Parinacota. Lo mismo cabe decir de la importancia de la dimensión comunitaria del apoyo social, que en el análisis de percepción de seguridad ha surgido de manera sistemática como un proceso relevante.

Tabla 8.2.8. Regresión jerárquica para percepción de seguridad del barrio según modelos de apoyo social por fuentes informales.

MODELO (r²) (CAMBIO EN F)		B	E.T.	β
Modelo 1. Aspectos estructurales (,053) (10,149***)	Frecuencia del contacto	-,394	,097	-,256***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,449	,116	,244***
	Tamaño de la Red Significativa	-,579	,180	-,141***
Modelo 2. Redes Sociales por fuentes I (,086) (3,966***)	Frecuencia del contacto	-,407	,097	-,265***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,322	,124	,175**
	Tamaño de la Red Significativa	-,951	,217	-,232***
	Apoyo emocional del cónyuge	-,329	,580	-,292
	Consejo del cónyuge	,918	,556	,813
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,437	,424	-,391
	Apoyo emocional de los hijos	-,226	,173	-,376
	Consejo de los hijos	,281	,118	,451
Modelo 3. Redes Sociales por fuentes II (,133)(5,329***)	Frecuencia del contacto	-,404	,095	-,263***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,338	,122	,184**
	Tamaño de la Red Significativa	-,536	,370	-,131
	Apoyo emocional del cónyuge	-,315	,566	-,280
	Consejo del cónyuge	,809	,544	,716
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,420	,417	-,375
	Apoyo emocional de los hijos	-,302	,173	-,504
	Consejo de los hijos	,206	,117	,331
	Apoyo Instrumental de los hijos	,134	,141	,221
	Apoyo emocional de los familiares	,058	,190	,075
	Consejo de los familiares	,264	,159	,320
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,336	,198	-,419
	Apoyo emocional de los amigos	-,877	,311	-,680**
	Consejo de los amigos	1,059	,317	,773***
Apoyo Instrumental de los amigos	-,378	,297	-,292	
Modelo 4. Redes Sociales por fuentes III (,145)(1,584)	Frecuencia del contacto	-,403	,096	-,262***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,385	,125	,209**
	Tamaño de la Red Significativa	-,299	,400	-,073
	Apoyo emocional del cónyuge	-,219	,580	-,194
	Consejo del cónyuge	1,006	,567	,891
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,327	,577	-,293
	Apoyo emocional de los hijos	-,192	,192	-,320
	Consejo de los hijos	,267	,131	,429
	Apoyo Instrumental de los hijos	,166	,151	,274
	Apoyo emocional de los familiares	,058	,228	,076
	Consejo de los familiares	,350	,161	,424*
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,252	,205	-,314
	Apoyo emocional de los amigos	-,679	,480	-,527
	Consejo de los amigos	1,028	,339	,751**
	Apoyo Instrumental de los amigos	,404	,506	,312
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	,901	1,724	,404
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	-,346	1,144	-,154
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-1,407	1,514	-,629
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,599	,326	-,513
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,035	,393	,030
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,111	,440	,096
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,276	,509	,183
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-1,359	,480	-,854**
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	,659	,559	,420
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-1,084	1,156	-,429
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	1,085	1,064	,411
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-1,914	1,258	-,738

Modelo 5. Apoyo Social por Fuentes (,164)(6,060**)	Frecuencia del contacto	-,410	,095	-,267***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,244	,130	,132
	Tamaño de la Red Significativa	-,213	,396	-,052
	Apoyo emocional del cónyuge	-,112	,576	-,099
	Consejo del cónyuge	,978	,562	,866
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,244	,572	-,218
	Apoyo emocional de los hijos	-,187	,190	-,311
	Consejo de los hijos	,280	,130	,450*
	Apoyo Instrumental de los hijos	,185	,150	,307
	Apoyo emocional de los familiares	,056	,225	,073
	Consejo de los familiares	,358	,160	,434*
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,195	,204	-,243
	Apoyo emocional de los amigos	-,590	,476	-,458
	Consejo de los amigos	1,000	,335	,730**
	Apoyo Instrumental de los amigos	,438	,501	,338
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	1,130	1,708	,507
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	-,843	1,141	-,376
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-1,378	1,498	-,616
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,626	,323	-,536*
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	,008	,389	,007
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,081	,435	,070
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,124	,505	,082
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-1,160	,479	-,729**
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	,507	,556	,323
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-1,045	1,144	-,414
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	,988	1,057	,374
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-2,046	1,248	-,789
Participación en Club de AM	1,715	,494	,168***	
Participación religiosa	,035	,555	,003	
Modelo 6. Control por sexo y etnia (,174)(3,996***)	Frecuencia del contacto	-,400	,095	-,260***
	Satisfacción con las relaciones sociales	,228	,129	,124
	Tamaño de la Red Significativa	-,078	,399	-,019
	Apoyo emocional del cónyuge	-,211	,574	-,187
	Consejo del cónyuge	1,038	,559	,920
	Apoyo Instrumental del cónyuge	-,192	,569	-,172
	Apoyo emocional de los hijos	-,186	,189	-,310
	Consejo de los hijos	,283	,129	,455*
	Apoyo Instrumental de los hijos	,179	,149	,297
	Apoyo emocional de los familiares	,006	,225	,008
	Consejo de los familiares	,350	,159	,423*
	Apoyo Instrumental de los familiares	-,187	,203	-,233
	Apoyo emocional de los amigos	-,587	,473	-,455
	Consejo de los amigos	,976	,333	,712**
	Apoyo Instrumental de los amigos	,421	,498	,325
	Reciprocidad en Apoyo Emocional del cónyuge	,787	1,707	,353
	Reciprocidad en Consejo del cónyuge	-,782	1,135	-,349
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental del cónyuge	-1,140	1,491	-,510
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los hijos	-,651	,321	-,558*
	Reciprocidad en Consejo de los hijos	-,014	,387	-,012
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los hijos	,109	,433	,094
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los familiares	,156	,502	,104
	Reciprocidad en Consejo de los familiares	-1,081	,477	-,680*
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los familiares	,463	,554	,295
	Reciprocidad en Apoyo Emocional de los amigos	-1,053	1,137	-,417
	Reciprocidad en Consejo de los amigos	1,021	1,051	,387
	Reciprocidad en Apoyo Instrumental de los amigos	-2,058	1,240	-,794
Participación en Club de AM	1,536	,500	,150**	
Participación religiosa	-,204	,567	-,016	
Sexo	-,857	,477	-,080	
Pertenece a grupo étnico	-1,006	,466	-,092*	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. ET, error estándar.

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

9.1. DISCUSIÓN.

Las redes de apoyo social en la vejez cambian, corroborándose la idea de que las redes sociales son dinámicas, poseen características de sistemas abiertos en constante proceso de construcción y reconstrucción (Dabas, 1993). Pese a que en el envejecimiento se produzca una reducción o contracción de la red de apoyo social (Beel- Bates, Ingersoll y Nelson, 2007; Bowling, Grundy y Farguhar, 1995; Dabas, 1993; Lang y Cartensen, 1994; Sluzki, 1996), ello no afecta las denominadas redes significativas del mayor. Entre los factores que inciden en este cambio estructural destacan las pérdidas por la muerte de personas cercanas, la jubilación y los cambios de domicilios, entre otros factores. La reducción de los contactos sociales en la vejez es altamente selectiva, al sacrificar los contactos superficiales e intentar mantener aquellos más cercanos, los que proporcionan mayor recompensa emocional (Cartensen, Isaacowitz y Charles, 1999).

Con todo ello se confirman las afirmaciones de diversos autores (Chappell y Funk, 2011; Kahn y Antonucci, 1984; van Tilburg, 1998) de que las personas mayores no se encuentran aisladas o bien abandonadas, más bien pertenecen a sólidas redes sociales. Los resultados de esta investigación dan cuenta de una muestra de personas mayores altamente incorporadas a redes sociales familiares y de amigos, estando asimismo integradas en redes comunitarias. De igual manera, a partir de estos resultados se puede afirmar que las personas mayores investigadas pertenecen a lo que Scott y Wenger (1996) llaman “*red de apoyo local integrada*”, que supone personas que

mantienen relaciones estrechas con familiares, amigos y vecinos, y con una participación activa en la iglesia y en otras organizaciones de carácter voluntario.

La tipología de red de las personas mayores investigadas permiten aplicar las premisas de la denominada “hipótesis de la desvinculación- vinculación selectiva” (Neugarte, Havighurst y Tobin, 1961,1968), que postula que las personas mayores, más que desvincularse, realizan una reestructuración de sus actividades sociales. Tal como se advertía las personas incluidas en la muestra mantienen redes sólidas, siendo capaces de compensar ciertos contactos sociales con otros. Por ejemplo, los resultados indican que las personas mayores solteras se vinculan más con familiares extensos y amistades, lo mismo sucede en caso de viudedad. Asimismo, una proporción significativa de la muestra participa activamente en organizaciones sociales (club de adultos mayores, agrupaciones religiosas o bien la agrupación indígena) demostrando que tras la jubilación (o bien para las mujeres que se abocaron a la labores del hogar y cuidado de los hijos), se produce una reconstrucción de las redes de apoyo en organizaciones de carácter comunitario.

Igualmente, es posible aplicar los resultados al denominado “modelo de convoy” (Kahn y Antonucci, 1980) que establece la existencia de *capas protectoras* (convoy), que es el apoyo social proporcionado por las personas significativas en la vida del individuo, y que le permite afrontar tensiones, transiciones y momentos de crisis. Como ya se ha advertido, los hallazgos del estudio demuestran redes significativas pequeñas, pero funcionales en el momento de dar solución a las problemáticas propias de la vejez. Además, se confirma que en la vejez las redes significativas se mantienen intactas, pese a que el tamaño de la red tienda a disminuir. A lo que se pueda agregar, ya sea

por muerte o bien ausencia de alguna red, que las redes de apoyo pueden ser reemplazadas (Glaser et al., 2006; Wenger, 1992, 2009). Por ejemplo, la figura de un hermano puede ser reemplazada por otro familiar, y en caso de viudedad otras fuentes familiares se incorporan a la red significativa de apoyo. Estos resultados encuentran explicación en el denominado modelo jerárquico compensatorio (Cantor, 1979), según el cual cuando el elemento preferido está ausente, otros grupos actúan de una manera compensatoria. Posteriormente, Peters et al. (1987) agregan a este modelo la idea de que el patrón de elección se realiza entre “los otros disponibles”, siendo un elemento relevante de esta selección la proximidad.

Dentro de las clasificaciones de vejez, destaca una que integra diversos aspectos biopsicosociales y que se basa en la posibilidad de envejecer con presencia de ciertos indicadores de bienestar general y calidad de vida. Esta tipología, denominada “envejecimiento satisfactorio”, no solo da cuenta de una vejez saludable –física y mentalmente- , sino además competente en términos sociales (integración social). Autores como Rowe y Kahn (1998) postulan que este envejecimiento supone mantener relaciones interpersonales satisfactorias y actividades productivas (no solo las que tienen retribución económica, sino también las que contribuyen al crecimiento personal). Para que una persona viva una vejez “satisfactoria” ha de mantener y desarrollar redes sociales y realizar actividades que contribuyan a su bienestar, en otras palabras, ser capaces de dar y recibir apoyo social. Rowe y Kahn (1998) definen el apoyo social como la información que conduce al individuo a la convicción de que pertenece a una red de obligaciones recíprocas y consideran que el apoyo informal es un importante factor para el envejecimiento satisfactorio. Pese a que esta tesis

doctoral no evaluó variables como calidad de vida, satisfacción vital o bienestar subjetivo, que darían cuenta del denominado “envejecimiento satisfactorio”, de manera indirecta se puede aseverar que la muestra investigada se encuentra más cercana a esta tipología de vejez. De esta manera, las personas mayores investigadas declaran ausencia o baja incidencia de enfermedades, ser independientes para realizar actividades de la vida diaria y pocos casos presentan síntomas depresivos. Además, todos refieren contar con redes sociales de apoyo, recibiendo apoyo emocional, instrumental e informacional, y también son importantes proveedores de apoyo.

Un aspecto central del envejecimiento satisfactorio son las condiciones sociofísicas de las personas mayor, ámbito que determina la calidad de vida y el bienestar general de las persona mayor. En base a los “modelos de relación persona- ambiente” (Stokols, 1987), Fernández- Ballesteros (1987) desarrolló el “modelo de los efectos ambientales directos e indirectos”, incorporando el apoyo social en los factores externos que inciden en el comportamiento de los mayores. En este sentido, dentro de las variables sociofísicas investigadas destaca la percepción de seguridad del barrio. Los resultados de nuestro análisis de regresión jerárquica dan cuenta de que el apoyo social predice el 17,4% de la varianza de la percepción de seguridad del barrio durante la vejez y destacan entre las variables funcionales del apoyo social incluidas en los modelos el apoyo emocional (amigos) y el consejo (hijos, familiares, amigos). La percepción de ser apoyado por fuentes informales le permite a la persona mayor percibir positivamente la seguridad de su barrio. Asimismo el contar con redes de amistad en el vecindario se relaciona con satisfacción residencial (Hand et al., 2012; Rojo, et al., 2001).

En este estudio fue posible confirmar la incidencia positiva de la red de apoyo en los aspectos sociales del envejecimiento (integración social), pero además es posible advertir la incidencia positiva del apoyo social en los aspectos físicos y psicológicos - salud física y mental- de las personas mayores. A partir de la propuesta de Cohen (1988), quien agrupa sus modelos en modelos genéricos, modelos centrados en el estrés y modelos de procesos psicosociales, los resultados obtenidos parecen apoyar la relevancia del modelo 1 de los denominados “modelos genéricos”. Éste señala que el apoyo social está relacionado con distintas enfermedades a través de su influencia sobre patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo a enfermar. Diversos estudios en personas mayores refieren que a menor apoyo social, mayor es el riesgo a enfermar (Antonucci y Akiyama, 1987; Krassoievith, 1998; Prince et al., 1997; Uchino, 2009).

Tal y como se recordará, en el capítulo 8.2. se contrastaron distintos modelos a través del análisis de regresión jerárquica para analizar la relación entre apoyo social y diversos indicadores de bienestar psicosocial y en el ámbito de la salud (síntomas asociados a problemas de salud, dependencia en las actividades de la vida diaria y depresión). De esta manera se contrastaron modelos de apoyo social general y de apoyo social por fuente. Los modelos de apoyo social general, contenían aspectos estructurales (frecuencia del contacto, satisfacción con las relaciones sociales y tamaño de la red significativa), aspectos funcionales (apoyo emocional, consejo y apoyo instrumental), reciprocidad del apoyo (emocional, de consejo e instrumental), apoyo social comunitario (participación en el club de adultos mayores y la participación religiosa) y las variables de control sexo y pertenencia étnica. En tanto

que los modelos de apoyo social por fuente contenían estas mismas variables con la salvedad de que el apoyo social y la reciprocidad se midieron según fuente (cónyuge, hijos, familiares y amigos).

A la luz de los resultados obtenidos, el apoyo social explica el 12% de la varianza de los síntomas asociados a problemas de salud (dolores de espalda, rodilla, caderas, etc., problemas de memoria, problemas cardiacos, entre otros). En un principio, los resultados obtenidos sustentarían la idea de que recibir apoyo puede incidir positiva o negativamente en el desarrollo de estos síntomas. De esta manera, en las ecuaciones de regresión calculadas algunos factores se relacionan positivamente (en términos estadísticos) con una mayor presencia de síntomas (alta frecuencia del contacto con las redes sociales, amplia red de apoyo, apoyo emocional de la familia, la reciprocidad del consejo de los hijos y la reciprocidad del apoyo emocional de la familia). Por otro lado, los factores que se relacionan negativamente con la sintomatología son el estar satisfecho con las relaciones sociales establecidas, recibir apoyo instrumental de los familiares y ser hombre. Ahora bien, dado el diseño del presente estudio, de carácter transversal, no es posible afirmar la dirección de la causalidad. Dicho de otra manera, es posible que una alta frecuencia de contacto, o la amplitud de las redes de apoyo, por citar dos ejemplos, incrementen los síntomas relacionados con la salud (a través, por ejemplo, del denominado “estrés de red”). Sin embargo, nuestros resultados también son congruentes con una explicación diferente, a saber, que los problemas de salud movilizan la red social, de manera que, en especial en la vejez, es posible que cuando las personas mayores sufren deterioro en su salud, su red social se moviliza y/o amplía. Para atender a esta cuestión son necesarios diseños de carácter longitudinal,

constituyendo este punto una de las recomendaciones para el desarrollo posterior de la investigación.

Igualmente, es posible reconocer el modelo señalado en el párrafo anterior en lo que se refiere a la relación entre el apoyo social y los síntomas que incrementan o disminuyan el nivel de dependencia para realizar actividades de la vida diaria. Del mismo modo, la evidencia empírica confirma la influencia positiva del apoyo social en el estado funcional de las personas mayores (Al-Kandari, 2011; Hays et al., 2001; Liu, Liang y Gu, 1995; Travis et al., 2004; Uchino, Cacioppo y Kiecolt – Glaser, 1996; Unger et al., 1999). Los resultados muestran que los modelos de apoyo social explican el 7,7% de la varianza de la dependencia en las actividades de la vida diaria. Entre los factores que se relacionan de manera positiva (estadísticamente hablando) con los síntomas de dependencia destacan el contar con una amplia red de apoyo y recibir apoyo emocional del cónyuge. En tanto los factores que se relacionan negativamente con los síntomas de dependencia son una alta frecuencia del contacto con las redes sociales y el consejo de las amistades. De nuevo, no es posible establecer en este punto conclusiones definitivas en torno a la causalidad, dado el tipo de diseño de la investigación. Más aún, es muy posible que en el caso de la dependencia, sea incluso más verosímil la hipótesis que sugiere una movilización de los recursos de apoyo en caso de las necesidades que implica un incremento en la dependencia de las personas.

Finalmente, se puede aplicar el modelo 1 (genéricos) descrito por Cohen (1988) a las conductas que aumentan o disminuyan la probabilidad de desarrollar enfermedades mentales como la depresión. El apoyo social se relaciona positivamente con la salud mental en la vejez (Altintas, Gallouj y Guerriern, 2012; Antonucci, Fuhrer y Dartigues,

1997; Antonucci, Lansford y Akiyama, 2001; Chou y Chi, 2001; Chi y Chou, 2001; Forsell y Winblad, 1999; Kim, Sangalang y Kihl, 2012; Peirce et al., 2000; Penninx et al., 1997; Thanakwang y Soonthorndhada, 2011; Vanderhorst y MacLaren, 2005). Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que los modelos de apoyo social explican el 7,7% de la varianza de la depresión. Entre los factores que se asocian positivamente con los síntomas depresivos, destacan la alta frecuencia del contacto, la baja satisfacción con las relaciones sociales, el escaso apoyo emocional de hijos y el bajo apoyo instrumental del cónyuge y los familiares. Entre los factores que se relacionan negativamente con los síntomas depresivos, destaca la reciprocidad del consejo de familiares. Y es más frecuente encontrar síntomas de depresión entre las mujeres y las personas mayores que no participan en agrupaciones religiosas. Nuestros resultados en torno a la depresión, en todo caso, parecen consistentes con los antecedentes empíricos, de manera que bajos niveles de apoyo y de satisfacción con el mismo se relacionan con una mayor incidencia de síntomas de depresión. En cuanto a la relación positiva entre alta frecuencia del contacto, nuevamente, es preciso proceder con cautela, ya que esta asociación puede deberse a factores con un sentido diverso, por ejemplo, el estrés generado por la red social y la movilización de los recursos de apoyo en caso de necesidad.

Cambiando el nivel de análisis, es posible afirmar que en el estudio del apoyo social se distinguen tres perspectivas (Barrón, 1996), a saber, la perspectiva estructural, la perspectiva funcional y la perspectiva contextual. Las que se analizarán conforme a los resultados obtenidos en este estudio.

En la línea de investigaciones sobre **aspectos estructurales** del apoyo social en la vejez, la evidencia empírica muestra que la familia es la principal fuente de apoyo social durante esta etapa de la vida (Antonucci y Akiyama, 1987; Antonucci y Jackson, 1990; Arechavala y Miranda, 2002; Barros, 1994, 2001; Bazo, 2008; Connidis, 1994; Domingo, Maruja y Kabamalan, 1993; Help Age International, 2002; Herrera y Kornfeld, 2008; Huenchuan y Sosa, 2002; Keating et al., 1999; Kending, Hashimoto y Coppard, 1992; Siriboon, Siriwan y Knodel, 1993). Los resultados de este estudio comprueban que no solo la composición de la red es principalmente familiar, sino que además al consultar a las personas mayores por sus “redes significativas” la familia es considerada el principal soporte social durante el envejecimiento y los hijos suelen encabezar esta designación (Vera y Sotelo, 2005).

Otro aspecto estructural evaluado, fue el tamaño de la red de apoyo. De esta manera, los resultados indican un tamaño de las redes significativas más reducido (el 88% tiene redes de 1 a 3 personas) que los datos nacionales que refieren a redes significativas de 4 personas (Huenchuan y Sosa, 2002). Debe aclararse que se trata de las “redes significativas” y no del tamaño de la red social de la persona mayor. Como se ha señalado éstos no solo incorporan familiares cercanos como el cónyuge y los hijos, sino también familiares extensos, amistades, vecinos y compañeros de agrupación, poseyendo por tanto redes extensas y diversificadas. Se debe agregar otro dato relevante relacionado con el tamaño de la red significativa, ya que se trata de redes femeninas típicamente en aquellos casos que sobrepasan las 7 personas, lo que apoya la evidencia empírica de que las mujeres mayores tienen redes sociales más extensas que los hombres y de carácter extrafamiliar (Buendía y Riquelme, 1994; Corin, 1982;

Himes y Reidy, 2000; Jerrrome, 1993; Mugford y Kendig, 1986; Wenger, 1996). Se debe agregar que en el análisis de regresión jerárquica para variables generales del apoyo social, los modelos analizados explican el 74,8% de la varianza del apoyo social percibido. Destacan entre las variables analizadas, el tamaño de la red significativa de las personas mayores, de forma que esta variable se relaciona positiva y significativamente con el apoyo social percibido. Por tanto, queda de manifiesto la relevancia de esta dimensión estructural para el análisis de las redes de apoyo social en la vejez.

Si bien este estudio ha enfatizado el nivel microsocioal del apoyo social en personas mayores – en otras palabras, al nivel de relaciones íntimas y de confianza del sujeto – ya se advertía del tamaño de la “red significativa” que declaran los mayores centradas principalmente en miembros familiares. No obstante, los resultados muestran altos índices de participación comunitaria, ya sea en el club de adultos mayores (60%) o bien en agrupaciones religiosas (51%), poniendo de manifiesto que las redes de apoyo social durante la vejez incorporan a miembros no familiares que entregan un apoyo social complementario al dado por la familia. Tal como refieren Larson, Mannell y Zuzanek (1986), se trata de un espacio distinto al familiar, de mayor apertura, reciprocidad y retroalimentación positiva, además de independencia (Aronson, 1992; Barry, 1995; Cox y Dooley, 1996; Pinazo, 2005). Asimismo, cabe señalar que la importancia de las redes comunitarias en la vejez se debe a que permiten a las personas mayores reconstruir un sentido de pertenencia y una identidad entre pares, con experiencias vitales comunes (Gracia, Herrero y Musitu, 2001; Herzog et al., 1998; Mackean y Abbott, 2012; Montes de Oca, 2005). La participación comunitaria implica

no solo pertenecer a una agrupación, sino además ser aceptado por este grupo. De esta manera, se desprenden algunos de los mecanismos de apoyo social descritos por Thoits (2011), tanto la influencia social, la comparación social y el control social que ejercen los grupos de referencia (club de adultos mayores, la agrupación religiosa o bien étnica, entre otras) que llevan al individuo a modificar sus comportamientos hacia conductas saludables en términos físicos y mentales. Además los mecanismos de pertenencia y compañerismo, los que igualmente promueven comportamientos saludables, pero destaca entre ellos el compañerismo, ya que la ausencia de compañerismo se relaciona con depresión, ansiedad, malos hábitos de salud y problemas de salud.

Aunque este estudio se centró en las redes informales de las personas mayores, también se consultó la vinculación con redes formales estatales que prestan servicios básicos para la vejez. Dentro de las redes formales consultadas, destacan el consultorio y los servicios sociales del municipio (Programa Vínculos) y del SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). Los resultados indican que las personas mayores de la muestra están integradas en redes formales que mejoran sus condiciones de vida, principalmente los servicios sociales del área de salud.

Estructuralmente las redes de personas mayores que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos son pequeñas en su tamaño (Corin, 1982; Murrell y Norris, 1991) y en términos de composición más centradas en la familia, al ser más reticentes a establecer relaciones de amistad (Barros, 1994). Sin embargo, no se advierten diferencias en el tamaño de la red y en las fuentes de apoyo cuando se analizan variables como nivel socioeconómico, ocupación y escolaridad. Una posible explicación

a esto se debe al carácter comunitario de la muestra que trasciende la clase social, la ocupación o bien el nivel educacional, por tanto las personas mayores estudiadas gozan de redes sociales dentro y fuera de su grupo familiar.

En lo que respecta a los **aspectos funcionales**, los estudios sobre apoyo social en personas mayores señalan que los principales emisores del apoyo emocional son los familiares (Domínguez, 1991; Iglesias, López y Díaz, 2001; Krause, Liang y Keith, 1990).

Los resultados del estudio son congruentes con la evidencia empírica poniendo en primer lugar a los hijos, seguido del cónyuge. Por su parte, el apoyo instrumental también es otorgado principalmente por familiares (Arechavala y Miranda, 2002; Barros, 1994,2001; Domínguez, 1991; Herrera y Kornfeld, 2008; Huenchuan y Sosa, 2002), sin embargo los resultados del estudio muestran a los amigos como los principales proveedores de este apoyo. Una posible explicación se debe a los altos índices de participación en agrupaciones sociales cuyas amistades establecidas comienzan a ejercer roles que tradicionalmente realizaba la familia, como apoyar en ámbitos económicos o bien en la realización de actividades cotidianas de los mayores. Finalmente, en cuanto al apoyo informacional, y junto con los familiares, aparecen otras fuentes informales que proporcionan este tipo de apoyo. Destacando los vecinos, ya que según los resultados el 66% entrega información relevante ante problemáticas de la vejez (Fernández- Ballesteros et al., 1992; Vera y Sotelo, 2005).

Chappell y Funk (2011) han establecido que las personas mayores son importantes proveedores de apoyo social y los resultados de este estudio muestran efectivamente que los mayores de la muestra corresponden el apoyo emocional, el consejo y el apoyo instrumental, siendo los principales beneficiados de esta entrega los familiares

cercanos (cónyuge e hijos). Los resultados indican que los hijos reciben principalmente apoyo instrumental de sus padres mayores, lo que se explica, en el cuidado a los nietos, que no solo supone apoyo instrumental, sino que también emocional con las demostraciones de cariño en su rol de abuelo/a (Chappell y Funk, 2011; Huenchuan y Sosa, 2002; Stone, Rosenthal y Connidis, 1998).

Las personas mayores de la muestra refieren altos indicadores de reciprocidad, lo que comprueba la equidad del intercambio social. Estos resultados son contradictorios en cierta medida con los estudios que indican una asimetría en el apoyo social a medida que se cumplen más años, ello por el declive de las capacidades del mayor para retribuir lo apoyado (Kahn y Antonucci, 1984; Kaye y Monk, 1991).

En lo que refiere a diferencias de género en los aspectos funcionales del apoyo social en la vejez, se advierten diferencias significativas a favor de las mujeres. De esta manera, los resultados son consistentes con la evidencia empírica que da cuenta que las mujeres perciben más apoyo social (Okamoto y Tanaka, 2004; Wu y Pollard, 1998).

Las mujeres investigadas reciben más apoyo emocional e informacional de redes no familiares. Una posible explicación se debe a que las mujeres están más integradas a redes comunitarias e incorporan a amistades en sus redes sociales. No hay diferencias de género en el apoyo instrumental recibido, explicándose esta tendencia por el hecho de que este tipo de ayuda, indistintamente si se en hombre o mujer, se hace más necesaria a medida que se envejece (por el declive funcional).

Este declive funcional propio del proceso de envejecimiento, supone que a mayor edad, mayor será el apoyo social (Kahn y Antonucci, 1984), y especialmente el apoyo

instrumental e informacional, en tanto el emocional se mantiene relativamente estable (Shaw et al., 2007). Los resultados comprueban estas premisas, pero solo cuando el emisor del apoyo son fuentes familiares distintas a los hijos, es decir, los hijos mantienen sus niveles de apoyo a medida que envejece una persona. Un dato interesante es la correlación negativa y significativa entre edad y apoyo social otorgado por el cónyuge, demostrando que el envejecimiento, al afectar a la pareja, también disminuye su capacidad para dar apoyo social.

En cuanto al estado civil, Wenger (1984, 1986) refiere que el estar casado potencia la posibilidad de incrementar el apoyo social. Pese a que este estudio no corroboró esta premisa, sí se observan diferencias entre las personas mayores que declaran tener pareja y quienes están solos. Los resultados muestran que quienes tienen pareja reciben más apoyo emocional de sus respectivos cónyuges, lo que concuerda con lo planteado por Quinn, Hughston y Hunter (1984), al afirmar que el cónyuge es la fuente primaria de compañía y proximidad íntima. De igual manera este grupo recibe más apoyo instrumental de sus amistades y compañeros de agrupación. Por su parte, quienes no tienen pareja reciben más apoyo emocional de sus vecinos, más apoyo instrumental por parte de sus hijos y mayor apoyo informacional de sus compañeros de agrupación. El hecho de que los vecinos proporcionen más apoyo emocional a una persona mayor sin pareja, se explica por la disponibilidad física (Cantor, 1975); en tanto que los hijos den más apoyo instrumental a este grupo, se explica tal como plantea (Wenger, 2009) porque después del cónyuge son los hijos los principales proveedores de apoyo.

La estructura del hogar, es decir, con quién vive la persona mayor también resulta ser una variable central en el análisis funcional del apoyo social durante la vejez. En Chile la mayoría de las personas mayores vive acompañada (85%) y suele pertenecer a una estructura familiar extensa (Encuesta Nacional de Calidad de vida, 2010; Censo, 2002). Diversos estudios demuestran que el vivir solo disminuye el apoyo social (Johnson, Gallagher y Wolinsky, 2004; Huenchuan y Sosa, 2002) o por el contrario, que la posibilidad de mantener contacto con los demás, en especial familiares, aumenta la percepción del apoyo (Krause, Liang y Keith, 1990). En concordancia con ello, los resultados muestran que a mayor número de personas co-residentes, mayor será el apoyo social percibido. Cuando el co-residente es el hijo, mayor será el apoyo instrumental e informacional percibido. La evidencia empírica (Chalise, Kai y Saito, 2010; Help Age International, 2002; Huenchuan y Sosa, 2002) confirma que la co-residencia de los hijos resulta ser una de las principales fuentes de apoyo en la vejez, especialmente en situaciones de discapacidad o bien en personas mayores con necesidades especiales (Arber y Ginn, 1992; Molina, Láñez y Láñez, 2005; Pinazo, 2006; Sánchez, 1990). Investigaciones como la efectuada por IMSERSO (2010) muestran la relevancia de la co-residencia de hijos en el apoyo instrumental e informacional. Por su parte, el apoyo emocional no necesariamente necesita presencialidad en las demostraciones de cariño y afecto entre padres e hijos. Como afirma la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2010), existen otras vías no presenciales - comunicación vía telefónica o por correo- que permiten mantener el vínculo emocional.

Estudios previos sobre apoyo social y estatus socioeconómico indican que las clases sociales más desfavorecidas (personas que ejercían ocupaciones elementales)

presentan redes sociales más débiles funcionalmente o bien que a mayor ingreso económico, mayor será el apoyo social percibido (Weinberger, Hiner y Tierney, 1987). Los resultados muestran que las personas con mayor escolaridad tienen una mayor percepción de apoyo social, pudiéndose extrapolar estos resultados a las clases socioeconómicas positivamente favorecidas. Sin embargo, no fue posible observar diferencias en la funcionalidad del apoyo. Una posible explicación es la necesidad de ser apoyado durante la vejez, principalmente en términos instrumentales, lo que trasciende la clase social a la que se pertenezca, el nivel de estudios cursados o la ocupación ejercida. Puesto que todas las personas mayores experimentarán las crisis emocionales y físicas propias de la edad, en esa misma medida requerirán apoyo.

Por último, otro ámbito que incide en los aspectos estructurales del apoyo social en la vejez es la participación en organizaciones religiosas. Diversos autores (Lim y Putman, 2010; Pinckard y Guo, 2008; Yoon, 2008) demuestran que la religiosidad es una importante fuente de apoyo social y además se relaciona positivamente con otras variables psicosociales –salud física y mental, bienestar psicológico, entre otros – que promueven el apoyo social. Los resultados muestran diferencias significativas a favor de quienes participan en organizaciones religiosas frente a quienes declaran no practicar una religión. De esta manera quienes participan en agrupaciones religiosas reciben más apoyo emocional e informacional. Lo que confirma la idea de que la religión es un recurso protector durante la vejez, que no solo promueve conductas saludables en términos físicos y psicológicos, sino que además aumenta las conductas de apoyo social (Alvarado et al., 1995; Byrd, 1988; Ho et al., 1995; Kaplan, Munroe-Blum y Blazer, 1994; Koenig et al., 1992; Levin, Chatters y Taylor, 1995; Levin y Larson,

1997; Oxman, Freeman y Manheimer, 1995; Pressman et al., 1990; Reyes- Ortiz, Ayele y Mulligan, 1996).

En lo que refiere a los **aspectos del contexto**, Cohen y Syme (1985) afirman que uno de los elementos del contexto a considerar en el análisis del apoyo social son las “características de los participantes”. En este estudio se incluye la variable **etnicidad**, por tanto se considera como una variable en el análisis el pertenecer o no a una etnia indígena. Se debe aclarar que el abordaje de la variable “etnicidad” en el estudio constituye un aspecto exploratorio, no solo por la escasa evidencia empírica sobre el proceso de envejecimiento en personas mayores aymaras, sino además por la escasez de estudios sobre el apoyo social en este grupo indígena. Pese a esta limitación empírica, que dificulta dar un sustento teórico a los resultados, los hallazgos encontrados permiten señalar que no se advierten importantes diferencias significativas entre las personas mayores indígenas y no indígenas, por tanto el grupo indígena también experimenta una vejez satisfactoria con indicadores sociales positivos. Además, es posible inferir a partir de los resultados que este grupo indígena aún mantiene factores socioculturales tradicionales en la manera de estructurarse socialmente, dando cuenta de redes sociales de carácter familiar y rural.

Las hipótesis planteadas en esta investigación buscaban confirmar diferencias significativas, a favor de este grupo étnico, en las variables apoyo social funcional, reciprocidad del apoyo y apoyo social percibido. Pero los resultados no alcanzan los niveles de significación establecidos que permiten aceptar estas hipótesis, pese a que las medias en estas variables sean levemente superiores en las personas mayores indígenas. Una posible explicación a estos hallazgos es la homogeneidad de la muestra

en términos de rango de edad, nivel socioeconómico y participación social, cuyos resultados dan cuenta de altos indicadores de apoyo social, en sus distintos tipos y a través de distintas fuentes informales en personas mayores indígenas y no indígenas. Asimismo permite inferir que la población indígena tiende a la *chilenización* de sus lazos sociales, es decir, ha incorporado patrones culturales chilenos en la manera de organizar sus relaciones sociales en los ámbitos familiares y extrafamiliares.

En términos estructurales, se advierten diferencias a favor del grupo de personas indígenas, más específicamente en el tamaño de la red. Tal y como señalan Paúl et al. (2007), en zonas rurales las personas mayores presentan redes más grandes en su tamaño, siendo relevante en este punto tener en cuenta que el grupo indígena tiene un fuerte componente rural. Pese a que las medias sean levemente superiores en personas mayores aymaras, los resultados no permiten confirmar diferencias significativa en términos de frecuencia del contacto.

En zonas rurales las personas mayores cuentan con redes sociales familiares más estrechas (Giles, Wang y Changbao, 2010; Mair y Thivierge- Rikard, 2010; Shijun, 2004) frente a lo cual se esperaba que el apoyo familiar, ya sea del cónyuge, los hijos y los familiares extensos fuese superior en personas aymaras. Bajo el supuesto de que la familia es el eje regulador del orden social en la comunidad aymara, se esperaba que el apoyo social de amigos fuese menor en personas indígenas, suponiendo que la estructura de sus redes sociales era más cerrada a la incorporación de miembros sin lazos de consanguinidad. Los resultados muestran diferencias significativas que corroboran estas premisas cuando la fuente de apoyo social son los hijos, pero no se

comprueba para el caso del cónyuge, de los familiares y de los amigos. Nuevamente los resultados muestran una tendencia a la *chilenización* de las redes de apoyo social.

Los resultados obtenidos permiten caracterizar a las redes sociales de las personas mayores indígenas aymaras como redes con una supremacía familiar y con una alta participación comunitaria. Esto refuerza lo planteado por diversos autores (Carter y Mamani, 1982; Gavilán, 2002; Yampara, 1992), en el sentido de que la familia ejerce un rol relevante en la reproducción social y económica de las comunidades o *ayllus* aymaras. Asimismo que el *achichi* y la *apache* (personas mayores) ejercen roles importante en este equilibrio de “reciprocidades comunitarias”, de manera que no solo reciben apoyo sociales, sino que también lo retribuyen a través de la participación en actividades económicas, domésticas y comunitarias, destacando también el apoyo instrumenta/emocional en la crianza de los nietos. Otro aspecto que se confirma es la relevancia de las personas mayores en la solidaridad intergeneracional, ya que son sociedades que valoran el encuentro de distintas generaciones en la reciprocidad de servicios y obligaciones hacia la comunidad.

En la **evaluación** de las relaciones sociales establecidas, influyen aspectos subjetivos y objetivos (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). Por una parte las transacciones reales de apoyo y por otra la percepción subjetiva de ese apoyo recibido. Kaye y Monk (1991) plantean que las personas mayores evalúan que el intercambio de apoyo social es asimétrico, es decir, reciben más apoyo social del que dan. Por lo cual, puede darse que las personas mayores, al recibir más apoyo social del que están retribuyendo, tiendan a infravalorar el apoyo recibido y ello puede explicar en parte los altos indicadores de satisfacción con sus redes sociales, destacando la figura de los hijos

cuyo apoyo es altamente apreciado por las personas mayores. En este sentido, Herzog, Rogers y Woodworth (1983) proponen como una posible explicación al aumento de satisfacción en la vejez los procesos subjetivos del ajuste, como son la disminución en la discrepancia entre las cosas esperadas y las obtenidas en la vida.

Destacan en este estudio los altos indicadores de satisfacción con las relaciones sociales establecidas. Pueden incidir en ello factores como la alta frecuencia del contacto, dado que conviven con sus familiares cercanos o extensos, o bien por mantener un contacto fluido con éstos y con sus redes no familiares. En este sentido, los resultados indican que tras el cónyuge son los vecinos las personas más frecuentadas por los mayores de la muestra, cuya posible explicación, tal como afirma Cantor (1975), se deba a que los vecinos cumplen un rol importante en apoyo en situaciones cotidianas por su disponibilidad física.

Esta tendencia a evaluar positivamente las relaciones sociales por parte de las personas mayores puede ser aplicada a la llamada “teoría de las necesidades” (Murray, 1962 y Viel, 1985) que enfatiza la importancia de la correspondencia entre los recursos sociales existentes (apoyo social) y las necesidades del individuo. Las redes familiares, personales y comunitarias constituyen una estructura de apoyo en la vejez frente a necesidades económicas, de salud, problemas afectivos y diversas problemáticas propias del envejecimiento (Huenchuan y Sosa, 2002). A partir de los resultados del estudio se puede afirmar que las personas mayores se encuentran satisfechas en sus necesidades psicosociales y en las materiales o instrumentales. Por ejemplo, el 92% recibe apoyo emocional de sus hijos, un 66% apoyo informacional de sus vecinos y un 78% apoyo instrumental de sus amigos. Por tanto, no solo se evidencia que las

necesidades están altamente cubiertas, sino que además las personas mayores pueden recurrir a distintas fuentes para satisfacerlas. Esto constituye un factor protector en la vejez, al poder satisfacer y contar con distintos tipos de satisfactores para determinadas necesidades. Además influye en la evaluación positiva de los vínculos sociales y en el bienestar general de las personas mayores.

9.2. CONCLUSIONES.

Este estudio pretendió contribuir al conocimiento de las redes de apoyo social en la vejez. De esta manera, en el campo del trabajo social las redes de apoyo social son un elemento central en el diagnóstico y en el diseño de planes de intervención en personas mayores, ya sea en los ámbitos familiar, de grupo o comunitario, con objeto de determinar su integración social. De esta manera este estudio comprueba la importancia de efectuar estudios que consideren al sujeto en su contexto *intra* y *extra* familiar, lo que permite dar cuenta de una realidad social específica y por tanto da un aporte a la intervención social contextualizada. Tal vez el principal aporte de este estudio sea mostrar que el apoyo social es indispensable en el bienestar de las personas al envejecer o mejor dicho para afrontar una envejecimiento satisfactorio, brindando oportunidades de participación en diversas actividades sociales y comunitarias, de reconstruir vínculos, de permanecer en los hogares, de mantener la independencia funcional al prevenir y promocionar la salud física y mental de la persona mayor.

Este estudio muestra que el envejecimiento no necesariamente está ligado a aspectos negativos, ya sea aislamiento, soledad, muerte social, entre otros aspectos que

contribuyen a consolidar una percepción negativa de esta etapa vital. Lo que permite dar un giro a la orientación que tradicionalmente tienen los estudios en las ciencias sociales, principalmente en disciplinas como el trabajo social que centra su eje de acción en problemáticas sociales, hacia aspectos positivos que muestren que en la vejez también se producen ganancias y se fortalecen una serie de recursos sociales. Por tanto, se abre un espacio al entendimiento del envejecimiento como un proceso social que conlleva a una adaptación y transformación de las redes de apoyo social. Tal como muestran los resultados, las personas mayores gozan de un fuerte soporte familiar y una alta participación e integración comunitaria.

En este sentido, una de las principales conclusiones se relaciona con la supremacía de la familia en el apoyo social en la vejez. Pese a los cambios que experimenta la “familia”, ya sea por la reducción de su tamaño, la tendencia a la ruptura matrimonial, el creciente número de hogares unipersonales o bien cambios en sus valores, normas y costumbres, etc., este grupo social sigue siendo el principal soporte social en la vejez. Tal como refiere Lemos y Fernández (1990, p. 116) “en la medida en que una red social de una persona le proporciona asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc., dicha red social le proporciona soporte social.” Fruto de los cambios acaecidos en la familia contemporánea, se produce lo que Bazo (2008) denomina “solidaridad familiar intergeneracional”, que se caracteriza por la verticalización de los vínculos, es decir aumenta el número de generaciones vivas como los abuelos y bisabuelos, sin embargo, disminuyen las relaciones intrageneracionales como los hermanos, los tíos y los primos. En este

estudio se observa esta tendencia a la coexistencia de personas mayores con bisnietos, pero aún se mantienen redes de apoyo social de hermandad.

Siguiendo la idea de los “modelos de solidaridad asociacional”, Bazo (2008) nombra cuatro factores de diferenciación social (además de las diferencias individuales) tales como el género, el estado civil, la clase social y la pertenencia étnica. Scott y Wenger (1996), por su parte, refieren tres factores que influyen en las redes de apoyo en la vejez: el matrimonio y las pautas de fertilidad, las historias de migraciones y la personalidad. Se puede concluir que en sociedades con un fuerte componente familiar, como la chilena, la variable sociodemográfica con mayor peso es la estructura familiar, determinada por el estado conyugal y la tenencia de hijos, indistintamente del grupo étnico. Lo que abre una discusión sobre las nuevas tipologías de familias, ya sea unipersonales, nucleares sin hijos, sin vínculos de consanguinidad, etc. en la conformación de redes de apoyo en la vejez en el futuro. Una posible opción es el fortalecimiento de apoyos institucionales, como ha sucedido en países europeos. En este sentido, el estudio de Fernández del Valle y García (1994) demuestra que la pérdida de apoyo social, principalmente familiar, es uno de los factores desencadenantes, o al menos correlativo, de la demanda de servicios sociales de ayuda en la vejez.

Otra conclusión del presente estudio se relaciona con la importancia del contexto geográfico en los vínculos sociales. Retomando ideas clásicas de la sociología, las interacciones sociales difieren en zonas urbanas y rurales (Mair y Thivierge-Rikard, 2010) y de igual manera influye la densidad poblacional. En este sentido, en ciudades como Arica (cuya población es inferior a 200.000 habitantes), más aún en las

localidades altiplánicas como Putre, Socoroma y el Valle de Codpa con una baja densidad poblacional, la integración social supone relaciones cara a cara, se establecen estrechos lazos de solidaridad –intrafamiliar y extrafamiliar- y es posible observar el sentimiento de pertenencia a una comunidad. Esto contribuye a las sólidas evidencias de apoyo social comunitario que se confirman en este estudio, tal como afirma Montes de Oca (2005) la cercanía geográfica o la vecindad puede propiciar la formación de redes comunitarias. Otro factor a considerar en la fortaleza de las redes comunitarias en la muestra investigada, ya que en países en vías de desarrollo existen múltiples demandas sociales insatisfechas, ya sea en materia de salud o protección social, lo que propicia la organización comunitaria para hacer frente a las demandas insatisfechas.

Otra idea central de este estudio se relaciona con la comprensión de las personas mayores como sujetos con un rol proactivo en sus relaciones sociales, al realizar una selección intencionada y estratégica de los vínculos sociales que desean mantener y profundizar, reemplazar o bien incorporar. Si bien la tendencia de las redes de apoyo social en la vejez es a una disminución de las mismas, ello no necesariamente desemboca en una concepción de la persona mayor pasiva frente a este hecho o bien como suele pensarse una persona mayor aislada. Por el contrario son sujetos altamente integrados, con una fuerte participación social y por tanto dotados de distintos factores protectores frente al proceso de envejecer. Asociada a esta idea surge otra característica de las redes de apoyo social en la vejez, que gozan de disponibilidad y adaptabilidad a las necesidades de las personas mayores, advirtiéndose tres fuentes informales complementarias: familia, amigos y comunidad.

Para finalizar, una de las variables centrales de este estudio ha sido la pertenencia étnica. Se puede concluir que la etnicidad aymara es un factor protector en la vejez, puesto que su estructura cultural permite a la persona mayor estar activamente integrado a las responsabilidades y beneficios comunitarios. La etnicidad aymara no solo es un factor protector en la vejez, sino que además la identidad aymara es un recurso que puede ser aprovechado ampliamente en la conformación de las redes sociales familiares y extrafamiliares, durante todo el ciclo vital. Por tanto son sociedades que valoran que las personas aporten a la comunidad a través del trabajo familiar, del cuidado de la familia o bien de la retribución a la comunidad. Como ya se advertía esta lógica de reciprocidades comunitarias va desde el nacimiento hasta la muerte, por tanto todos son miembros activos de una red de apoyo recíproca.

En lo que refiere a las limitaciones de este estudio, éstas se dividen en los aspectos teóricos y metodológicos. En términos teóricos, ya se advertía la casi inexistente evidencia empírica sobre apoyo social en persona aymaras e incluso estudios que den cuenta del proceso de envejecimiento en este grupo étnico, lo que impide realizar el contraste de los resultados con otras investigaciones. En términos metodológicos, en la muestra no se detectó un porcentaje significativo personas mayores dependientes y a la vez el número de mayores institucionalizado (1,6%) es reducido. Ambos aspectos habrían sido un aporte interesante en el análisis y en posibilidad de contar con una muestra más representativa a la realidad nacional. Otro aspecto metodológico se relaciona con las variables evaluadas. Así, hubiera sido relevante incluir una escala para medir calidad de vida y bienestar subjetivo, ambos elementos centrales en el

proceso de envejecimiento, además de estar relacionados positivamente con el apoyo social según la evidencia empírica.

9.3. APORTACIONES A LA INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIALES.

Se da cierre a este estudio con las principales aportaciones del mismo a la intervención en trabajo social y con sugerencias para futuras investigaciones. Las propuestas que a continuación se desarrollarán constituyen lineamientos para las intervenciones sociales y como se mencionaban surgen de los resultados observados en esta investigación.

Las intervenciones con personas mayores deben fortalecer sus sistemas de apoyo, tanto formales como informales, ya sea creando nuevas redes o bien manteniendo aquellas que son funcionales para el sujeto. En este sentido, es importante que el profesional realice un análisis individual (evitando tender a la generalización) del sistema de apoyo social más adecuado para la persona mayor, es decir, un soporte social que le permita enfrentar con éxito el proceso de envejecimiento. En esta misma línea es importante que la intervención social involucre a miembros de la red natural de la persona mayor, con objeto de aumentar el apoyo social disponible y a su vez mejorar la calidad de la red social ya existente.

Disciplinas como el trabajo social, no solo buscan transformar realidades sociales problemáticas, sino también prevenirlas. Al incorporar el análisis del apoyo social en las intervenciones se facilita la adopción de medidas preventivas a una amplia variedad de situaciones y sucesos estresantes en la vejez, como por ejemplo los síntomas depresivos.

Las intervenciones sociales con personas mayores han de tener en cuenta que este grupo no es homogéneo, más bien se trata de un grupo que presenta una gran diversidad. Diversos factores inciden en la heterogeneidad característica de las personas mayores, tales como la edad, el sexo, el estatus socioeconómico, la localización geográfica, el grado de dependencia física o la pertenencia étnica, entre otros. En esta línea, las intervenciones con personas mayores han de incorporar en su diseño la perspectiva de género. Los resultados muestran que el apoyo social varía según el género. De esta manera, los resultados sugieren que el grupo más vulnerable son los hombres, al limitar sus soportes de apoyo en contextos familiares e incluso de familiares cercanos (cónyuge e hijos), es decir, cuentan con redes de apoyo más homogéneas. Por ello, se deben fortalecer las intervenciones en redes comunitarias en el grupo de hombres mayores, tendientes a su incorporación en diversas agrupaciones y organismos de carácter comunitario.

Desde el punto de vista técnico, las intervenciones sociales han de incorporar la entrevista individual para la evaluación de las redes de apoyo. Esta técnica es ampliamente utilizada por el trabajo social y resulta ser eficaz en la recopilación de información sobre las redes de apoyo social en la vejez. De esta manera se rescata la perspectiva del propio individuo en sus redes de apoyo social, indagando en los aspectos estructurales, funcionales y la satisfacción con el apoyo recibido. Durante esta entrevista individual se pueden aplicar una serie de instrumentos con validez científica que ya han sido adaptados a la población geriátrica.

Desde la intervención social con familia, teniendo en cuenta que la dicho grupo es el principal soporte en le vejez, se debe fortalecer su capacidad de apoyo. Los

trabajadores sociales han de incorporar en sus intervenciones al grupo familiar, pero principalmente a la figura del cuidador principal, poniendo a su disposición los diversos programas sociales y dotándoles de las herramientas y competencias necesarias para afrontar familiarmente las crisis propias de la vejez. Cuando se habla de cuidadores, también se debe considerar a la persona mayor en su rol de cuidador de nietos, pareja u otros familiares.

Desde la intervención social con grupos, los trabajadores sociales debieran potenciar la estrategia de los “grupos de apoyo”, dado su valor en el desarrollo de la autonomía personal y los diversos beneficios terapéuticos que se producen al compartir experiencias similares. Esta estrategia permite que la persona mayor participe activamente en el desarrollo de sus recursos, en el afrontamiento de situaciones problemáticas y a la provisión de apoyo. Además, se debe tener en cuenta que esta estrategia de intervención es comúnmente utilizada en disciplinas sociales como el trabajo social.

Desde la intervención social comunitaria, se deben fortalecer las capacidades de apoyo de diversos actores sociales, ya sea los vecinos, amigos y compañeros de agrupación (iglesia, club de adulto mayor, baile religioso, entre otras). Además el trabajador social debiera evitar la fragmentación de los sistemas de apoyo informal de apoyo, es decir, intentar mantener una coordinación constante entre familiares, vecindarios, amistades y los organismos comunitarios. A la luz de los resultados, es indispensable incluir a los vecinos en los planes de trabajo con personas mayores, ya que se ha comprobado que su disponibilidad física constituye una de las principales fuentes de apoyo para el desarrollo de actividades de la vida diaria.

Por último, las intervenciones con personas mayores han de potenciar la autonomía del sujeto y procurar mantener a las personas en sus entornos socioafectivos. Para el caso específico de Chile, sería interesante aplicar sistemas de apoyo institucionales como la iniciativa de los “servicios de ayuda a domicilio”, sin embargo, aun considerando la relevancia de priorizar las intervenciones sociales en grupos con mayor vulnerabilidad socioeconómica, esta iniciativa debiera atender a los distintos grupos sociales de personas mayores. Los servicios de ayuda a domicilio, son ampliamente utilizados en España y tiene como objetivo maximizar la autonomía de la personas mayor y la permanencia en su domicilio, para ello dan una serie de prestaciones de carácter doméstico, social, psicológico y rehabilitador⁷.

Fruto de esta investigación surgen diversas sugerencias a futuros estudios. En lo que respecta a los aspectos étnicos, para los países latinoamericanos que aún mantienen grupos étnicos, resultaría interesante ahondar en las implicaciones de la etnicidad en sus respectivos sistemas de apoyo social. Esto no solo puede ser abordado en personas mayores, sino que podría extenderse a los distintos grupos de edad. Para el caso específico de Chile, resultaría apropiado realizar un estudio comparativo de los dos grupos indígenas más numerosos, como son los mapuches y los aymaras.

Relacionado con los cuidados familiares, este estudio no ahondó en esta dimensión que resulta indispensable para entender el circuito de reciprocidad del apoyo social en el interior de la familia. De esta manera se sugiere realizar estudios específicos sobre

⁷ Las políticas sociales en Chile utilizan un enfoque centrado en la focalización de los recursos en los grupos más vulnerables, es decir, muchas acciones gubernamentales no tienen el carácter de universalidad en su cobertura. Un ejemplo de ello, es el “Programa Vínculos” que incorpora una perspectiva de redes sociales y focaliza su apoyo en personas mayores en extrema pobreza y vulnerabilidad social.

los cuidados familiares en contextos latinoamericanos, pero no centrar el análisis en el familiar que cuida a la persona mayor. Al contrario, debería investigarse también el rol de cuidador que ejerce una persona mayor hacia el resto del grupo, ya al cónyuge, los hijos o principalmente a los nietos.

Por último, en lo que respecta a los efectos del apoyo social, resulta importante investigar los efectos negativos que éste pueda tener en el proceso de envejecimiento. En el intercambio de apoyo social surgen diversas fuentes de conflictos y estrés, siendo relevante determinar con mayor exactitud las fuentes concretas (familia, amigos y/o comunidad) que en vez de dar apoyo social, están generando problemas de diversa índole en el mayor. Las repercusiones negativas en la salud mental de las personas mayores, principalmente en los síntomas depresivos, cobran relevancia por los altos índices de depresión en este grupo de edad. En el presente estudio se ha atendido a esta cuestión, si bien el alcance e interpretación de los resultados se ve limitada por la naturaleza transversal del diseño. Por ello, se sugiere el desarrollo de investigaciones de carácter longitudinal, así como estudios que utilicen técnicas de investigación y obtención de la información de carácter cualitativo. Con la combinación de ambas estrategias, sería posible la formulación de conclusiones atinadas en torno a los efectos – positivos y negativos – de las redes de apoyo en diversos indicadores del proceso de envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista CEPAL*, 88, 35-50.
- Acitelli, L.K. y Antonucci, T.C. (1994). Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 688-698. doi: 10.1037/0022-3514.67.4.688.
- Agulló, M.S. (2001). *Mayores, actividad y jubilación: Una aproximación psicológica*. Madrid: IMSERSO.
- Ainsworth, M.D. (1973). The development of infant-mother attachment. En B. Cardwell y H. Ricciuti (Eds.). *Review of child development research* (pp. 1-94). Chicago: University of Chicago Press.
- Albarracín, D. y Goldstein, E. (1994). Redes de apoyo social y envejecimiento humano. En J. Buendía (Comp.). *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 373-398). Madrid: Siglo XXI.
- Al-Kandariy, Y. (2011). Relationship of strength of social support and frequency of social contact with hypertension and general health status among older adults in the mobile care unit in Kuwait. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26, 175-187. doi: 10.1007/s10823-011-9139-9.
- Allan, G. (1983). Informal networks of care: Issues Raised by Barclay. *British Journal of Social Work*, 13, 417-433.
- Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G. y Langlois, S. (1995). The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20, 193-204. doi: 10.1016/0167-4943(94)00596-Y.
- Altintas, E., Gallouj, K. y Guerrien, A. (2012). Social support, depression and self-esteem in older persons: cluster analysis results. *Annales Medico-Psychologiques*, 170, 256-262. doi: 10.1016/j.amp.2011.10.015.
- Alvarado, K.A., Temper, D.I., Bresler, C. y Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 202-204.
- Anastas J.W., Gibeau J.L. y Larson P.J. (1990). Working families and eldercare: A national perspective in an aging America. *Social Work*, 35, 405-411. doi: 10.1093/sw/35.5.405.
- Anderson, J. (1990). Sistemas de género e identidad de mujeres en culturas marcadas del Perú. *Revista Peruana de Ciencias Sociales*, 2, 7-117.

- Antonucci T.C. y Akiyama H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42, 519-527. doi: 10.1093/geronj/42.5.519.
- Antonucci, T.C. (1982). *Attachment in the aging process: A life span framework*. Informe final del National Institute on Aging.
- Antonucci, T.C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behavior. En R.H. Binstock y E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 94-128). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Antonucci, T.C. y Jackson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.). *Gerontología clínica: Intervención psicológica y social* (pp. 128-149). Barcelona: Martínez Roca.
- Antonucci, T.C., Fuhrer, R. y Dartigues, J. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychology and Aging*, 12, 189-195. doi: 10.1037/0882-7974.12.1.189
- Antonucci, T.C., Lansford, J.E. y Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on well-being of older adults. *Applied Developmental Science*, 5, 68-75. doi: 10.1207/S1532480XADS0502_2.
- Aquino, J.A., Russell, D.W., Cutrona, C.E. y Altmaier, E. M. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 480-489. doi: 10.1037/0022-0167.43.4.480.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, LC/L 1656-P.
- Arber, S. (2004). Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *Journal of Aging Studies*, 18, 91-108.
- Arber, S. y Ginn, J. (1991). *Gender and later life: A sociological analysis of resources and constraints*. Londres: Sage.
- Arber, S. y Ginn, J. (1992). Class and caring: A forgotten dimension. *Sociology: The Journal of the British Sociological Association*, 26, 619-634.
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento: Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- Arbuckle, T. Y., Gold, D. P., Andres, D., Schwartzman, A. y Chaikelson, J. (1992). The role of psychosocial context, age, and intelligence in memory performance of older men. *Psychology and Aging*, 7, 25-36. doi: 10.1037/0882-7974.7.1.25.

- Arechabala, M. C. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8, 49-55.
- Argyle, M. (1967). *The psychology of interpersonal behaviour*. Harmondsworth. Penquin Books.
- Arias, C.J. (2001). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad*. Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Social. Universidad de Mar del Plata. Argentina.
- Arias, C.J. (2006). Aportes del modelo teórico del apoyo social a la gerontología institucional. *III Simposium Argentino de Gerontología Institucional. Vejez Frágil: Un Desafío Para La Gerontología Institucional*, Mar del Plata. Argentina.
- Ariga, M., Uehara, T., Takeuchi, K., Ishigey., Nakano, R.y Mikuni, M. (2010). Follow-up study of female delinquent adolescents in a detention centre: Effectiveness of psychiatric intervention as a mental health service. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 15-22. doi: 10.1177/0020764008095114.
- Aronson, J. (1992). Women's sense of responsibility for the care of old people: "But who else is going to do it?". *Gender and Society*, 6, 8-29.
- Aronson, J. (1992). Women's sense of responsibility for the care of old people: "but who else is going to do it?" *Gender and Society*, 6, 8-29.
- Arzola, G. (2007). *Social support and depression among older adults*. Tesis doctoral. California State University. *Masters Abstracts International* (MSTAR_61389767; 201005314).
- Atkinson, R. y Shiffrin, R. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. En K. Spence y J. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 2, pp. 90-195). Nueva York: Academic Press.
- Bäckman, L. y Nilsson, L. (1996). Semantic memory functioning across the adult life span. *European Psychologist*, 1, 27-33. doi: [10.1027/1016-9040.1.1.27](https://doi.org/10.1027/1016-9040.1.1.27).
- Bahamondes, M. (2002). *Estudio y validación del modelo de intervención de metodologías participativas del programa orígenes*. Propuesta de modelo de intervención. Santiago de Chile: Programa Orígenes- CONADI.
- Bailey, A. (2011). *Traumatic stress, social support, cognitive appraisal, and resiliency among black women experiencing gun violence loss [dissertation]* Tesis doctoral York University. (MSTAR_860369736; 92976).
- Ballesteros Jiménez, S. (2007). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Universitas-UNED.

- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380. doi: [10.1037/0003-066X.52.4.366](https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366).
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. y Lindenberger, U. (1988). On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavior Therapy*, 19, 283-300. doi: [10.1016/S0005-7894\(88\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(88)80003-0).
- Baltes, P.B. y Staudinger, U.M. (2000). Wisdom. A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136. doi: [10.1037/0003-066X.55.1.122](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122).
- Barker, J.C., Morrow, J. y Mitteness, L.S. (1998). Gender, informal social support networks, and elderly urban African Americans. *Journal of Aging Studies*, 12, 199-222. doi: [10.1016/S0890-4065\(98\)90015-9](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(98)90015-9).
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. En B.H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp.69-96). Beverly Hills: Sage.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.
- Barrón, A., Lozano, P. y Chacón, F. (1988). Autoayuda y apoyo social. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), *Psicología comunitaria* (pp.205-225). Madrid: Visor.
- Barros, C. (1994). Apoyo social y bienestar del adulto mayor. *Documento Instituto De Sociología. Nº 60. Pontificia Universidad Católica De Chile*.
- Barros, C. (2001). Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor. *Revista De Trabajo Social: Perspectivas. Nº 8. Universidad Raúl Silva Henríquez*.
- Barry, J. (1995). Care-need and care-receivers: Views from the margins. *Women's Studies International Forum*, 18, 361-374. doi: [10.1016/0277-5395\(95\)00031-7](https://doi.org/10.1016/0277-5395(95)00031-7).
- Bazo, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bazo, M.T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45, 73-85.
- Beeble, M.L., Bybee, D., Sullivan, C.M. y Adams, A.E. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate

- partner violence across 2 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 718-729. doi: 10.1037/a0016140.
- Beel-Bates, C.A., Ingersoll-Dayton, B. y Nelson, E. (2007). Deference as a form of reciprocity among residents in assisted living. *Research on Aging*, 29, 626-643. doi: 10.1177/0164027507305925.
- Belsky, J.K. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Bengoa, J. (2004). *La memoria olvidada. Historia de los pueblos indígenas de Chile*. Santiago de Chile: Cuadernos Bicentenario. Presidencia de la República.
- Berkman L.F. y Syme S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, (2), 186-204.
- Bermejo, F. (1993). *Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos*. Barcelona: Caja de Madrid.
- Beyer, J.L., Kuchibhatla, M., Looney, C., Engstrom, E., Cassidy, F. y Krishnan, K.R. (2003). Social support in elderly patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 22-27. doi: 10.1034/j.1399-5618.2003.00016.x.
- Biegel, D.E., Shore, B.K. y Gordon, E. (1984). *Building support networks for the elderly: Theory and applications*. Londres: Sage.
- Birren, J.E. y Schaie, K.W. (1977). *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Birren, J.E. y Zarit, J. (1985). *Concepts of health, behavior and aging*. En J.E. Birren y J.M. Livingston (Eds.), *Cognition, stress and aging* (pp. 1-20). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bisconti, T.L. y Bergeman, C.S. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health. *The Gerontologist*, 39, 94-104. doi: 10.1093/geront/39.1.94.
- Bishop, A.J., Martin, P. y Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: A structural model of life satisfaction. *Aging y Mental Health*, 10, 445-453. doi: 10.1080/13607860600638388.
- Blakemore, K. y Boneham, M. (1994). *Age, race and ethnicity: A comparative approach*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Blau, P.M. (1964/1982). *Intercambio y poder en la vida social*. Barcelona: Hora.

- Blazer, D.G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, *115*, 684-694.
- Blazer, D.G. y Williams, C.D. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 439-444.
- Bowlby, J. (1969/1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, *52*, 664-678. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.
- Bowling, A., Farquhar, M. y Browne, P. (1991). Use of services in old age: Data from three surveys of elderly people. *Social Science y Medicine*, *33*, 689-700. doi: 10.1016/0277-9536(91)90023-6.
- Bowling, A., Farquhar, M. y Grundy, E. (1995). Changes in network composition among older people living in inner London and Essex. *Health y Place*, *1*, 149-166. doi: 10.1016/1353-8292(95)00021-D.
- Bozo, Ö., Toksabay, N. E. y Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *143*, 193-205. doi: 10.3200/JRLP.143.2.193-206.
- Brennan, P.L. y Moos, R.H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*, *5*, 491-501. doi: 10.1037/0882-7974.5.4.491.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H. y Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, *1*(1), 37-43. doi: 10.1300/J018v01n01_06.
- Bromley, D.B. (1974). *The psychology of human ageing*. Baltimore: Penguin Books.
- Brown, S.L., Nesse, R.M., Vinokur, A.D. y Smith, D.M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, *14*, 320-327. doi: 10.1111/1467-9280.14461.
- Brown, W.M., Consedine, N.S. y Magai, C. (2005). Altruism relates to health in an ethnically diverse sample of older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *60*, 143-152. doi: 10.1093/geronb/60.3.
- Brownell, A. y Shumaker, S. A. (1984). Social support: An introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues*, *40*, 1-9. doi: 10.1111/j.1540-4560.1984.tb01104.x.
- Bryant, S. y Rakowski, W. (1992). Predictors of mortality among elderly African-Americans. *Research on Aging*, *14*, 50-67. doi: 10.1177/0164027592141003.

- Buendía, J. y Riquelme, A. (1994). Envejecimiento y depresión. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.219-234). Madrid: Siglo XXI.
- Bueno, B., Vega, J.L. y Buz, J. (1999). Desarrollo social a partir de la mitad de la vida. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación* (pp. 591-614). Madrid: Alianza.
- Bukov, A., Maas, I. y Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: a cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study. *Journals of Gerontology, Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 510-517.
- Burguess, E.W., Cavan, R.S. y Havinghurst, R.J. (1948). *Your activities and attitudes*. Chicago: Science Research Associates.
- Burguete, C. y Mayor, A. (1984). *¿Quiénes son los amigos del indio?* En *La cuestión étnico-nacional en América Latina*. México: Instituto Panamericano de Geografía e Historia.
- Busse, E.W. (1969). Theories of aging. En E.W. Busse y E. Pfeiffer (Eds.), *Behavior and adaptation in late life* (pp. 11-32). Boston: Little Brown.
- Busse, E.W., Jeffers, F.C. y Obrist, W.D. (1957). Factors in age awareness. *Proceedings of the 4th Congress of the International Association of Gerontology* (pp. 349-357).
- Buunk, B.P., Jonge, J.ybema, J.F. y de Wolff, C.J. (1998). Psychosocial aspects of occupational stress. En P.J.D. Drenth, H. Thierry y C.J. de Wolff (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology: Work psychology* (pp.145-182). Hove, England: Psychology Press.
- Byrd, R.C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81, 826-829.
- Cacabelos, R. (2009). Bases biológicas del envejecimiento cerebral. En R., Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 105-151). Madrid: Pirámide.
- Calso, L., Villanueva, M., Flores, E., Pérez, P., Fernández, L. y Velásquez, M. (2002). Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España). *Revista de Enfermería. Albacete*, 15, 5-11.
- Campbell, A. (1980). *A sense of well being in America*. New York: McGraw-Hill.
- Cantor, M.H. (1975). Life space and the social support system of the inner city elderly of New York. *The Gerontologist*, 15, 23-27. doi: 10.1093/geront/15.1_Part_1.23.
- Cantor, M.H. (1979). Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1, 434-463. doi: 10.1177/016402757914002.

- Cantor, M.H., Brennan, M. y Sainz, A. (1994). The importance of ethnicity in the social support systems of older New Yorkers: A longitudinal perspective (1970 to 1990). *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 95-128. doi: 10.1300/J083V22N03_07.
- Cañete, O. (2010). Procesamiento auditivo en adultos mayores: Reporte de casos. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 70, 57-64. doi: 10.4067/S0718-48162010000100010.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. y Killilea, M. (1976). *Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary explorations*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Caro, F.G. y Sánchez, M. (2005). Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 457-488). Madrid: Pearson Prentice- Hall.
- Carp, F.M. (1987). Environment and aging. En D. Stokols e I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 329-360). Nueva York: Wiley.
- Carpenter, P.A., Miyake, A. y Just, M.A. (1994). Working memory constraints in comprehension: Evidence from individual differences, aphasia and aging. En M.A. Gernsbacher (Ed.), *Handbook of psycholinguistics* (pp. 1075-1122). Nueva York: Academic Press.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz D.M. y Charles S.T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181. doi: 10.1037//0003-066X.54.3.165.
- Carter, W.E. y Mamani, M. (1982). *Irpa Chico. Individuo y comunidad en la cultura aymara*. La Paz: Juventud.
- Casado B.L., Resnick B., Zimmerman S., Nahm E.S., Orwig D., Macmillan K. y Magaziner J. (2009). Social support for exercise by experts in older women post-hip fracture. *Journal of Women y Aging*, 21, 48-62. doi: 10.1080/08952840802633719.
- Casos, V. (1990). *La mujer campesina en la familia y la comunidad*. Lima - Perú: Flora Tristán.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

- Cattell, R.B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54, 1-22. doi: 10.1037/h0046743.
- CEPAL- CELADE. (2002). *Recomendaciones para políticas sobre redes de apoyo social de personas adultas mayores*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Chackiel, J. (2000). *El envejecimiento de la población latinoamericana. Hacia una relación de dependencia favorable*. Santiago de Chile: CEPAL LCL/L 1411-P.
- Chacón, F. y Barrón, A. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59.
- Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Chalise, H.N., Kai, I. y Saito, T. (2010). Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 71, 115-138. doi: 10.1111/j.1753-1411.2009.00034.x.
- Chan, K. y Lee, R.P. (2006). Network size, social support and happiness in later life: A comparative study of Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies*, 7, 87-112. doi: 10.1007/s10902-005-1915-1.
- Chapin, F.W. y Brail, R.K. (1969). Human activity systems in the Metropolitan United States. *Environment and Behavior*, 1, 107-130. doi: 10.1177/001391656900100201.
- Chappell, N.L. y Funk, L.M. (2011). Social support, Caregiving, and Aging. *Canadian Journal on Aging*, 30, 355-70. doi: 10.1017/S0714980811000316.
- Chappell, N.L. y Segall, A. (1989). Health, helping networks and well-being. *Journal of Aging Studies*, 3, 313-324. doi: 10.1016/0890-4065(89)90004-2.
- Chappell, N.L., Segall, A. y Lewis, D. G. (1990). Gender and helping networks among Day Hospital and Senior Centre participants (winnipeg). *Canadian Journal on Aging*, 9, 220-233. doi: 10.1017/S0714980800010679.
- Cheng, S.T. y Chan, A. C. (2006). Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science y Medicine (1982)*, 63, 118-122.
- Chesnais, J. C. (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. (Vol. 35). Santiago de Chile: CEPAL/ CELADE/INED.
- Chi, I. y Chou, K. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *The International Journal of Aging y Human Development*, 52, 231-252. doi: 10.2190/V5K8-CNMG-G2UP-37QV.

- Choi, N.G. y Jun, J. (2009). Life regrets and pride among low-income older adults: Relationships with depressive symptoms, current life stressors and coping resources. *Aging y Mental Health*, 13, 213-225. doi: 10.1080/13607860802342235.
- Choi, N.G. y McDougall, G. (2009). Unmet needs and depressive symptoms among low-income older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 567-583. doi: 10.1080/01634370802609270.
- Chou, K.L. (2005). Everyday competence and depressive symptoms: Social support and sense of control as mediators or moderators? *Aging y Mental Health*, 9, 177-183. doi: 10.1080/13607860412331336814.
- Chou, K.L. y Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: Social support and sense of control as mediators or moderators? *The International Journal of Aging and Human Development*, 52, 155-171.
- Chou, K.L. y Chi, I. (2003). Reciprocal relationship between social support and depressive symptoms among Chinese elderly. *Aging y Mental Health*, 7, 224-231. doi: 10.1080/136031000101210.
- Chou, K.L. y Chi, I. (2005). Reciprocal relationship between pain and depression in elderly Chinese primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 945-952. doi: 10.1002/gps.1383.
- Chou, K.L., Chi, I. y Chow, N. W. S. (2004). Sources of income and depression in elderly Hong Kong Chinese: Mediating and moderating effects of social support and financial strain. *Aging y Mental Health*, 8, 212-221. doi: 10.1080/13607860410001669741.
- Chyi, H. y Mao, S. (2012). The Determinants of Happiness of China's Elderly Population. *Journal of Happiness Studies*, 13, 167-185. doi: 10.1007/s10902-011-9256-8.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297. doi: 10.1037/0278-6133.7.3.269.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S.E. Taylor y I.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253-267). Nueva Jersey: Hillsdale.
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. Y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Conde, J.LL. y Jarne, A. (2006). Trastornos mentales en la vejez. En C. Triadó y F. Villar (Ed.), *Psicología de la vejez* (pp. 341 - 364). Madrid: Alianza.
- Connell, C.M., Fisher, E.B. y Houston, C.A. (1992). Relationships among social support, diabetes outcomes, and morale for older men and women. *Journal of Aging and Health, 4*, 77-100. doi: 10.1177/089826439200400105.
- Connidis, I.A. (1994). Sibling support in older age. *Journal of Gerontology, 49*, 309-317. doi: 10.1093/geronj/49.6.S309.
- Cooley, C.H. (1909/1922). *Social organization: a study of the larger mind*. Nueva York: Carles Scribner's Sons.
- Corin, E. (1982). Elderly people's social strategies for survival: A dynamic use of social networks analysis. *Canada's Mental Health, 30*, 7-12.
- Corporación Nacional de Desarrollo Indígena - CONADI. (2010). *Estudio y caracterización de las mujeres indígenas en los ámbitos sociales, económico y de la participación cultural, con enfoque de género*. Programa Subsidio a Estudios de Pre-inversión para el desarrollo indígena. Santiago de Chile: CONADI.
- Cox, E.O. y Dooley, A.C. (1996). Care-receivers' perception of their role in the care process. *Journal of Gerontological Social Work, 26*, 133-152. doi: 10.1300/J083V26N01_09.
- Cristofalo, V.J. (1990). Overview of biological mechanism of aging. *Annual review of Gerontology and Geriatrics, 10*, 1-22.
- Cruza-Guet, M.C. (2008). *A longitudinal analysis of the relationship between social support and psychological distress among Hispanic elders in Miami, Florida*. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Lehigh University. (MSTAR_869825227; 2011-99070-463).
- Cummings, E. y Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- Cutrona, C., Russell, D. y Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging, 1*, 47-54. doi: 10.1037/0882-7974.1.1.47.
- Cutrona, C.E. y Russel, D.W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. En Barbara R. S., I.G. Sarason, G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp.319-366). Nueva York: Wiley.
- Dabas, E.N. (1993). *Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.

- d'Abbs, P. (1982). *Social support networks: A critical review of models and findings. Institute of family studies monograph N° 1*. Melbourne: Institute of Family Studies.
- De Jong, J. y Dykstra, P.A. (2008). Virtue is its own reward? Support- giving in the family and loneliness in middle and old age. *Ageing and Society*, 28, 271-287. doi: 10.1017/S0144686X07006629.
- Dean, A., Kolody, B. y Wood, P. (1990). Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 148-161. doi: 10.2307/2137169.
- Dean, A., Kolody, B., Wood, P. y Matt, G. E. (1992). The influence of living alone on depression in elderly persons. *Journal of Aging and Health*, 4, 3-18. doi: 10.1177/089826439200400101.
- del Papolo, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Serie Población y Desarrollo N° 9. Santiago de Chile: CELADE – FNUAP.
- Depner, C.E. y Ingersoll-Dayton, B. (1988). Supportive relationships in later life. *Psychology and Aging*, 3, 348-357. doi: 10.1037/0882-7974.3.4.348.
- Di Iorio, A., Longo, A., Mitidieri, C.A., Palmerio, T., Benvenuti, E., Giardini, S., Bavazzano, A., Guizzardi, G., Senin, U., Bandinelli, S., Ferrucci, L. y Abate, G. (1999). Factors related to the length of in-hospital stay of geriatric patients. *Aging*, 11, 150-154.
- Díaz Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *El ambiente. Análisis psicológico* (pp. 125-149). Madrid: Pirámide.
- Díaz, H. (1991). *Autonomía regional. La autodeterminación de los pueblos indios*. México: Siglo XXI.
- Domingo, L.J., Maruja, M.J. y Kabamalan, M. (1993). Living arrangements of the elderly in the Philippines: Qualitative evidence. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 10, 21-51.
- Domínguez, O. (1991). *Criterios de trabajo en el programa del adulto mayor*. Programa del Adulto Mayor. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Dorinson, P.M. (2011). *The role of social support on the mental health status of adolescents exposed to traumatic events on September 11 [dissertation]*. Fordham University (MSTAR_906555761; 93093).
- Druss, B.G., Von Esenwein, S.A., Compton, M.T., Rask, K.J., Zhao, L. y Parker, R.M. (2010). A randomized trial of medical care management for community mental health settings: The primary care access, referral, and evaluation (PCARE) study.

American Journal of Psychiatry, 167, 151-159. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09050691.

Dunkel-Schetter, C. y Bennett, T.L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. En Barbara R. S., I.G. Sarason, G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp.267-296). Nueva York: Wiley.

Durkheim, E. (1897/1982). *El suicidio*. Madrid: Akal.

Elkaïm, M. (1989). *Las prácticas de la terapia de red: Salud mental y contexto social*. Barcelona: Gedisa.

Ellis, A.A., Nixon, R.D. y Williamson, P. (2009). The effects of social support and negative appraisals on acute stress symptoms and depression in children and adolescents. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 347-361. doi: 10.1348/014466508X401894.

Evans, R.J. (2009). A comparison of rural and urban older adults in Iowa on specific markers of successful aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 423-438. doi: 10.1080/01634370802609197.

Eyrich, K.M., Pollio, D.E. y North, C.S. (2003). An exploration of alienation and replacement theories of social support in homelessness. *Social Work Research*, 27, 222-231. doi: 10.1093/swr/27.4.222.

Ferguson, S.J. y Goodwin, A.D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71, 43-68. doi: 10.2190/AG.71.1.c

Fernández - Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.

Fernández- Ballesteros, R. (1985). Hacia una vejez competente. Un desafío a las ciencias y la sociedad. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesiy (Eds.), *Psicología evolutiva 3* (pp. 239-258). Madrid: Alianza.

Fernández- Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz Veiga, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández del Valle, J. y García, A. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6, 39-47.

Fernández Juárez, G. (2002). *Simbolismo ritual entre los aymaras mesas y yatiris*. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Fernández Ríos, L., Torres, M. y Díaz, L. (1992). Apoyo social: Implicaciones para la psicología de la salud. En M.A. Simón (Ed.), *Comportamiento y salud* (pp. 81-145). Valencia: Promolibro.

- Fernández-Ballesteros, R. (1987). *Ambiente: Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fiori, K.L., Antonucci, T.C. y Cortina, K.S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 25-P32.
- Fisher, C.S. (1982). What do we mean by 'friend'? An inductive study. *Social Networks*, 3, 287-306. doi: 10.1016/0378-8733(82)90004-1.
- Flores, G. (1996). Desarrollo y mujer rural. *Ponencia Presentada en El Seminario Mujer Rural*. Arica, Chile.
- Ford, E., Clark, C. y Stansfeld, S. A. (2011). The influence of childhood adversity on social relations and mental health at mid-life. *Journal of Affective Disorders*, 133, 320-327. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.017.
- Forsell Y. y Winblad B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 368-372. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199905).
- Fozard, J. L. y Gordon – Salant, S. (2001). Sensory and perceptual changes with aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 241-266). San Diego: Academic Press.
- Fozard, J.L. , Wolf, E., Bell, B., McFarland, R.A. y Podolsky, S. (1977). Visual perception and communication. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 497-534). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Francis, D. (1984). *Will you still need me, will you still feed me, when I'm 84?*. Bloomington: Indiana University Press.
- Fried, L.P. y Wallace, R.B. (1992). The complexity of chronic illness in the elderly: From clinic to community. En R.B. Wallace y R.F. Wollson (Eds.), *The epidemiologic study of the elderly* (pp. 10-19). Nueva York: Oxford University Press.
- Fundación Paz Ciudadana. (2011). *Encuesta de victimización e inseguridad en La Legua, Comuna de San Joaquín. Santiago de Chile*. Revisado en Febrero, 2011, en <http://www.pazciudadana.cl/publs.php?show=CATyidCat=29yview=A>
- Gadalla, T.M. (2010). The role of mastery and social support in the association between life stressors and psychological distress in older Canadians. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 512-530. doi: 10.1080/01634372.2010.490691.

- Garbarino, J. (1983). Social support networks: Rx for the helping professions. En J. Whittaker y J. Garbarino (Eds.), *Social support networks: Informal helping in the human services* (pp. 3-28). New York: Aldine Press.
- García Traba, B. (1997). *El discurso político de las organizaciones aymaras en el norte de Chile*. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid.
- Garrison, J. y Werfel, S. (1977). A network approach to clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 5, 108-117. doi: 10.1007/BF02144236.
- Gavilán, V. (2002). Buscando vida: Hacia una teoría aymara de la división del trabajo por género. *Chungara, Revista De Antropología Chilena*, 34, 101-117.
- Gavilán, V. y Carrasco, A.M. (2009). Festividades andinas y religiosidad en el norte chileno. *Chungara, Revista De Antropología Chilena*, 41, 101-112.
- Gely-Nargeot, M. (1997). *¿Es el envejecimiento cognitivo igual para todos?*. París: Aging Barin Check Point.
- Giles, J., Wang, D. y Zhao, C. (2010). Can China's rural elderly count on support from adult children? Implications of rural-to-urban migration. *Journal of Population Ageing*, 3, 183-204. doi: 10.1596/1813-9450-5510.
- Giles, L., Glonek, G., Luszcz, M. y Andrews, G. (2005). Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: The Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 574-579. doi: 10.1136/jech.2004.025429.
- Gillis, L. y Zabow, A. (1982). Dysphoria in the elderly. *South African Medical Journal*, 62, 410-413.
- Gilmore, G.C., Allan, T.M. y Royer, F.L. (1986). Iconic memory and aging. *Journal of Gerontology*, 41, 183-190. doi: 10.1093/geronj/41.2.183.
- Glaser, K., Tomassini, C., Racioppi, F. y Stuchbury, R. (2006). Marital disruptions and loss of support in later life: A longitudinal study of the United Kingdom. *European Journal of Ageing*, 3, 207-216. doi: 10.1007/s10433-006-0036-y.
- Golden, J., Conroy, R.M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M. y Lawlor, B.A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694-700. doi: 10.1002/gps.2181.
- Goldzweig, G., Andritsch, E., Hubert, A., Walach, N., Perry, S., Brenner, B. y Baider, L. (2009). How relevant is marital status and gender variables in coping with

- colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18, 866-874. doi: 10.1002/pon.1499.
- Gomberg, E.S. y Lisansky, J.M. (1984). Antecedents of alcohol problem in women. En S.C. Wilnsack y L.J. Beckman (Eds.), *Alcohol problem in women* (pp. 97-116). Nueva York: Guilford Press.
- Gómez, A. (2005). Identidades colectivas y discursos sobre el sujeto indígena. *AIBR: Revista De Antropología Iberoamericana*, 41, 1-24.
- González, H. (1997). La inserción económica de los migrantes aymara en la ciudad. El trabajo como empresa familiar y la reproducción cultural. *Actas Del Segundo Congreso De Antropología. Tomo I*. Santiago de Chile.
- Goodstein, R.K. y Ferrell, R.B. (1977). Multiple sclerosis--presenting as depressive illness. *Diseases of the Nervous Systems*, 38, 127-131.
- Gottlieb, B. H. (1985). *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies*. Beverly Hills: Sage.
- Gottlieb, B.H. (1988). Support interventions: A typology and agenda for research. En S.W. Duck (Ed.), *Handbook of personal Relationships* (pp. 519-541). Nueva York: Wiley.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. y Musitu, G. (1990). *Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario*. Psicología Comunitaria. Valencia: NAU Llibres.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Graham, C. L., Ivey, S. L. y Neunauser, L. (2009). From hospital to home: Assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. *Gerontologist*, 49, 23-33. doi: 10.1093/geront/gnp005.
- Grebe, M. E. (1996). Continuidad y cambio en las representaciones icónicas: Significado simbólico sur-andino. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 13, 93.
- Griffith, J. (1985). Social support providers: Who are they? Where are they met? And the relationship of network characteristics to psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 41-60. doi: 10.1207/s15324834basp0601_4.
- Grundy, E. E. y Sloggett, A. A. (2003). Health inequalities in the older population: The role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science y Medicine*, 56, 935-947. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00093-X.

- Gubrium, J.F. (1972). Toward a socio-environmental theory of aging. *Gerontologist*, 31, 352-357.
- Guijarro, J.L. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 22, 85-94.
- Gundermann, H., Foerster, R. y Vergara, J. (2003). *Mapuches y aymaras: El debate en torno al reconocimiento y los derechos ciudadanos*. Programa de Estudios Desarrollo y Sociedad. Santiago: Universidad de Chile.
- Gurung, R. A., Taylor, S. E. y Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: Insights from the MacArthur studies of successful aging. *Psychology and Aging*, 18(3), 487-496. doi: 10.1037/0882-7974.18.3.487.
- Guzmán, J.M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE- División Población.
- Guzmán, J.M., Huenchuan, S. y Montes, V. (2002). *Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual*. Santiago de Chile: CEPAL- Naciones Unidas.
- Hall, A. y Wellman, B. (1985). Social networks and social support. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 23-41). San Diego: Academic Press.
- Hamilton, A.B., Poza, I. y Washington, D.L. (2011). Homelessness and trauma go hand-in-hand: Pathways to homelessness among women veterans. *Women's Health Issues*, 21, 203-S209. doi: 10.1016/j.whi.2011.04.005.
- Han, H., Kim, M., Lee, H.B., Pistulka, G. y Kim, K.B. (2007). Correlates of depression in the korean american elderly: Focusing on personal resources of social support. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22, 115-127. doi: 10.1007/s10823-006-9022-2.
- Hand, C., Law, M., Hanna, S., Elliott, S. y McColl, M.A. (2012). Neighbourhood influences on participation in activities among older adults with chronic health conditions. *Health y Place*, 18, 869-876. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.03.004.
- Hardiman, E.R. (2004). Networks of caring: A qualitative study of social support in consumer-run mental health agencies. *Qualitative Social Work*, 3, 431-448. doi: 10.1177/1473325004048024.
- Harris, M.B., Begay, C. y Page, P. (1989). Activities, family relationships and feelings about aging in a multicultural elderly sample. *International Journal of Aging and Human Development*, 29, 103-117.

- Harrison, T., Blozis, S. y Stuijbergen, A. (2008). Longitudinal predictors of attitudes toward aging among women with multiple sclerosis. *Psychology and Aging, 23*, 823-832. doi: 10.1037/a0013802.
- Hatch, L.R. (1991). Informal support patterns of older African-American and white women: Examining effects of family, paid work and religious participation. *Research on Aging, 13*(2), 144-170. doi: 10.1177/0164027591132003.
- Hays, J.C., Steffens, D.C., Flint, E.P., Bosworth, H.B. y George, L.K. (2001). Does social support buffer functional decline in elderly patients with unipolar depression? *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1850-1855. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1850.
- Heisel, M.A. y Faulkner, A.O. (1982). Religiosity in an older black population. *The Gerontologist, 22*(2), 354-358. doi: 10.1093/geront/22.4.354.
- Heitzmann, C. A. y Kaplan, R. M. (1984). Interaction between sex and social support in the control of type II diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1087-1089. doi: 10.1037/0022-006X.52.6.1087.
- Help Age International. (2002). *El informe sobre el envejecimiento y desarrollo. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo*. Londres: Earthscan.
- Herrera, M. y Kornfeld, R. (2008). Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. *Expansiva y Escuela de Medicina Universidad De Chile, 131*, 1-15.
- Herrera, M.S., Barros, C. y Fernández, M.B. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing, 4*, 121-139.
- Herzog, A. R., Regers, W. y Woodworth, J. (1983). *Subjective well-being among different age groups*. Survey Research Center Institute for Social Research. The University of Michigan.
- Herzog, A.R., Franks, M.M., Markus, H.R. y Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging, 13*, 179-185. doi: 10.1037/0882-7974.13.2.179.
- Hesch, K. (1998). Wraparound: Linking formal and informal supports. *Journal of Leisureability, 25*, 1-6.
- Himes, C. y Reidy, E. (2000). The role of friends in Caregiving. *Research on Aging, 22*, 315-322. doi: 10.1177/0164027500224001.

- Ho, S.C., Woo, J., Lau, J., Chan, S.G., Yuen, Y.K., Chan, Y.K. y Chi, I. (1995). Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 252-255.
- Hollister, L.E. (1983). Treating depressed patients with medical problems. En J. Davis y J. Maas (Eds.) *The affective disorders* (pp. 393-408). Washington, D.C.; American Psychiatric Press.
- Homans, G.C. (1951/1977). *El grupo humano*. Buenos Aires: Eudeba.
- Hombrados, M.I., García, M.A. y Martimportugués, C. (2004). Grupos de apoyo social con personas mayores: Una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. *Anuario de Psicología*, 35, 347-370.
- Hopper, S.V. (1993). The influence of ethnicity on the health of older women. *Clinics in Geriatric Medicine*, 9, 231-259.
- Horn, J.L. (1968). Organization of abilities and the development of intelligence. *Psychological Review*, 75, 242-259. doi: 10.1037/h0025662.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- House, J.S., Robbins, C. y Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Hoyl, T., Valenzuela, A. y Marín, P.P. (2000). Depresión en el adulto mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la escala de depresión geriátrica. *Revista Médica De Chile*, 128, 1199-1204.
- Huenchuan, S y Sosa, Z. (2002). Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile. *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Hunt, A. (1978). Elder sexual abuse in Britain: preliminary findings. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5, 63-71.
- Iglesias, J., López, J. y Díaz, M. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO. (2010). *Encuesta de personas mayores, 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

- INE - CEPAL. (2007). *Observatorio demográfico N°3. World population ageing*. División de Naciones Unidas.
- INE. (2002). *Censo nacional de población y vivienda, Chile. Resultados generales*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadística.
- Inga, J. y Vera, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5, 475-486.
- Irvine, J., Basinski, A., Baker, B., Jandciu, S., Paquette, M., Cairns, J. y Dorian, P. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: Testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosomatic Medicine*, 61, 729-737.
- Izal, M. y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6, 181-198.
- Jawad, M.A., Sibai, A.M. y Chaaya, M. (2009). Stressful life events and depressive symptoms in a post-war context: Which informal support makes a difference? *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 24, 19-32.
- Jeffers, F., Eisdorfer, C. y Busse, E. (1962). Measurement of Age Identification: A methodological note. *Journal of Gerontology*, 17, 437-439.
- Jerrrome, D. (1993). Intimate relationships. En J. Bond, P. Coleman y S. Peace (Eds.), *Ageing in society: An introduction to social gerontology* (pp. 226-254). Londres: Sage.
- Jerrrome, K. y William, P. (1964). Measurement of age identification: A methodological note. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 442-444.
- Johnson, R.J., Gallagher, T.J. y Wolinsky, F.D. (2004). The influence of the end of life on the extent of informal help received by older adults. *Research on Aging*, 26, 259-283. doi: 10.1177/0164027503260632.
- June, A., Segal, D.L., Coolidge, F.L. y Klebe, K. (2009). Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: An exploratory study. *Aging y Mental Health*, 13, 753-760. doi: 10.1080/13607860902918215.
- Junqué, C. y Jódar, M. (1990). Velocidad del procesamiento cognitivo en el envejecimiento. *Anales de Psicología*, 6, 199-207.
- Just, M.A. y Carpenter, P. A. (1992). A capacity theory of comprehension: Individual differences in working memory. *Psychological Review*, 99, 122-149.

- Kaden, J. y McDaniel, S. (1990). Caregiving and care-receiving: A double bind for women in Canada's aging society. *Journal of Women y Aging*, 2, 3-26. doi: 10.1300/J074v02n03_02.
- Kahn, R.L, Rowe, J. W. y Hadjistavropoulos, T. (1999). Successful aging. *Canadian Journal on Aging*, 18, 277-279.
- Kahn, R.L. y Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. En P.B. Baltes y O. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol.3, pp. 253-268). Nueva York: Academic Press.
- Kahn, R.L. y Antonucci, T.C. (1981). Convoys of social support: A life-course approach. En S.B. Kiesler, J.N. Morgan y V.K. Oppenheimer (Eds.), *Aging: Social change* (pp. 383-405). Nueva York: Academic Press.
- Kahn, R.L. y Antonucci, T.C. (1984). *Social supports of the elderly: Family, friends, professionals*. Informe final al National Institute of Aging.
- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos: Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: Fundación Caja de Madrid.
- Kaniasty, K. y Norris, F.H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 395-408. doi: 10.1037/0022-3514.64.3.395.
- Kaniasty, K.Z. (2012). Predicting social psychological well-being following trauma: The role of post disaster social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 22-33. doi: 10.1037/a0021412.
- Kaplan, B.H., Munroe-Blum, H. y Blazer, D.G. (1994). Religion, health and forgiveness. En J.S. Levin (Ed.), *Religion in aging and health* (pp.52-77). Thousand Oaks: Sage.
- Kaplan, S. (1983). A model of person-environment compatibility. *Environment and Behavior*, 15(3), 311-332. doi: 10.1177/0013916583153003.
- 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* (pp. 345-386). Nueva York: Academic Press.
- Katz, A. H. (1981). Self-help and mutual aid: An emerging social movement? *Annual Review of Sociology*, 7, 129-155.
- Katz, A. H. (1992). *Self-help: Concepts and applications*. Philadelphia: The Charles Press.

- Katz, A.H. y Bender, E.I. (1976). Self-help groups in western society: History and prospects. *Journal of Applied Behavioral Science*, 12, 265-282. doi: 10.1177/002188637601200302.
- Kaye, L.W. y Monk, A. (1991). Social relations in enriched housing for the aged: A case study. *Journal of Housing for the Elderly*, 9, 111-126.
- Keating, N., Fast, J., Frederick, J., Cranswick, K. y Perrier, C. (1999). *Eldercare in Canada: Context, content and consequences*. Ottawa: Statistics Canada.
- Kelley, A.S., Ettner, S.L., Morrison, R.S., Du, Q., Wenger, N.S. y Sarkisian, C.A. (2011). Determinants of medical expenditures in the last 6 months of life. *Annals of Internal Medicine*, 154(4), 235-242.
- Kemper, S. y Kemtes, K. (1999). Limitations on syntactic processing. En S. Kemper y R. Kliegl (Eds.). *Constraints on language. Aging, grammar, and memory* (pp. 79-105). Boston: Kluwer.
- Kendig, H., Hashimoto, Ay Coppard, L.C. (1992). *Family support for the elderly: The international experience*. Oxford: Oxford University Press.
- Kim, B.J., Sangalang, C.C. y Kihl, T. (2012). Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging y Mental Health*, 16, 787-794. doi: 10.1080/13607863.2012.660622.
- Kim, J.E. y Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 212-222.
- King, L.A., Mattimore, L.K., King, D.W. y Adams, G.A. (1995). Family support inventory for workers: A new measure of perceived social support from family members. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 235-258. doi: 10.1002/job.4030160306.
- Kirkwood, T.B.L. (1996). Human senescence. *BioEssays*, 18, 1009-1016.
- Kivett, V.R., Stevenson, M.L. y Zwane, C.H. (2000). Very-old rural adults: Functional status and social support. *Journal of Applied Gerontology*, 19, 58-77. doi: 10.1177/073346480001900104.
- Kleemeier, R. W. (1959). Behavior and the organization of the bodily and the external environment. En J.E. Birren (Ed.), *Handbook of aging and the individual. Psychological and biological of aging* (pp. 400-451). Chicago: University of Chicago Press.
- Kline, D.W. y Scialfa, C.T. (1996). Visual and auditory aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 181-203). San Diego: Academic Press.

- Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G., Pieper, C., Meador, K.G., Shelp, F., Goli, V. y DiPasquale, B. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized ill men. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 1693-1700.
- Kohn, R.R. (1985). Aging and age relate diseases: Normal processes. En H.A. Johnson (Ed.), *Relations between normal aging and disease* (pp. 1-43). Nueva York: Raven Press.
- Koizumiy, Awata,S., Kuriyama, S., Ohmori, K., Hozawa, A., Seki, T., Matsuoka, H. y Tsuji, I. (2005). Association between social support and depression status in the elderly: Results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 563-569. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01415.
- Korotky, S. (2003). *Los adultos mayores voluntarios en Uruguay: Descripción y perfiles*. Tesis magister en Gerontología Social, Universidad Autónoma de Madrid.
- Krassoievitch, M. (1998). *Redes sociales y vejez*. Documento preparado para el VII Simposium "Macaria: hablemos de los ancianos", Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Krause, N. (1987a). Chronic financial strain, social support, and depressive symptoms among older adults. *Psychology and Aging*, 2, 185-192. doi: 10.1037/0882-7974.2.2.185.
- Krause, N. (1987b). Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*, 2, 349-356. doi: 10.1037/0882-7974.2.4.349.
- Krause, N. (1989). Issues of measurement and analysis in studies of social support, aging and health. En K.S. Markides y C.L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health* (pp. 43-66). Nueva York: Wiley.
- Krause, N. (2005). Exploring age differences in the stress-buffering function of social support. *Psychology and Aging*, 20, 714-717. doi: 10.1037/0882-7974.20.4.714
- Krause, N. (2006). Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 35-43.
- Krause, N. (2009). Church-based volunteering, providing informal support at church, and self-rated health in late life. *Journal of Aging and Health*, 21, 63-84. doi: 10.1177/0898264308328638.
- Krause, N. y Shaw, B.A. (2002). Welfare participation and social support in late life. *Psychology and Aging*, 17, 260-270. doi: 10.1037/0882-7974.17.2.260.

- Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Liang, J. y Sugisawa, H. (1999). Religion, social support, and health among the Japanese elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, *40*, 405-421. doi: 10.2307/2676333.
- Krause, N., Liang, J. y Keith, V. (1990). Personality, social support, and psychological distress in later life. *Psychology and Aging*, *5*, 315-326. doi: 10.1037/0882-7974.5.3.315.
- Kubzansky, L.D., Berkman, L.F. y Seeman, T.E. (2000). Social conditions and distress in elderly persons: Findings from the MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *55*, 238-246. doi: 10.1093/geronb/55.4.P238.
- Labovie-Vief, G. (1999). Emotions in adulthood. En V.L. Bengtson y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 253-267). Nueva York: Springer.
- Lagos, R. y Robles, V. (2008). *Diagnóstico de grupos mapuche y aymara en campamentos urbanos: Estudios de casos en las regiones de Arica y Parinacota, Metropolitana y Araucanía*. Santiago de Chile: Centro de Investigación Social Un techo para Chile.
- Lai, D. W. y Kalyniak, S. (2005). Use of annual physical examinations by aging Chinese Canadians. *Journal of Aging y Health*, *17*, 573-591. doi: 10.1177/0898264305279778.
- Lai, D.W. (2006). Predictors of use of senior centers by elderly Chinese immigrants in Canada. *Journal of Ethnic y Cultural Diversity in Social Work*, *15*, 97-121. doi: 10.1300/J051v15n01-05.
- Lai, D.W. y Chao, S.B. (2007). Predictors of health service barriers for older Chinese immigrants in Canada. *Health y Social Work*, *32*, 57-65.
- Laínez, M.T. (2004). *Envejecimiento, familia y vivienda estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en Navarra*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Lang, F.R. y Carstensen, L.L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, *9*, 315-324. doi: 10.1037/0882-7974.9.2.315.
- Larson, R., Mannell, R. y Zuzanek, J. (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging*, *1*, 117-126. doi: 10.1037/0882-7974.1.2.117.
- Larsson, K. y Silverstein, M. (2004). The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: A study of older Swedes living alone. *Journal of Aging Studies*, *18*, 231-244. doi: 10.1016/j.jaging.2004.01.001.

- Laslett, P. (1996). What is old age? Variation over time and between cultures. En C.G., Caselli y A.D., López (Eds.), *Health and mortality among elderly populations* (pp. 21-38). Oxford: Oxford University Press.
- Lee, E. (2005). Marital conflict and social support of Korean immigrants in the United States. *International Social Work*, 48, 313-324. doi: 10.1177/0020872805051734.
- Lemos, S. y Fernández, J.R. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2, 113-135.
- Levin, J.S. y Larson, D.B. (1997). Religion and spirituality in medicine: research and education. *The Journal of the American Medical Association*, 3, 792-793.
- Levin, J.S., Chatters, L.M. y Taylor, R.J. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans, *Journals of Gerontology, Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 50, 154-163.
- Levine, M. y Perkins, D. (1987). *Principles of community psychology: perspectives and applications*. Nueva York: Oxford University Press.
- Levitt, M.J., Antonucci, T.C., Clark, M.C., Rotton, J. y Finley, G. (1986). Social support and well-being: Preliminary indicators based on two samples of the elderly. *International Journal of Aging y Human Development*, 21, 61-78.
- Liang, J., Krause, N. M. y Bennett, J.M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging*, 16, 511-523. doi: 10.1037/0882-7974.16.3.511.
- Lim, C. y Putman, R. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75, 914-933. doi: 10.1177/0003122410386686.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York : Academic Press,.
- Liu, X., Liang, J. y Gu, S. (1995). Flows of social support and health status among older persons in China. *Social Sciences and Medicine*, 41, 1175-1184. doi: [10.1016/0277-9536\(94\)00427-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00427-U).
- Lomnitz, L. (1994). *Redes sociales, cultura y poder: Ensayos de antropología latinoamericana*. México D.F.: Miguel Ángel Porrúa.
- Lynch, V.C. (2009). *An exploratory investigation into the relationship of mother-daughter attachment and perceived maternal emotional support to mental health outcomes among late-stage adolescent female offenders [dissertation]*. Howard University . (MSTAR_42452719; 92539).

- Mackean, R. y Abbott-Chapman, J. (2012). Older people's perceived health and wellbeing: The contribution of peer-run community-based organizations. *Health Sociology Review, 21*, 47-57. doi: 10.5172/hesr.2012.21.1.47.
- Madrid, A.J. y Garcés, E.J. (2000). La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Anales de Psicología, 16*, 87-99.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61-65.
- Mainous, A.G., Everett, C. J., Diaz, V.A., Baker, R., Mangino, M., Codd, V. y Samani, N.J. (2011). Leukocyte telomere length and marital status among middle-aged adults. *Age y Ageing, 40*, 73-78. doi: 10.1093/ageing/afq118.
- Mair, C. y Thivierge-Rikard, R. (2010). The strength of strong ties for older rural adults: Regional distinctions in the relationship between social interaction and subjective well-being. *International Journal of Aging & Human Development, 70*, 119-143. doi:10.2190/AG.70.2.b.
- Manning, S.K. y Greenhut-Wertz, J. (1990). Visual and auditory modality and suffix effects in young and elderly adults. *Experimental Aging Research: An International Journal, 16*, 3-10. doi: 10.1080/03610739008253868.
- Marcil-Gratton, N. y Légaré, J. (1992). Will reduced fertility lead to greater isolation in old age for tomorrow's elderly? *Canadian Journal on Aging, 11*, 54-71. doi: [10.1017/S0714980800014525](https://doi.org/10.1017/S0714980800014525).
- Martin, G. (2002). *Grupos de apoyo para familiares cuidadores de personas mayores dependientes*. San Sebastián: Diputación Foral de Guipuzkoa.
- Martín, M. (2003). *Trabajo social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, J. M. (2003). Iconografía del dinero, del frente popular a la Unidad Popular. *Póster Para El XIII Congreso Internacional de Numismática*, Madrid.
- Martínez, N., Ángel, E.M., Enríquez, C.B., Santes, M.C., Aranda, C. y Salazar, J. (2007). Apoyo familiar y actividades de la vida diaria del adulto mayor de Veracruz, México. *Anales de Psiquiatría, 23*, 295-300.
- Matthias, R.E. y Benjamin, A.E. (2003). Abuse and neglect of clients in agency-based and consumer-directed home care. *Health y Social Work, 28*, 174-184.
- Mazzella, F., Cacciatore, F., Galizia, G., Della-Morte, D., Rossetti, M., Abbruzzese, R. y Abete, P. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 51*, 323-328. doi: 10.1016/j.archger.2010.01.011.

- McFall, S. y Davila, M. (2008). Gender, social ties, and cancer screening among elderly persons. *Journal Aging Health*, 20, 997-1011. doi: 10.1177/0898264308324682.
- McInnis, G. J. y White, J. H. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 128-139. doi: 10.1053/apnu.2001.23751.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H. y Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19, 736-745. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01117.x.
- Mendes de Leon, C.F., Glass, T.A., Beckett, L.A., Seeman, T.E., Evans, D.A y 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*, 54, 162-172. doi: 10.1093/geronb/54B.3.S162.
- MIDEPLAN. (2006,2009). *CASEN: Encuesta de caracterización socioeconómica*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación Social.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Miranda, C. (2005). *La ocupación en la vejez: Una visión gerontológica desde terapia ocupacional*. Mar del Plata: Suárez.
- Mishara, B.L. y Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Moen, P., Fields, V., Quick, H.E. y Hofmeister, H. (2000). A life-course approach to retirement and social integration. En K. Pillemer, P. Moen, E. Wethington y N. Glasgow (Eds.), *Social integration in the second half of life*. (pp. 75-101). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Molina, J.M., Iáñez, M.A. y Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de alzhéimer. *Salud y Psicología*, 15, 33-43.
- Montes de Oca, V. (2000). *Relaciones familiares y redes sociales. Envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México D.F.: Consejo Nacional de Población.
- Montes de Oca, V. (2005). *Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores de la ciudad de México*. Ciudad D.F.: UNAM.
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor: Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

- Moos, R.H., Brennan, P.L., Schutte, K.K. y Moos, B.S. (2010). Social and financial resources and high-risk alcohol consumption among older adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34, 646-654. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.01133.x.
- Moragas, R. (1998). *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Morales, M.E. (2001). Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI: Un enfoque politológico. *Acta Bioethica, Organización Panamericana De Salud*, 1, 71-95.
- Mota, R. y López, O. (1998). Las personas mayores ante la exclusión social: Nuevas realidades y desafíos. *Documentación Social*, 112, 147-166.
- Mroczek, D.K. y Kolarz, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349. doi: 10.1037/0022-3514.75.5.1333.
- Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires: Belgramo.
- Mugford, S y Kendig, H. (1986). Social relations: Networks and ties. En H. Kendig (Ed.), *Ageing and families: a support networks perspective* (pp. 38-60). Boston: Allen and Unwim.
- Muramatsu, N., Yin, H. y Hedeker, D. (2010). Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Social Science y Medicine*, 70, 1050-1058. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.005.
- Murrell, S.A. y Norris, F.H. (1991). Differential social support and life change as contributors to the social class-distress relationship in older adults. *Psychology and Aging*, 6, 223-231. doi: 10.1037/0882-7974.6.2.223.
- Murrell, S.A., Norris, F.H. y Chipley, Q.T. (1992). Functional versus structural social support, desirable events, and positive affect in older adults. *Psychology and Aging*, 7, 562-570. doi: 10.1037/0882-7974.7.4.562.
- Naciones Unidas (2002). *Informe de la segunda asamblea mundial sobre envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nagumey, A.J., Reich, J.W. y Newsom, J. (2004). Gender moderates the effects of independence and dependence desires during the social support process. *Psychology and Aging*, 19, 215-218. doi: 10.1037/0882-7974.19.1.215.
- Navarro, A.B., Bueno, B., Buz, J. y Mayoral, P. (2006). Jubilación y tiempo libre. En C. Triadó y F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez* (pp. 287-310). Madrid: Alianza.

- Naveh-Benjamin, M. (2000). Adult age differences in memory performance: Tests of an associative deficit hypothesis. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 26, 1170-1187. doi: 10.1037/0278-7393.26.5.1170.
- Neugarten, B.L. (1964). *Personality in middle and late life*. Nueva York: Atherton.
- Neugarten, B.L. (1968). *Middle age and aging*. Chicago: Chicago University Press.
- Neugarten, B.L. (1975). The future and the Young-Old. *The Gerontologist*, 15, 4-9. doi: 10.1093/geront/15.1_Part_2.4.
- Neugarten, B.L., Havighurst, P.J. y Tobin, S.E. (1968). Personality and patterns of aging. En B.L. Neugarten (1968), *Middle age and aging*. Chicago: Chicago University Press.
- Newmann, J.P., Engel, R.J. y Jensen, J. (1990). Depressive symptom patterns among older women. *Psychology and Aging*, 5, 101-118. doi: 10.1037/0882-7974.5.1.101.
- Newsom, J.T. y Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44. doi: 10.1037/0882-7974.11.1.34.
- Nordin, S., Monsch, A.U. y Murphy, C. (1995). Unawareness of smell loss in normal aging and alzheimer's disease: Discrepancy between self-reported and diagnosed smell sensitivity. *Journal of Gerontology*, 50, 187-192. doi: 10.1093/geronb/50B.4.P187.
- Norris, F.H. y Murrell, S.A. (1990). Social support, life events, and stress as modifiers of adjustment to bereavement by older adults. *Psychology and Aging*, 5, 429-436. doi: 10.1037/0882-7974.5.3.429.
- Notestein, F.W. (1945). Population: the long view. En T.W. Schultz (Ed.), *Food for the world* (pp. 36-57). Chicago: Chicago University Press.
- Novak, M. y Capbell, L.D. (2006). *Aging and society: A Canadian perspective*. Toronto: Nelson.
- Ochoka, J. y Lord, J. (1998). Support clusters: A social network approach for people with complex needs. *Journal of Leisurability*, 25, 14-22.
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H. y Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: Do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science y Medicine*, 59, 2259-2270. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.02.024.

- Okamoto K y Tanaka Y. (2004). Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*, 38, 318-322. doi: [10.1016/j.ypmed.2003.10.010](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.10.010).
- Okun, M.A., Stock, W.A., Haring, M.J. y Witter, R.A. (1984). The social activity/subjective well-being relation. A quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6, 45-65. doi: [10.1177/0164027584006001003](https://doi.org/10.1177/0164027584006001003).
- Orford, J. (1992). *Community psychology: Theory and practice*. Londres: Wiley.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE)*. Santiago de Chile: OPS.
- Oxman, T., Freeman, D. y Manheimer, E. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57, 5-15.
- Paas, F., Camp, G. y Rikers, R. (2001). Instructional compensation for age-related cognitive declines: Effects of goal specificity in maze learning. *Journal of Educational Psychology*, 93, 181-186.
- Palloni, A., Pinto-Aguirre, G., y Pelaez, M. (2002). Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Epidemiology*, 31, 762-771. doi: [10.1093/ije/31.4.762](https://doi.org/10.1093/ije/31.4.762).
- Palmore, E. y Kivett, V. (1977). Change in life satisfaction: A longitudinal study of persons aged 46–70. *Journal of Gerontology*, 32, 311-316. doi: [10.1093/geronj/32.3.311](https://doi.org/10.1093/geronj/32.3.311).
- Parrot, T.M. y Bengtson, V.L. (1999). The effects of earlier intergenerational affection, normative expectations, and family conflict on contemporary exchanges of help and support. *Research on Aging*, 21, 73-105. doi: [10.1177/0164027599211004](https://doi.org/10.1177/0164027599211004).
- Paukert, A.L., Pettit, J.W., Kunik, M.E., Wilson, N., Novy, D.M., Rhoades, H.M. y Stanley, M.A. (2010). The roles of social support and self-efficacy in physical health's impact on depressive and anxiety symptoms in older adults. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 387-400. doi: [10.1007/s10880-010-9211-6](https://doi.org/10.1007/s10880-010-9211-6).
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I. y Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8, 160-167. doi: [10.1027//1016-9040.8.3.160](https://doi.org/10.1027//1016-9040.8.3.160).
- Payne, M. (1991). *Teorías contemporáneas del trabajo social: Una introducción crítica*. Barcelona: Paidós.

- Peirce, R.S., Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L. y Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology, 19*, 28-38. doi: 10.1037/0278-6133.19.1.28.
- Penninx, B.W., van Tilburg, T., Deeg, D.J., Kriegsman, D.M., Boeke, A.J. y van Eijk, J.T. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Social Science y Medicine, 44*, 393-402. doi:10.1037/0278-6133.17.6.551.
- Pérez, L. (1998). *Las necesidades de las personas mayores en España: Vejez, economía y sociedad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Peters, G.R., Hoyt, D.R., Babchuk, N., Kaiser, M. y Iijima, Y. (1987). Primary-group support systems of the aged. *Research on Aging, 9*, 392-416. doi: 10.1177/0164027587093004.
- Phillips, D.R., Siu, O.L., Yeh, A.G. y Cheng, K.H. (2008). Informal social support and older persons' psychological well-being in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 23*, 39-55. doi: 10.1007/s10823-007-9056-0.
- Pickard, J. G. y Guo, B. (2008). Clergy as mental health service providers to older adults. *Aging y Mental Health, 12*, 615-624. doi: 10.1080/13607860802343092
- Pinazo, S. (2005). Apoyo social y las relaciones de las personas mayores. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 221-258). Madrid: Pearson.
- Pinazo, S. (2006). Relaciones sociales. En C. Triadó y F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez* (pp. 253-283). Madrid: Alianza.
- Pinillos, J.L. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pitt, B. (1986). Characteristics of depression in the elderly. En E. Murphy (Ed.), *Affective disorders in the elderly*. Londres: Churchill Livingstone.
- Pizarro, R. (1999). *Vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE.
- Ploeg, J., Campbell, L., Denton, M., Joshi, A. y Davies, S. (2004). Helping to build and rebuild secure lives and futures: Financial transfers from parents to adult children and grandchildren. *Canadian Journal on Aging, 23*, 131-143.
- Poblete, D.H. (2010). *Movimientos y organizaciones políticas y sociales del pueblo aymara el caso de Arica-Parinacota y Tarapacá, Chile*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

- Podestá, J. (2005). *La invención de Tarapacá. Estado y desarrollo regional en Chile*. Iquique, Chile: Editorial Campus, Universidad Arturo Prat.
- Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación "Los Andes". (2010). *Encuesta nacional de calidad de vida en la vejez 2010*. Santiago de Chile: Servicio Nacional de Adultos Mayores.
- Portero, C.F. y Oliva, A. (2007). Social support, psychological well-being, and health among the elderly. *Educational Gerontology*, 33, 1053-1068. doi: 10.1080/03601270701700458.
- Pousada, M. y de la Fuente, J. (2006). Envejecimiento y cambio cognitivo. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 185-217). Madrid: Pearson.
- Pressman, P., Lyons, J.S., Larson, D.B. y Strain, J.J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 758-760.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A. y Thomas, A. (1997). Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 27, 311-321. doi: 10.1017/S0033291796004473
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A. y Mann, A.H.(1997). Impairment, Disability and Handicap as Risk Factors for Depression in Old Age. The GOSPEL OAK PROYECT V. *Psychological Medicine*, 27, 311-321.
- Quinn, W.H., Hughston, G.A. y Hunter, D.J. (1984). Preservation of independence through nonformal support systems: Implications and promise. En W.H. Quinn y G.A. Hughston (Eds.), *Independent aging: family and social systems perspectives* (pp. 215-237). Tumbridge Wells: Aspen Systems Corporation.
- Ramírez, E. (2011). *Etnicidad, identidad, interculturalidad: Teorías, conceptos y procesos de la relacionalidad grupal humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ranquet, M.D. (1996). *Los modelos en trabajo social: Intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI.
- Requena Santos, F. (2011). *Las redes de apoyo social*. Madrid: Civitas.
- Reyes-Ortiz, C.A., Ayele, H. y Mulligan, T. (1996). Religious activity improves quality of life for ill elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 4, 102-106.

- Reynoso, H. (2009). Support group for Latino caregivers of dementia elders: Cultural humility and cultural competence. *Ageing International*, 34, 67-78. doi: 10.1007/s12126-009-9031-x.
- Ribera, J.M. (1998). *Atención al anciano en el medio sanitario*. Madrid: Editores Médicos.
- Richardson, A. (1983). The diversity of self-help groups. En S. Hatch y I. Kickbusch (Eds.), *Self-help and health in Europe: New approaches in health care* (pp. 32-42). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Riley, M.W. (1988). Froward. In K.W. Schaie y R.T. Campbell (Eds.), *Methodological issues in aging research*. Nueva York: Springer Publishers.
- Robertis, C. D. (1988). *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Robitaille, A., Orpana, H. y McIntosh, C.N. (2012). Reciprocal relationship between social support and psychological distress among a national sample of older adults: An autoregressive cross-lagged model. *Canadian Journal on Aging*, 31, 13-24. doi: 10.1017/S0714980811000560.
- Rodríguez, G. (1989). Orígenes y evolución del estado de bienestar español en su perspectiva histórica: Una visión general. *Política y Sociedad*, 2, 79-88.
- Rodríguez, P. (1995). *Investigación- acción participativa como estímulo a la participación de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Rojo, F., Fernández, G., Pozo, E. y Rojo, J.M. (2001). Ageing in place: predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54, 173-208. doi: 10.1023/A:1010852607362.
- Rook, K.S. y Pietromanaco, P. (1987). Close relation-ships: Ties that heal or ties that bind., *Advances in personal relationships*, 1, 1-35.
- Rosen, H. y Swigar, M.E. (1976). Depression and normal pressure hydrocephalus. A dilemma in neuropsychiatric differential diagnosis. *Journal of Nervous Mental Disease*, 163, 35-40.
- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1998). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440. doi: 10.1093/geront/37.4.433.
- Rúa, A. (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social. *Revista Portularia*, 8, 9-21.
- Rubio, R. (1996). Modelos y teorías desde la perspectiva sociológica. En N., Saez, R. Rubio y A. Dosil (Ed.), *Tratado de psicogerontología*. Valencia: Promolibro.

- Rueda, S. y Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing y Society*, 29, 625-647. doi: 10.1017/S0144686X08008349.
- Ruggiero, K.J., Amstadter, A.B., Acierno, R.E., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Tracy, M. y Galea, S. (2009). Social and psychological resources associated with health status in a representative sample of adults affected by the 2004 Florida hurricanes. *Psychiatry*, 72, 195-210. doi: 10.1521/psyc.2009.72.2.195.
- Ruíz, S.L. (2007). Envejecimiento fisiológico: Los grandes síndromes geriátricos. En S. Ballesteros (Ed.), *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales* (pp. 153-180). Madrid: Universitas-UNED.
- Russell, D. y Taylor, J. (2009). Living alone and depressive symptoms: The influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and Non-Hispanic older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 95-104.
- Salthouse, T.A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103, 403-428.
- San Román, T. (1990). *Vejez y cultura: Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- Sánchez, C. (1993). *Recreación para el trabajo social con la tercera edad*. Uruguay: Nexo Sport.
- Sánchez, C.D. (1990). *Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en puerto rico*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Sánchez, M. (1994). El apoyo social informal. En E. Arzola (Ed.), *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa* (pp. 360-368). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. y Pierce, G.R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. En B.R. Sarason, I.G. Sarason, G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional View* (pp. 9-25). Nueva York: Wiley.
- Schachter, S. (1966). *Psicología de la afiliación: estudios experimentales de las fuentes del gregarismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Schaie, K.W. y Willis, S.L. (2003). *Psicología de la edad adulta y de la vejez*. Madrid: Pearson.
- Schonfeld, L. y Dupree, L.W. (1991). Antecedents of drinking for early- and late-onset elderly alcohol abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 587-592.

- Schroevers, M.J., Helgeson, V.S., Sanderman, R. y Ranchor, A.V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 46-53. doi: 10.1002/pon.1501.
- Schwartz, C. y Frohner, R. (2005). Contribution of demographic, medical, and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. *Health y Social Work*, 30, 203-212.
- Scott, A. y Wenger, G.C. (1996). Género y redes de apoyo social en la vejez. En S. Arber y J. Ginn (Eds.), *Relación entre género y envejecimiento: Enfoque sociológico* (pp. 220-240). Madrid: Narcea.
- Seed, P. (1987). *Applied social network analysis: A set of tools for social services research and practice: Information Pack*. Tunbridge Wells: Costello.
- Seed, P. (1990). *Introducing network analysis in Social Work*. London: Jessica Kingsley.
- Seeman, M. y Anderson, C.S. (1983). Alienation and alcohol: The role of work, mastery and community in drinking behavior. *American Sociological Review*, 48, 60-77.
- Seeman, T.E., Lusignolo, T.M., Albert, M. y Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, 20, 243-255. doi: 10.1037/0278-6133.20.4.243.
- Seeman, T.E., Singer, B.H., Ryff, C.D., Dienberg Love, G. y Levy-Storms, L. (2002). Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosomatic Medicine*, 64, 395-406.
- SENAMA. (2009). *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Shaw, B.A., Krause, N., Chatters, L.M., Connell, C.M. y Ingersoll-Dayton, B. (2004). Emotional support from parents early in life, aging, and health. *Psychology and Aging*, 19, 4-12. doi: 10.1037/0882-7974.19.1.4.
- Shaw, B.A., Krause, N., Liang, J. y Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 90-99.
- Shaya, F., Yan, X., Farshid, M., Barakat, S. y Jung, M. (2010). Social networks in cardiovascular disease management. *Expert Review of Pharmacoeconomics y Outcomes Research*, 10, 701-705. doi: 10.1586/erp.10.68.
- Sherman, A.M., Shumaker, S.A., Rejeski, W.J., Morgan, T., Applegate, W.B. y Ettinger, W. (2006). Social support, social integration, and health-related quality of life over

- time: Results from the fitness and arthritis in seniors trial (FAST). *Psychology y Health*, 21, 463-480. doi: 10.1080/14768320500380881.
- Shijun, D. (2004). The rural elderly support in China and Thailand. *Geriatrics y Gerontology International*, 4, 56-59. doi: 10.1111/j.1447-0594.2004.00149.x.
- Shinn, M., Lehmann, S. y Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues*, 40, 55-76. doi: 10.1111/j.1540-4560.1984.tb01107.x.
- Shippy, R.A. y Karpiak, S.E. (2005). Perceptions of support among older adults with HIV. *Research on Aging*, 27, 290-306. doi: 10.1177/0164027504273780.
- Shu-Chuan, J.Y. y Yea-Ying, L. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Services Research*, 3, 1-9. doi: 10.1186/1472-6963-3-9.
- Silveira, E.R. y Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 801-812. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(1998110).
- Singer, J y Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life – threatening illness. En A. Baum, S.E. Taylor y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Siriboon, Siriwan y Knodel, J. (1993). Thai elderly who do not coreside with their children. Comparative study of the elderly in Asia research reports. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 9, 21-38.
- Sluzki, C.E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Smith, J. y Baltes, P. (1996). Altern aus psychologische perspektive: Trends und profile im hohen alter. En K.U. Mayer y P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie* (pp.221-250). Berlin: Akademie Verlag.
- Speck, R.V. (1970). *The new families: Youth, communes, and the politics of drugs*. Nueva York : Basic Books.
- Speck, R.V. (1974). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Spirduso, W.W. y MacRae, P.G. (1977). Motor performance and aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 183-200). San Diego: Academic Press.
- Starrett, R. A. (1983). *The support system of the Hispanic elderly and the use of formal social services*. Documento presentado en la Reunión Científica Anual de la Sociedad de Gerontología de América. San Francisco.

- Starrett, R.A. (1985). *The impact of social support systems upon the psychological well-being of the Hispanic elderly*. Documento presentado en la Reunión Anual de la Sociedad Gerontológica Occidental. Denver.
- Stein, J. A. y Nyamathi, A. M. (2010). Completion and subject loss within an intensive hepatitis vaccination intervention among homeless adults: The role of risk factors, demographics, and psychosocial variables. *Health Psychology, 29*, 317-323. doi: 10.1037/a0019283.
- Stephens, M.A., Kinney, J.M., Norris, V.K. y Ritchie, S.W. (1987). Social networks as assets and liabilities in recovery from stroke by geriatric patients. *Psychology and Aging, 2*, 125-129. doi: 10.1037/0882-7974.2.2.125.
- Stokols, D. (1987). Conceptual strategies of environmental psychology. En D. Stokols e I. Altman (Eds.). *Handbook of environmental psychology* (pp. 41-70). Nueva York: Wiley.
- Stone, L.O., Rosenthal, C.J. y Connidis, I.A. (1998). *Parent-child exchanges of supports and intergenerational equity*. Ottawa, Canada: Statistics Canada, Family and Community Support Systems Division.
- Sumner, L. A., Valentine, J.M., Eisenman, D.P., Ahmed, S., Myers, H.F., Wyatt, G.E. y Rodriguez, M.A. (2011). The influence of prenatal trauma, stress, social support, and years of residency in the USA on postpartum maternal health status among low-income Latinas. *Maternal and Child Health Journal, 15*, 1046-1054. doi: 10.1007/s10995-010-0649-9.
- Sutherland D y Murphy E. (1995). Social support. Among elderly in two community programs. *Journal of Gerontology Nursing, 21*, 31-38.
- Suttajit, S., Punpuing, S., Jirapramukpitak, T., Tangchonlatip, K., Darawuttimaprakorn, N., Stewart, R., Dewey, M.E., Prince, M. y Abas, M.A. (2012). Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. *Psychological Medicine, 40*, 1711-1721. doi: 10.1017/S003329170999208X.
- Swanson, H.L. (1999). What develops in working memory? A life span perspective. *Developmental Psychology, 35*, 986-1000.
- Taylor, J.W. (1975). Depression in Thyrotoxicosis. *American Journal of Psychiatry, 132*, 552-553.
- Thabet, A.A., Ibraheem, A.N., Shivram, R., Winter, E.A. y Vostanis, P. (2009). Parenting support and PTSD in children of a war zone. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(3), 226-237. doi: 10.1177/0020764008096100.
- Thanakwang, K. (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the national elderly

- survey. *Nursing y Health Sciences*, 11, 144-149. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00438.x.
- Thanakwang, K. y Soonthorndhada, K. (2011). Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly. *Journal of Aging y Health*, 23, 1352-1378. doi: 10.1177/0898264311418503.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423. doi: 10.1037/0022-006X.54.4.416.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, extra issue*, 53-79.
- Thoits, P.A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health y Social Behavior*, 52, 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592.
- Thompson, W.S. (1929). Population. *American Sociological Review*, 34, 959-972.
- Timms, E. (1983). On the relevance of informal social networks to Social Work Intervention. *British Journal of Social Work*, 13, 405-405.
- Tomaka, J.J., Thompson, S.S. y Palacios, R.R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18, 359-384.
- Travis, L. A., Lyness, J. M., Shields, C.G., King, D.A. y Cox, C. (2004). Social support, depression, and functional disability in older adult primary-care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 12, 265-271.
- Triadó, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Tsouna-Hadjis, E., Vemmos, K.N., Zakopoulos, N. y Stamatelopoulos, S. (2000). First-stroke recovery process: The role of family social support. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 881-887. doi: [10.1053/apmr.2000.4435](https://doi.org/10.1053/apmr.2000.4435).
- Tural, Ü., Önder, E. y Aker, T. (2010). Effect of depression on recovery from PTSD. *Community Mental Health Journal*, 48, 161-166. doi: 10.1007/s10597-010-9359-4
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5.
- Uchino, B.N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and

- received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. y 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*, 119, 488-531. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.488.
- Unger, J.B., McAvay, G., Bruce, M.L., Berkman, L. y Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, 245-251. doi: 10.1093/geronb/54B.5.S245.
- Uthoff, A. (2010). *Una seguridad social dinámica para las Américas: Cohesión social y diversidad institucional*. En Asociación Internacional de la Seguridad Social (Ed.), *Evolución y tendencias*. Ginebra.
- van de Berg, H. (1989). *La tierra no da así no más: Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos de los Andes*. Amsterdam: CEDLA.
- van Dijk, J. (2004). The role of ethnicity and religion in the social support system of older Dutch Canadians. *Canadian Journal on Aging*, 23, 21-34. doi: 10.1353/cja.2004.0012.
- van Kessel, J. (1992). La organización tiempo-espacial del trabajo entre los aymaras de Tarapacá: La perspectiva mitológica. En S. Arze (Ed.), *Etnicidad, economía y simbolismo en los andes* (pp. 267-297). La Paz: Hisbol.
- van Kessel. (1988). *Los aymaras contemporáneos de Chile (1879-1985). Su historia social*. Iquique, Chile: Centro de Investigación de la Realidad del Norte.
- van Tilburg, T. (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 53, 313-323.
- Vanderhorst, R.K. y McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging y Mental Health*, 9, 517-525. doi: 10.1080/13607860500193062.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. Nueva York: Praeger,.
- Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507-518. doi: 10.1177/0265407590074007.

- Veiel, H.O., Brill G., Häfner, H. y Welz R. (1988). The social supports of suicide attempters: The different roles of family and friends. *American Journal of Community Psychology*, 16, 839-861. doi: 10.1007/BF00930896.
- Veliz, M., Riffo, B. y Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *RLA. Revista De Lingüística Teórica y Aplicada*, 48, 75-103.
- Vera, J. y Sotelo, T. (2005). Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. *La Psicología Social en México*, 10, 95-102.
- Vergara, J.I., Foester, R. y Gundermann, H. (2005). *Instituciones mediadoras, legislación y movimiento indígena de DASIN a CONADI (1953-1994)*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción.
- Veroff, J., Douvan, E. y Kulja, R. (1981). *The inner America*. Nueva York: Basic Book.
- Villalba, C. (2002). *Abuelas cuidadoras: Una aportación para el trabajo social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Vinuesa, J. y Moreno, A. (2009). Sociodemografía. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 55-77). Madrid: Pirámide.
- Walsh, J. (1994). Gender differences in the social networks of persons with severe mental illnesses. *Affilia*, 9, 247-268. doi: 10.1177/088610999400900302.
- Wang, Z. y Gan, Y. (2011). Coping mediates between social support, neuroticism, and depression after earthquake and examination stress among adolescents. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24, 343-358. doi: 10.1080/10615806.2010.515026
- Warren, D.I. (1981). *Helping networks: How people cope with problems in the urban community*. Indiana: University of Notre Dame Press.
- Warren, J.I., Stein, J.A. y Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 267-274. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.01.009.
- Watanabe C., Okumura J., Chiu T. y Wakai, S. (2004). Social support and depressive symptoms among displaced older adults following the 1999 Taiwan earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 63-67. doi: 10.1023/B:JOTS.0000014678.79875.30.
- Weale, R.A. (1988). Age and the transmittance of the human crystalline lens. *The Journal of Physiology*, 395, 577-587.
- Weeks, J.R. (1984). *Sociología de la población: Introducción a los conceptos y cuestiones básicas*. Madrid: Alianza.

- Weiffenbach, J.M., Tylanda, C.A. y Baum, B.J. (1990). Oral sensory changes in aging. *Journal of Gerontology*, 45, 121-125.
- Weinberger, M., Hiner, S.L. y Tierney, W.M. (1987). Assessing social support in elderly adults. *Social Science y Medicine*, 25, 1049-1055. doi: 10.1016/0277-9536(87)90010-4.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. En Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. En B.H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 171-200). Beverly Hills: Sage.
- Wellman, B. y Wortley, S. (1990). Different strokes from different folks: Community ties and social support. *American Journal of Sociology*, 96, 558-588. doi: 10.1086/229572.
- Wenger, G.C. (1984). *The supportive network. Coping with old age*. Londres: George Allen and Unwin.
- Wenger, G.C. (1986). A longitudinal study of changes and adaptation in the support networks of welsh elderly over 75. *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 1, 277-304.
- Wenger, G.C. (1992). *Help in old age -- facing up to change. A longitudinal network study*. Liverpool: Liverpool University Press.
- Wenger, G.C. (1992). *Understanding support networks and community care: network assessment for elderly people*. Aldershot: Avebury.
- Wenger, G.C. (2009). Childlessness at the end of life: Evidence from rural wales. *Ageing and Society*, 29, 1243-1259. doi: 10.1017/S0144686X09008381.
- Wenger, G.C., Dykstra, P. A. y Melkas, T. (2007). Social embeddedness and late-life parenthood. *Journal of Family Issues*, 28, 1419-1456. doi: 10.1177/0192513X07303895.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health y Social Behavior*, 26, 352-364.
- White, L.R., Cartwright, W.S., Cornoni-Huntley, J. y Brock, D.B. (1986). Geriatric epidemiology. *Annual Review of Gerontology y Geriatrics*, 6, 215-311.
- Wilcox, B. (1981). *Social support in adjusting to marital disruption: A networks analysis*. En B.H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 97-115). Beverly Hills: SAGE.

- Wilcox, V.L., Kasl, S.V. y Berkman, L.F. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology, 13*, 170-179. doi: 10.1037/0278-6133.13.2.170.
- Williamson, J., Stokoe, I.H., Gray, S., Fisher, M., Smith, A., McGhee, A. y Stephenson, E. (1964). Old people at home: their unreported needs. *Lancet, 1*, 1117-1120.
- Wilson, R.S., Beckett, L.A. y Bennett, D.A., Albert, M.S. y Evans, D.A. (1999). Change in cognitive function in older persons from a community population. *relation to age and alzheimer disease. Archives of Neurology, 56*, 1274-1279.
- Wind, T.R., Fordham, M. y Komproe, I.H. (2011). Social capital and post-disaster mental health. *Global Health Action, 4*. doi: 10.3402/gha.v4i0.6351.
- Windholz, M.J., Marmar, C.R. y Horowitz, M.J. (1985). A review of the research on conjugal bereavement: Impact on health and efficacy of intervention. *Comprehensive Psychiatry, 26*, 433-447. doi: 10.1016/0010-440X(85)90080-X.
- Wister, A.V. y Dykstra, P.A. (2000). Formal assistance among Dutch older adults: An examination of the gendered nature of marital history. *Canadian Journal on Aging, 19*, 508-535.
- Woloshin, S.S., Schwartz, L.M., Tosteson, A.N., Chang, C. H., Wright, B.B., Plohman, J.J. y Fisher, E.S. (1997). Perceived adequacy of tangible social support and health outcomes in patients with coronary artery disease. *Journal of General Internal Medicine, 12*, 613-618.
- Wong, S.T., Yoo, G.J. y Stewart, A.L. (2007). An empirical evaluation of social support and psychological well-being in older Chinese and Korean immigrants. *Ethnicity y Health, 12*(1), 43-67. doi: 10.1080/13557850600824104.
- Wu, Z. y Pollard, M.S. (1998). Social support among Unmarried Childless Elderly Persons. *The Journals of Gerontology: Series . Psychological Sciences and Social Sciences, 53*, 324-335.
- Yampara, S. (1992). Economía comunitaria aymara. En H. van den Berg y N. Schiffrs (Eds.), *La Cosmovisión aymara* (pp. 143-186). La Paz: Universidad Católica Boliviana.
- Yampara, S. (1992). La sociedad aymara. Sistemas y estructuras sociales de los andes. En H. van den Berg y N. Schiffrs (Eds.), *La Cosmovisión aymara* (pp. 221-240). La Paz: Universidad Católica Boliviana.
- Yanguas, J.J., Leturia, M. y Leturia, F.J. (2001). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo: Revista Del Colegio Oficial de Psicólogos, 76*, 1-20.

- Yates, F. E. (1996). Theory of aging: Biological. En J.B. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (pp. 545-555). San Diego: Academic Press.
- Yeh, S.J. y Lo, S.K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, 32, 129-138. doi: 10.2224/sbp.2004.32.2.129.
- Yoon, D.P. (2008). Factors affecting subjective well-being for rural elderly individuals the importance of spirituality, religiousness, and social support. *Journal of Religion and Spirituality in Social Work*, 25, 59-75.
- Yoon, D.P. y Lee, E.O. (2004). Religiousness/spirituality and subjective well-being among rural elderly whites, African Americans, and Native Americans. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 10, 191-211. doi: 10.1300/J137v10n01_05.
- Zunzunegui, M.V., Béland, F. y Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1090-109. doi: 10.1093/ije/30.5.1090.
- CONADI. (2012). Sitio Web de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena: www.conadi.cl
- SENAMA. (2012). Sitio Web del Servicio Nacional de Adultos Mayores: www.senama.cl

ANEXOS.

ANEXO 1: INSTRUMENTOS APLICADOS.**I. DATOS PERSONALES.**

1. Nombre y apellidos : _____
(Nombre completo del entrevistado/a)
2. Fecha de nacimiento : _____
(Indicar día, mes y año)
3. Sexo : _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES.

1. ¿Cuál es su estado conyugal?

- 1) Casado /a
- 2) Conviviente
- 3) Soltero/a
- 4) Viudo/a
- 5) Separado de hecho
- 6) Divorciado

(Para el caso de quienes declaren vivir bajo sistema de convivencia, indicar adicionalmente su estado conyugal)

Familiar	Número de vivos	Números de fallecidos
Hermanos		
Hijos		
Nietos		
Otros significativos <i>(Indicar parentesco)</i>		

III. ANTECEDENTES HABITACIONALES

1. Localidad en la que reside : _____
(Los entrevistados que residen en la ciudad de Arica indicar sector poblacional en el que viven)
2. ¿Hace cuánto tiempo vive en esta localidad? : _____
(Indicar número de años, en caso que sea inferior a un año número de meses)
3. ¿En qué lugares vivió anteriormente? : _____
(Indicar ciudades o poblados en Chile o en el extranjero)
4. Número de personas que viven con usted : _____
(Número total de personas que viven de manera regular con el entrevistados/a)
5. ¿Me podría decir quiénes son y qué relación tiene con ellas?

Vínculo	Sexo	Edad	Estado Civil

6. ¿Cuál es su situación habitacional?

- 1) Propietario *(Se consignará como tal aquellas familias que habitan una vivienda que es de propiedad de alguno de sus integrantes, sin deuda con el sistema financiero)*
- 2) Adquiriente *(Aquellas familias que cancelan dividendo por su propiedad)*
- 3) Arrendatario *(Aquellas familias que cancelan un canon de arriendo por habitar una vivienda de propiedad de terceros)*
- 4) Allegado *(Son aquellas familias (entendiendo por familia aquella constituida por una persona o grupo de personas que cuentan con recursos propios para su manutención), que comparten la vivienda o sitio de otra familia)*
- 5) Usufructuario *(Aquellas familias que hacen uso gratuitamente y en forma exclusiva de una vivienda de propiedad de terceros (ya sea persona natural o jurídica). Ejemplo: residentes con o sin posesión efectiva (sucesión), residentes con un comodato precario, etc.)*
- 6) Otra: _____ *(Especificar en caso que no se encuentre en las alternativas entregadas)*

7. Tipo de vivienda en la que habita:

- 1) Casa
- 2) Departamento
- 3) Pieza
- 4) Mediagua

8. ¿Cuál es la materialidad de los muros de la vivienda?

1) Muros Vivienda Sólida: *La calificación debe considerar la materialidad de los muros cuando predomine la solidez: ladrillo, concreto, albañilería, madera y adobe. Corresponde incluir en esta categoría la vivienda DFL2, PET y Básica.*

2) Muros Vivienda Mixta: *La calificación debe considerar la materialidad de los muros predominando en esta categoría los de construcción mixta, es decir muros de distintos materiales, donde al menos un muro de la vivienda está construido con material sólido.*

3) Muros Vivienda Ligera: *La calificación debe considerar la materialidad de los muros predominando en esta categoría los muros sin protección, tabique, barro o desechos, quincha, pirca. Corresponde incluir en esta categoría a la Mediagua.*

9. ¿En qué condiciones se encuentra la vivienda?

1) Buen estado de conservación *(Corresponderá consignar en esta categoría aquella vivienda que se encuentre en buena condición de habitabilidad y confort. Es decir, se debe considerar el estado de conservación de la vivienda que efectivamente proteja del medio ambiente en forma permanente y adecuada. Ejemplo: Vivienda de materialidad sólida, mixta o ligera cuyas condiciones de habitabilidad son buenas (no presenta filtración, buen aislamiento, sin fisuras en las paredes, sin resquebrajamiento de la pintura, etc.)*

2) Regular estado de conservación *(Corresponderá considerar en esta categoría aquella vivienda que se encuentre en regular condición de habitabilidad y confort. Es decir, viviendas que no garantizan una total protección del medio ambiente. Ejemplo: Vivienda de materialidad sólida, mixta o ligera cuyas condiciones de habitabilidad es regular (grietas en los muros, sólo con radier, con humedad, insuficiente aislamiento, etc.)*

3) Deficiente estado de conservación *(Se incluirá en esta categoría aquella vivienda que se encuentre en deficiente estado de conservación. Es decir, no reúne condiciones mínimas de habitabilidad y confort. Ejemplo: Vivienda sólida, mixta o ligera cuyo estado de conservación es deficiente (sin aislamiento, filtración, grietas profundas en las paredes, humedad permanente, etc.)*

10. Número de dormitorios que tiene la vivienda : _____

Considérese como dormitorio todo espacio de una vivienda, que reúna condiciones mínimas de habitabilidad y de privacidad (con paredes de madera o tabique). No se considerará dormitorio cuando la habitación cumple dos o más funciones. Ejemplo living/dormitorio.

11. Metros cuadrados de la vivienda : _____

12. ¿Qué sistema de abastecimiento de agua tiene la vivienda?

- 1) Con llave dentro de la vivienda
- 2) Con llave en el sitio, pero fuera de la vivienda
- 3) De llave de pilón o grifo
- 4) No proviene de la red pública

13. ¿Cuál es el sistema de iluminación de la vivienda?

- 1) De tendido eléctrico
- 2) De generado propio
- 3) De generador comunitario
- 4) Paneles fotovoltaicos
- 5) No dispone de electricidad

14. ¿Cuál es el sistema sanitario de la vivienda?

- 1) Alcantarillado
- 2) Fosa séptica
- 3) Letrina sanitaria
- 4) Pozo negro
- 5) Otro sistema

15. En caso de tener baño este se encuentra:

- 1) Dentro de la vivienda
- 2) En el sitio, pero fuera de la vivienda

16. En lo que refiere a seguridad del barrio, Usted:

	Siempre o casi siempre	A veces	Nunca
Evita caminar a oscuras por las calles de su barrio.			
Evita andar con objetos de valor (aros, reloj, ropa de cuero, etc.)			
Evita portar más dinero que el necesario			
Evita portar documentos que no va a usar (tarjeta de crédito, etc.)			
Evita dejar si casa sola.			
Evita salir solo/a de su casa			
Evita ir a la plaza de su barrio de día.			
Evita ir a la plaza de su barrio de noche			

17. En caso de presentar problemas de seguridad en su barrio (delincuencia, microtráfico, violencia, riesgo de ser víctima de un asalto, etc) a quién recurre:

- 1) Carabineros o seguridad del Municipio
- 2) Familiares cercanos (conyuge, hijos, nietos)
- 3) Otros familiares
- 4) Vecinos
- 5) Amigos

18. ¿Me podría decir cuál de las siguientes comodidades tiene su hogar?

	Sí	No
Agua caliente		
Teléfono fijo		
Televisión		
TV Cable		
DVD / Video		
Computador		
Internet		
Lavadora		
Microondas		
Refrigerador		
Auto		
Ascensor		

IV. ANTECEDENTES ÉTNICOS.

1. ¿Cuáles son los apellidos de sus abuelos paternos? _____

2. ¿Cuáles son los apellidos de sus abuelos maternos? _____

3. ¿Usted pertenece alguna etnia?

- 1) Sí
- 2) No

En caso de **ser afirmativo** responda hasta la pregunta N° 12 del ítem ANTECEDENTES ÉTNICOS; sino saltar hasta antecedentes educacionales.

4. ¿Cuál de las siguientes?

- 1) Aymara
- 2) Atacameña
- 3) Quechua
- 4) Diaguita
- 5) Colla
- 6) Rapa Nui
- 7) Mapuche
- 8) Kawashka
- 9) Yagana
- 10) Otra

5. ¿Se encuentra inscrito en la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI)?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No conoce la institución

6. En caso de estar inscrito, desde que fecha : _____ (Indicar mes y año)

7. ¿Recibe algún tipo de beneficio por parte de esta institución?

- a) Si
- b) No

8. ¿Participa en alguna agrupación indígena?

- a) Sí
- b) No

9. ¿Cuál es el nombre de dicha agrupación? : _____
10. ¿Desde qué fecha participa? : _____ (Indicar mes y año)
11. ¿Con qué regularidad asiste a las actividades de esta agrupación?
- 1) Una vez a la semana
 - 2) Cada quince días
 - 3) Una vez al mes
 - 4) De manera irregular
 - 5) No asiste
12. ¿Ejerce algún cargo en la agrupación?
- 1) Sí
 - 2) No

V. ANTECEDENTES EDUCACIONALES.

1. Me podría decir su nivel educacional:
- 1) Sin estudios
 - 2) Estudios básicos incompletos
 - 3) Estudios básicos completos.
 - 4) Estudios de educación media incompleta.
 - 5) Estudios de educación media completa
 - 6) Estudios técnicos superiores incompletos.
 - 7) Estudios técnicos superiores completos.
 - 8) Estudios universitarios incompletos
 - 9) Estudios universitarios completos
 - 10) Estudios de post grado.
2. Profesión u oficio : _____
3. Edad de jubilación : _____

VI. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS.

1. ¿Usted ejerce la jefatura de hogar?
- 1) Sí
 - 2) No
- Será consignado como Jefe de Hogar o de Familia aquel integrante del grupo familiar que genere o aporte el mayor ingreso al hogar.*
2. En caso de no ejercerla ¿Qué parentesco tiene con el jefe de hogar?
- 1) Cónyuge o pareja
 - 2) Padre/ Madre
 - 3) Abuelo/abuela
 - 4) Familiar
 - 5) No hay parentesco
3. En el hogar ¿Quién administra los ingresos totales?
- 1) Usted
 - 2) Cónyuge o pareja
 - 3) Hijo/a
 - 4) Yerno/Nuera
 - 5) Nieto/a
 - 6) Otro familiar
 - 7) Un no familiar

4. ¿En qué sistema previsional Usted cotizó?
 - 1) AFP (Administradora de Fondos de Pensiones)
 - 2) INP (Servicio de Seguro Social, Caja Nacional de empleados particulares)
 - 3) Caja de previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA)
 - 4) Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA)
 - 5) No sabe donde cotizó
 - 6) No tienen cotización

5. ¿En qué Caja de Compensación se encuentra adscrito/a?
 - 1) Los Andes
 - 2) Los Héroes
 - 3) La Araucana
 - 4) 18 de Septiembre
 - 5) Gabriela Mistral
 - 6) No se encuentra adscrito
 - 7) No recuerda el nombre

6. ¿Qué beneficios recibe de su Caja de Compensación?
 - 1) Cursos, talleres, clases
 - 2) Espectáculos, malones, bingos
 - 3) Paseos por el día
 - 4) Visitas a centros recreativos o vacacionales
 - 5) Créditos
 - 6) Libretas de ahorro
 - 7) Contratación de seguros
 - 8) Otros beneficios

7. ¿A qué sistema de salud pertenece?
 - 1) Sistema público (FONASA)
 - 2) ISAPRE
 - 3) Fuerzas armadas y de orden
 - 4) Ninguno (particular)
 - 5) Otro sistema

8. ¿Se encuentra inscrito en el consultorio más cercano a su domicilio?
 - 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No responde

9. Asiste a controles médicos, de manera:
 - 1) Regular (*Según indicaciones médicas*)
 - 2) Intermitente (*Asiste sólo cuando presenta alguna dificultad médica, sin respetar las indicaciones de su médico tratante*)
 - 3) No asiste

10. En los últimos 6 meses ¿Ha recibido usted algún beneficio del plan AUGE o GES?
 - 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No lo conoce

11. En los últimos 6 meses ¿Ha recibido usted algún beneficio de su Municipio?
 - 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No lo conoce

12. Monto de ingreso mensual en el hogar:

- 1) Menos de \$100.000
- 2) Entre 100.001 y 300.000
- 3) Entre 300.001 y 500.000
- 4) Entre 500.001 y 1.000.000
- 5) Más de 1.000.000

El monto total que debe considerar el (la) entrevistado/a surge de la sumatoria de todos los dineros que ingresan al hogar; ya sea por concepto de remuneraciones, honorarios líquidos, pensiones, rentas, aportes de terceros, ingresos extraordinarios. Se incluyen además, los ingresos correspondientes a Subsidios Monetarios del Estado: Subsidio Familiar, Subsidio de Cesantía y Pensiones Asistenciales (Ancianidad y/o Invalidez).

13. Recibe personalmente ingresos por:

- 1) Jubilaciones, pensiones o montepíos
- 2) Trabajo o negocio
- 3) Pensiones o subsidios estatales
- 4) Ayuda de familiares
- 5) Rentas
- 6) Ahorro o ingresos bancarios
- 7) Otro _____

14. ¿Maneja usted sus ingresos?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No responde

15. En caso de **no hacerlo** ¿Quién administra sus ingresos?

- 1) Cónyuge o pareja
- 2) Hijo/a
- 3) Nieto/a
- 4) Yerno/nuera
- 5) Otro familiar
- 6) Un no familiar

16. ¿Usted trabaja remuneradamente?

- 1) Sí
- 2) No

17. En su empleo, Ud. Trabaja como

- 1) Trabajador por cuenta propia
- 2) Empleado u obrero
- 3) Servicio doméstico
- 4) Otros

18. Cuenta con un ingreso adicional de manera regular

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No responde

19. En caso afirmativo, este ingreso proviene de:

- 1) Trabajo remunerado
- 2) Aporte familiar directo (cónyuge, hijos)
- 3) Aporte familiares
- 4) Aporte de un no familiar
- 5) Arriendos de bienes
- 6) Otro

20. El dinero que dispone ¿Le alcanza para satisfacer sus necesidades?

- 1) Sí, holgadamente
- 2) Sí, al justo
- 3) No

21. Indique que necesidades logra cubrir:

- 1) Alimentación
- 2) Vestuario
- 3) Medicamentos
- 4) Alojamiento
- 5) Educación (*Aporte a la educación de los hijos, nietos u otros familiares*)

22. Usted mantiene deudas con:

- 1) Préstamos de alguna caja de compensación
- 2) Cuentas vencidas (teléfonos, electricidad, calefacción, agua u otro servicio básico)
- 3) Plazos vencidos de tarjeta de crédito o de establecimientos
- 4) Préstamos de bancos u otras entidades financieras
- 5) Deudas con amigos o familiares
- 6) Otras

23. ¿Usted es beneficiario del programa Vínculos?

- 1) Si
- 2) No
- 3) No lo conoce

VII. HÁBITOS, INTERESES Y AFICIONES.

1. Me puede indicar con qué frecuencia realiza las siguientes actividades:

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
Leer un libro/periódico			
Visitar amigos/parientes			
Ver la televisión			
Escuchar la radio			
Caminar			
Jugar con otras personas a juegos recreativos			
Cuidar niños			
Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto, etc.)			
Hacer recados o gestiones			
Ir de compras			
Viajar			
Otra ¿Cuál?			

2. ¿Práctica alguna religión?

- 1) Si
- 2) No

3. En caso de que practique ¿Cuál?

- 1) Católica
- 2) Protestante
- 3) Testigo de Jehová
- 4) Mormón
- 5) Otra religión
- 6) Ninguna, ateo, agnóstico

4. Tiene una participación activa en su religión

- 1) Sí
- 2) No

5. ¿Participa en alguna agrupación de baile religioso?

- 1) Si
- 2) No

6. ¿Desde qué año participa _____

7. ¿Con qué regularidad asiste a las reuniones?

- 1) Asiste regularmente
- 2) Asiste de manera intermitente
- 3) No asiste

8. Ejerce algún cargo en esta agrupación

- 1) Si
- 2) No

9. ¿Participa en un club de adultos mayores?

- 1) Si
- 2) No

10. ¿Desde qué año participa? _____

11. ¿Con qué regularidad asiste a las reuniones?

- 1) Asiste regularmente
- 2) Asiste de manera intermitente
- 3) No asiste

12. Ejerce algún cargo en esta agrupación

- 1) Si
- 2) No

13. ¿Participa en otra agrupación? (deportiva, de madres, artesanal, gremio, etc.)

- 1) Si
- 2) No

14. ¿Desde qué año participa? _____

15. ¿Con qué regularidad asiste a las reuniones?

- 4) Asiste regularmente
- 5) Asiste de manera intermitente
- 6) No asiste

16. Ejerce algún cargo en esta agrupación

- 3) Si
- 4) No

**ÍNDICE DE BARTHEL: ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
MAHONEY Y BARTHEL (1985)**

A continuación se incluyen 10 actividades básicas de la vida diaria. Para lo cual consúltele al entrevistado por el grado de dificultad (independiente o dependiente) para realizarlas y marque con una cruz en la última columna la respuesta correspondiente.

ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
Lavarse Baño	Independiente. Entra y sale al baño	
	Dependiente	
Arreglarse Aseo	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	
	Dependiente	
Vestirse	Independiente. Se pone y se quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	
	Necesita ayuda	
	Dependiente	
Comer	Totalmente independiente	
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	
	Dependiente	
Usar el retrete	Independiente ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo/a	
	Dependiente	
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	
	Mínima ayuda física o supervisión	
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	
	Dependiente	
Deambular	Independiente, camino solo 50 metros	
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	
	Dependiente	
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	
	Necesita ayuda física o supervisión	
	Dependiente	
Micción	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	
	Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo, o precisa ayuda para la sonda	
	Incontinente	
Deposiciones	Continente	
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavarse.	
	Incontinente	

**INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES EN ANCIANOS
(DÍAZ VEIGA, 1985)**

A continuación se incluyen 6 ítems que contienen una posible relación que la persona mayor entrevistada pueda mantener. Para lo cual consúltele la frecuencia con que ve y habla con esta persona, el tipo de apoyo/ayuda que le proporciona y finalmente, como evalúa la relación que mantiene con ella.

1. CÓNYUGE

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?

- 1) Menos de 1 vez al mes
- 2) 1 ó 2 veces al mes
- 3) 1 vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona su cónyuge?

- 1) Apoyo emocional (alguien con quien hablar, expresiones de cariño, afecto, simpatía)
- 2) Apoyo instrumental (asistencia para actividades de la vida diaria, ayuda económica)
- 3) Apoyo informacional (información, consejos o guía a comprender situaciones)

¿La relación que mantiene con su cónyuge que le parece?

- 1) Buena
- 2) Normal
- 3) Mala

2. HIJOS

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?

- 1) Menos de 1 vez al mes
- 2) 1 ó 2 veces al mes
- 3) 1 vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona sus hijos?

- 1) Apoyo emocional (alguien con quien hablar, expresiones de cariño, afecto, simpatía)
- 2) Apoyo instrumental (asistencia para actividades de la vida diaria, ayuda económica)
- 3) Apoyo informacional (información, consejos o guía a comprender situaciones)

¿La relación que mantiene con su hijo que le parece?

- 1) Buena
- 2) Normal
- 3) Mala

3. FAMILIARES

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares?

- 1) Menos de 1 vez al mes
- 2) 1 ó 2 veces al mes
- 3) 1 vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona sus familiares?

- 1) Apoyo emocional (alguien con quien hablar, expresiones de cariño, afecto, simpatía)
- 2) Apoyo instrumental (asistencia para actividades de la vida diaria, ayuda económica)
- 3) Apoyo informacional (información, consejos o guía a comprender situaciones)

¿La relación que mantiene con sus familiares que le parece?

- 1) Buena
- 2) Normal
- 3) Mala

4. AMIGOS

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?

- 1) Menos de 1 vez al mes
- 2) 1 ó 2 veces al mes
- 3) 1 vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona sus amigos?

- 1) Apoyo emocional (alguien con quien hablar, expresiones de cariño, afecto, simpatía)
- 2) Apoyo instrumental (asistencia para actividades de la vida diaria, ayuda económica)
- 3) Apoyo informacional (información, consejos o guía a comprender situaciones)

¿La relación que mantiene con sus amigos que le parece?

- 1) Buena
- 2) Normal
- 3) Mala

5. VECINOS

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus vecinos?

- 1) Menos de 1 vez al mes
- 2) 1 ó 2 veces al mes
- 3) 1 vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona sus vecinos?

- 1) Apoyo emocional (alguien con quien hablar, expresiones de cariño, afecto, simpatía)
- 2) Apoyo instrumental (asistencia para actividades de la vida diaria, ayuda económica)
- 3) Apoyo informacional (información, consejos o guía a comprender situaciones)

¿La relación que mantiene con sus vecinos que le parece?

- 1) Buena
- 2) Normal
- 3) Mala

6. COMPAÑEROS AGRUPACIÓN (CLUB, ASOCIACION)

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus compañeros de agrupación?

- 1) Menos de 1 vez al mes
- 2) 1 ó 2 veces al mes
- 3) 1 vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona sus compañeros de agrupación?

- 1) Apoyo emocional (alguien con quien hablar, expresiones de cariño, afecto, simpatía)
- 2) Apoyo instrumental (asistencia para actividades de la vida diaria, ayuda económica)
- 3) Apoyo informacional (información, consejos o guía a comprender situaciones)

¿La relación que mantiene con sus compañeros de agrupación que le parece?

- 1) Buena
- 2) Normal
- 3) Mala

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO
(GRACIA, HERRERO Y MUSITU, 2002)**

Método de aplicación

- 1- En la segunda columna de la izquierda (parte superior) escriba las iniciales y el tipo de relación (cónyuge, hijo, hermano, nieto, amigo, etc.) de aquellas personas que son importantes para el entrevistado. Es importante que considere exclusivamente aquellas personas que verdaderamente le proporcionan apoyo personal al entrevistado.

- 2- En la primera columna a la izquierda encontrará un total de 9 preguntas. Léaselas cuidadosamente al entrevistado y responda cada pregunta para todas las personas que ha señalado. Para ello, tenga en cuenta que los puntajes a utilizar, indican lo siguiente:

- 1) Nunca
- 2) Pocas veces
- 3) Algunas veces
- 4) Bastantes veces
- 5) Casi siempre

Inicial de la persona indicada por el entrevistado						
1. ¿En qué medida usted podría compartir y expresar libremente los sentimientos con esta persona?						
2. Si se encontrara usted deprimido/a o tuviera problemas personales ¿En qué medida le ayudaría esta persona?						
3. ¿Hasta qué punto le serviría de ayuda esta persona si tuviera usted que tomar una decisión importante?						
4. ¿En qué medida le serviría esta persona de ayuda si usted necesitara consejo o una sugerencia útil para resolver problemas?						
5. Si estuviera usted enfermo necesitara que le llevarán al médico ¿En qué medida esta persona lo ayudaría						

6. Si usted necesitara dinero o que le cuidaran la casa ¿En qué medida esta persona lo ayudaría?						
7. Si esta persona se encontrara preocupada, deprimida, tuviera problemas personales o familiares ¿Acudiría a usted?						
8. Si esta persona necesitara consejo, resolver algún problema o tomar una decisión importante, ¿Acudiría a usted?						
9. Si esta persona se encontrara enferma, necesitara dinero, que le llevaran a algún sitio, cuidaran de su casa ¿Acudiría a usted?						

ANEXO 2: TABLA DE CORRELACIONES.**Tabla Anexo: Correlación entre apoyo social percibido, índice de dependencia y depresión.**

		APOYO SOCIAL PERCIBIDO	ÍNDICE DE DEPENDENCIA	DEPRESIÓN
APOYO SOCIAL PERCIBIDO	Correlación de Pearson		,045	,081
	N	493	493	454
ÍNDICE DE DEPENDENCIA	Correlación de Pearson	,045		,123
	N	493	493	454
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	,081	,123	
	N	454	454	454