

# REDES DE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL GRAN MENDOZA

SOCIAL SUPPORT NETWORKS AND PERCEIVED QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN GRAN MENDOZA

(Fecha de recepción: 16/08/20 - Fecha de aceptación 15/09/20)

Lic. Sandra Lambiase, Mg. Marina Tolli, Lic. Tatiana González Cuzi, Lic. Eliana Majul, Lic. Florencia Pezzola,  
Lic. Norma Requejo, Lic. Yesica Robert\*

## RESUMEN

El presente estudio describe las características de las Redes de Apoyo Social de los Adultos Mayores del Gran Mendoza y la calidad de vida percibida. La muestra estuvo constituida por 119 personas, cuyo rango etario se encuentra entre los 65 y 94 años, sin deficiencias cognitivas y residentes en hogares particulares en un estudio transversal exploratorio. Las técnicas utilizadas fueron la Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social (EEFAS) y la escala WHOQOL-BREF. Los resultados indicaron que los adultos mayores poseen un buen nivel de calidad de vida autopercebida; sin embargo, las redes de apoyo analizadas están constituidas por pocos integrantes de la familia directa, cuyas funciones de apoyo (emocional, social, práctica, financiera y de orientación cognitiva) están notablemente delimitadas. La mitad de las redes de apoyo (51.3%) presentan un nivel funcional bajo, esto es, una, varias o todas las formas de apoyo mencionadas disponen de solo uno o no tienen ningún miembro de las redes que pueda satisfacerlas. Es un dato preocupante frente a posibles necesidades específicas de alguno de los tipos de apoyo estudiados. La significación de esta cifra crece en importancia analizada a futuro frente al proceso de fragilidad característico de las edades avanzadas.

*Palabras clave:* adultos mayores, calidad de vida, redes de apoyo social, envejecimiento.

## ABSTRACT

This study describes the characteristics of the Social Support Networks of the Elderly in Greater Mendoza and the perceived quality of life. The sample consisted of 119 people, between 65 and 94 years old, without cognitive deficiencies and residents in private homes in an exploratory cross-sectional study. The techniques used were the Structured Interview of Sources of Social Support (EEFAS) and the WHOQOL-BREF scale. The results indicated that older adults have a good level of self-perceived quality of life, however, the support networks analyzed are made up of few members of the immediate family, whose support functions (emotional, social, practical, financial and guidance cognitive) are remarkably delimited. Half of the support networks (51.3%) present a low functional level, that is: one, several or all of the aforementioned forms of support have only one or do not have any member of the networks that can satisfy them. It is a worrying fact in light of possible specific needs of some of the types of support studied. The significance of this figure grows in importance analyzed in the future compared to the process of fragility characteristic of advanced ages.

*Keywords:* older adults, quality of life, social support networks, aging.

## INTRODUCCIÓN

La actualidad se caracteriza por un aumento en la longevidad. Argentina es un país de un envejecimiento avanzado al presentar un 13,4% de su población mayor de 60 años. En el Censo 2010, la población de adultos mayores (en adelante AM) alcanzó los cuatro millones de argentinos. Mendoza, ámbito provincial en el que se desarrolló el trabajo, presenta un 19,85% (INDEC, 2010) de población envejecida, superando la proporción de la media nacional. Algunos de los cambios que se presentan como consecuencia de esta transición demográfica son el importante aumento de la expectativa de vida a posteriori de la jubilación laboral y los bajos ingresos durante este período; lo que produce la llegada a la vejez de cohortes con dificultades económicas y de cobertura social en aumento (situación que a futuro contará con más inconvenientes por las dependencias intergeneracionales en la relación de la población económicamente activa-no activa), produciéndose una mayor demanda de los servicios de salud ante el aumento de las enfermedades crónicas.

A partir de los fundamentos expuestos es que el estudio de la calidad de vida en los mayores se torna insoslayable (Aponte Daza, 2015). Es lógico esperar un incremento en el número de pensionados, una mayor necesidad de servicios de apoyo social, así como un crecimiento en la demanda de personal de salud capacitado para atender a las personas de tercera edad (García-Viniegras, 2008). Si los sistemas de salud, educación y seguridad social no cumplen su objetivo esencial, o si el acceso a ellos resulta dificultoso, el adulto mayor recurre a la familia, o en el peor de los casos se queda en la indigencia. Por eso es cada vez más necesario considerar los problemas de la calidad de vida y las redes de apoyo a los adultos mayores (García-Viniegras, 2008). No menos importante es lograr que este grupo poblacional tenga participación, reconocimiento social y bienestar en las distintas esferas de la vida (Gascón, 2002).

Es relevante señalar que, en el postmodernismo, la vida familiar y, en ese entorno, la vida cotidiana transcurre en hogares que funcionan casi como lugares de paso, ya que sus integrantes –de todas las edades– pasan la mayor parte del día fuera de su hogar. La comunicación se dificulta entre los miembros de la propia familia no solo por las «agendas recargadas» sino también por la intensidad y la rapidez de los cambios intergeneracionales (Acrich, 2009). A esto se agrega, y en este aspecto podemos considerar como escenario prevalente el de los adultos de más edad, el achicamiento o la ausencia de vínculos mantenidos a lo largo de la vida, como pérdidas lógicas asociadas a situaciones vitales, por lo que los sentimientos de soledad son muy frecuentes.

El apoyo social es un recurso psicosocial relevante en la resolución de los conflictos o crisis propias del ciclo vital. Pero pareciera ser que, en la vejez, las redes sociales cumplen un rol de protección más notorio. Ya advierten Huenchuan y Sosa (2002) que durante la vejez las personas han de enfrentar problemas económicos, ya que las pensiones no logran muchas veces satisfacer adecuadamente las necesidades. Igualmente, los sistemas de protección social suelen ser limitados, especialmente en el área de salud. Frente a estas problemáticas, las redes sociales familiares, de amistades y comunitarias se estructuran como un apoyo principal en las personas mayores. Dicho en otras palabras, el apoyo social durante la vejez representa una fuente relevante de cuidado personal y de bienestar (Gallardo-Peralta, 2013).

Este estudio aborda la temática de las Redes de Apoyo Social de los AM ya que, ante las características mencionadas del actual proceso de envejecimiento poblacional, toman un protagonismo creciente como mecanismos de apoyo social. Claudia Arias (2004) define a la red social como:

*... un sistema de límites difusos que incluye a la totalidad de las relaciones interpersonales de un sujeto. Está conformada por los integrantes de la familia nu-*

*clear, por todos los parientes, así como por los amigos vecinos, compañeros de trabajo, y por los miembros de grupos, organizaciones, instituciones de diversa índole, en los que los mismos tengan algún tipo de participación. La red social posee recursos para desarrollar soluciones creativas frente a situaciones críticas. Si bien está conformada por vínculos que proporcionan apoyo y ayuda mutua para enfrentar situaciones difíciles (...) también incluye lazos negativos que propician los conflictos o dificultan su resolución (p. 13).*

Desde una perspectiva más subjetiva, Carlos Sluzki (1996) define la red social personal como la «suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad» (p. 15). El autor considera cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos (Sluzki, 1996).

Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo otras formas de apoyo material (alojamiento, comidas, ropa, pago de servicios, etc.).

Los apoyos instrumentales, como el transporte, ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.

Los apoyos emocionales, que se expresan mediante el cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas (visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.).

Los apoyos cognitivos, que se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), a la entrega de consejos para entender una situación, etc.

Esta conceptualización pone énfasis en los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores. La red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo. Si bien la persona no recibe

permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas. Muchos autores consideran que la familia es el grupo social fundamental para ayudar al adulto mayor a desempeñar sus roles e integrarse a la comunidad como sujeto de su propio desarrollo, capaz de transformar la realidad (Bayarre, 2009).

A su vez, se introduce la importancia del análisis de la calidad de vida de las personas mayores. El estudio va a centrarse en los aspectos subjetivos, donde las personas son quienes pueden valorar su calidad de vida. Según Odone y Salvarezza (2001): «La calidad de vida es un atributo de la persona, como una actitud, un rasgo de personalidad, una respuesta situacional, un estado sentimental o un juicio racional, pero que de cualquier manera es un asunto personal» (p. 5).

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influirán a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Existe consenso acerca de que las relaciones sociales y las Redes de Apoyo Social constituyen factores muy importantes para la salud física y psíquica de las personas. Estudios realizados sobre las Redes de Apoyo Social en la vejez, como la investigación de Riverón y Jockic (2013), indican que las personas mayores valoran ampliamente las prácticas que se orientan al apoyo social, la comprensión y el respeto. Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca (2002) han mostrado la importancia que posee para los AM la participación activa en la vida familiar y comunitaria, así como también la gran relevancia que la integración social tiene para la calidad de vida

del AM. Asimismo, diversas investigaciones han comprobado que la falta de redes y de soporte social tiene una incidencia sobre los síntomas depresivos, tanto en adultos mayores institucionalizados como en adultos mayores no institucionalizados (Arias, 2004). El estudio de Zapata, Delgado y Cardona (2015) expone que la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a sentirse desamparados y vulnerables. A pesar de encontrarse satisfechos por el apoyo de la familia, algunos manifiestan malestar en relación con la falta de actividad y participación barrial y/o comunitaria.

Un estudio realizado en Mendoza por Florencia Favarón (2018) confirma que las formas de apoyo dan muestra de la importante función de socialización que tienen las relaciones de amistad aun en la vejez, siendo los Centros de Jubilados una fuente importante de este tipo de vínculos. El estudio de las redes de apoyo es importante porque ellas constituyen la base de las ayudas que las personas requieren. Son las instancias donde toman sentido los roles sociales y son el soporte de aquellos estímulos sociales que promueven la sensación de pertenencia y generan la integración social. Help Age International (2010), en su informe sobre el envejecimiento y desarrollo, expresa que la existencia de redes de apoyo en las edades avanzadas permite la integración social de las personas y evita el aislamiento.

El estudio de Fusté, Pérez y Paz (2018) afirma que las redes de apoyo social cumplen un papel significativo en la calidad de vida de los adultos mayores y en el plano comunitario ofrece un nuevo marco para crear mecanismos de protección social, apoyo y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

No obstante, en esta etapa de la vida, suelen existir mayores posibilidades de que las redes se vean debilitadas, afectadas o reducidas, exponiendo al adulto mayor a una situación de fragilidad y vulnerabilidad social.

El presente trabajo busca describir las características de las redes de apoyo social de los AM del Gran Mendoza y analizar la calidad de vida percibida.

## **MÉTODO E INSTRUMENTOS**

Se realizó un estudio transversal exploratorio. La muestra estuvo constituida por 119 AM de 60 años o más, residentes en el Gran Mendoza, que no presentan deficiencias cognitivas y que viven en sus hogares particulares (unipersonal o familiar). El tipo de muestra fue no probabilística accidental. Para la sistematización de los datos recolectados se utilizó el software Excel y el procesador estadístico Programa Estadístico para Ciencias Sociales para Windows en su versión 15.0 (SPSS).

Para indagar las redes de apoyo social, se utilizó la Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social (EEFAS) propuesta por Arias (2004); esta evalúa tanto las características estructurales y funcionales como los atributos que componen la red de apoyo social, identificando cinco formas de apoyo: emocional, social, práctico, económico y de orientación cognitiva y consejo.

También se utilizó la escala WHOQOL-BREF, que proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Se aplicó la versión resumida que cuenta con 26 ítems de evaluación, produce calificaciones de cuatro dominios relacionados con la calidad de vida: bienestar físico, bienestar psíquico, relaciones sociales y medio ambiente (Lucas-Carrasco, 2012).

## **RESULTADOS**

### **Análisis de características socio-demográficas**

Se destaca que las edades de los AM encuestados oscilan entre los 65 y 94 años, con una media estadística de 73 años y una moda de 65 años. Se observa una considerable pre-

sencia de los grupos de edad comprendidos entre los 60 y 79 años (76,5%), a estos les siguen con el 21% los sujetos de entre 80-89 años y, por último, se evidenció que los AM de entre 90 y 99 años presentan un carácter minoritario (2,5%). La distribución por sexo de la muestra refleja el doble de sujetos de género femenino (67%) que masculino, los cuales están representados por un 33%. Esto condice con una de las principales características de la población de los AM, el de la «feminización del envejecimiento», que señala que el 57% de los mayores de 60 años son mujeres (Roqué y Fassio, 2009).

En relación con el nivel de estudios alcanzados, es interesante destacar que la mitad de la muestra (50%) solo ha cursado la educación primaria, la mitad restante se divide entre aquellos que realizaron el nivel secundario (29%) y los que accedieron a un nivel terciario (13%). Además, un 8% declaró no tener estudios (guarismo con alto peso relativo en esta variable).

Se observa que, del total de la muestra, aproximadamente el 57% de los encuestados están acompañados por sus parejas, mientras que un importante 43%, por diversas situaciones, están solos. El 59% de los entrevistados indicó poseer algún tipo de enfermedad, como artrosis, hipertensión, sordera, cataratas, dolores físicos, diabetes, problemas cardíacos, etc., y también problemas de índoles muy diversas: «extraño a mis hijos», «el problema está en los años», «la soledad», «problemas económicos», entre otros.

### **Resultados de la Escala WHOQOL-BREF**

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en la muestra con respecto a la calidad de vida percibida, los resultados son los siguientes:

Distribución de la muestra según pregunta 1:

- ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Se registró que más de la mitad de los AM eligieron la opción intermedia «Normal» (53%), un 31% puntuó la categoría «Bastante buena» y un 11%, «Muy buena». Los porcentajes más bajos se ubicaron en la respuesta «Muy mala» (8%) y «Bastante mala» (3,4%). Estos porcentajes obtenidos expresan que un 11% de la muestra no está conforme en cuanto a su calidad de vida, pero la gran mayoría percibe que sí y esto sería un aspecto favorable a tener en cuenta.

Distribución de la muestra según pregunta 2:

- ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Se observa que nuevamente la opción más elegida fue la respuesta intermedia, categorizada «Normal» (40%), le sigue con un 23,5% la opción de sentirse «Bastante» satisfecho con su salud, un 19% indicó la respuesta de sentirse «Poco» satisfecho, un 11% se sitúa en la categoría de «Mucho» y por último un 6% se ubicó en la categoría «Nada».

Tras estos resultados, se puede pensar que, si bien la mayoría de los AM sentiría cierta satisfacción por su salud, cabe resaltar que se registró que son más los sujetos que sienten poca satisfacción que mucha satisfacción en cuanto a su salud.

En la distribución de la muestra, según el Promedio de Dimensiones evaluadas (Escala WHOQOL), se obtuvieron puntajes por encima de los valores medios en las cuatro dimensiones evaluadas, con valores superiores en las dimensiones «salud psicológica» y «medio ambiente» (70), a esto le sigue el «bienestar físico» (50) y por último el «bienestar en las relaciones sociales» (45). Estos resultados revelarían que las personas de la muestra perciben un buen nivel de calidad de vida en general.

## Resultados Entrevista EEFAS (Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social)

La entrevista EEFAS nos permite obtener una medida global de la red de apoyo, para lo cual se calculó un índice de nivel de suficiencia total. Se obtuvo cada una de las redes a partir de la suma de los valores obtenidos en las variables tamaño, nivel de distribución, nivel de densidad, nivel de funcionalidad, nivel de multidimensionalidad, nivel de frecuencia de contacto y nivel de intimidad. A continuación, se describirán las puntuaciones obtenidas en cada una de estas variables con el propósito de poder enriquecer el análisis y referenciar el comportamiento de cada una de ellas.

### 1. Características estructurales (tamaño, distribución y densidad):

#### 1.1. Tamaño de Redes de Apoyo Social:

La muestra está representada por una Red de Apoyo Social de tamaño «Bajo»: el 53,8% de los encuestados indicó que su red de apoyo social estaría conformada por un número de hasta siete miembros, le siguen con un porcentaje del 45,4 aquellos que indicaron que sus redes de apoyo social estaban conformadas por un número de entre ocho y catorce miembros y, por último y más alejados, solo con un 0,8% se sitúan los sujetos que registraron tener una red compuesta por quince o más miembros. Estos porcentajes indican claramente la inexistencia de redes amplias y la preminencia de redes con pocos integrantes constituidas, generalmente, de acuerdo con los datos registrados, por familiares directos: esposo/a, hijos/as, hermanos/as. No hubo casos de personas sin ningún integrante en la Red.

**Tabla 1.** Tamaño Red EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	64	53,8	53,8	53,8
	Medio	54	45,4	45,4	99,2
	Alto	1	,8	,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

#### 1.2. Distribución de Redes de Apoyo Social:

La escasa distribución de los integrantes de las Redes estudiadas evidencia que la amplia mayoría (75.6%) corresponde a un nivel de distribución «Bajo», situado casi exclusivamente en el grupo de familiares y amistades con importante concentración asignado a la familia. Con un notable menor porcentaje (23,5%) están aquellos que tienen un nivel «Medio», es decir, presentan vínculos entre cuatro y siete, y solo en el 0,8% restante se registra que presentan vínculos de ocho o más.

**Tabla 2.** Distribución Red EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	90	75,6	75,6	75,6
	Medio	28	23,5	23,5	99,2
	Alto	1	,8	,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

### 1.3. Densidad de Redes de Apoyo Social:

Esta variable, que surge de la proporción resultante del cociente entre cantidad de interrelaciones existentes entre los miembros de la red y cantidad de interrelaciones posibles entre los miembros que conformaban la red, resultó decididamente de nivel «Alto» (74%); conjuntamente con el nivel «Medio» (22%) demuestran en el 96% de los casos una cerrada interrelación entre los escasos miembros que conforman la mayoría de las redes analizadas. Esta situación resulta lógica si se relaciona con lo analizado anteriormente acerca de los vínculos de familiaridad entre los miembros de las redes, lo cual genera una correspondencia mutua de base por vínculos sanguíneos.

**Tabla 3.** Densidad Red EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	4,2	4,2	4,2
	Medio	26	21,8	21,8	26,1
	Alto	88	73,9	73,9	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Se puede concluir que, en sus características estructurales básicas, las Redes analizadas presentan homogeneidad: sus integrantes son, básicamente, pocas personas de la familia directa del AM.

### 2. Distribución de la muestra según Funcionalidad de Redes de Apoyo Social:

La mitad de las redes de apoyo (51.3%) presentan un nivel funcional «Bajo». Esto es: una, varias o todas las formas de apoyo (apoyo emocional, compañía social, ayuda práctica, económica y de guía cognitiva o consejo) disponen de solo uno o no tienen ningún miembro de las redes que pueda satisfacerlas. En contraposición, más de un cuarto de los AM (28,6%) disponen de Redes con funcionalidad «Medio» (la totalidad de las funciones de apoyo estaban satisfechas por al menos tres miembros), y con un porcentaje similar (20,2%) se

encuentran los encuestados con un nivel «Alto» (la totalidad de las funciones de apoyo estaban satisfechas por al menos tres miembros).

**Tabla 4.** Funcionalidad Red EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	61	51,3	51,3	51,3
	Medio	34	28,6	28,6	79,8
	Alto	24	20,2	20,2	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

La funcionalidad baja de la mitad de las Redes es un dato preocupante frente a posibles necesidades específicas de alguno de los tipos de apoyo estudiados: los recursos de este importante grupo de AM son muy escasos o directamente inexistentes. La significación de esta cifra crece en importancia analizada a futuro frente al proceso de fragilidad característico de las edades avanzadas.

### 3. Atributos de los vínculos (multidimensionalidad, frecuencia y cercanía):

#### 3.1. Multidimensionalidad de Redes de Apoyo Social:

El 55% de la muestra posee un nivel de multidimensionalidad «Bajo» que, conjuntamente con el nivel «Medio» (37%), dan la característica de redes en las que pocos –o ningún integrante– satisfacen múltiples funciones de apoyo para un AM. Solo el 12% de la muestra obtuvo un nivel «Alto», es decir, perciben que entre sus integrantes de la Red se satisfacen cuatro funciones de apoyo.

**Tabla 5.** Multidimensionalidad Red EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	65	54,6	54,6	54,6
	Medio	40	33,6	33,6	88,2
	Alto	14	11,8	11,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

Se evidencia cierta división en los vínculos: aquellos que brindan apoyo emocional pertenecen a la familia; la ayuda económica también pasa generalmente por hijos y/o hermanos,

mientras que en la ayuda práctica se mencionan personas extra familiares (vecinos/amigos, por ejemplo) que no forman parte de los mencionados para otras formas de apoyo. Es decir, cada integrante de la red contribuye con uno o dos apoyos con carácter excluyente.

### 3.2. Frecuencia de Redes de Apoyo Social:

Los datos del gráfico se relacionan lógicamente con lo analizado hasta este punto, la gran mayoría (65,5%) de la muestra presenta un nivel «Alto» de frecuencia; el nivel «Medio» está representado por un 27%, con lo cual se deduce que los miembros de estas redes, muy cercanos en sus vínculos, se contactan asiduamente (llamados telefónicos, en forma personal o por otros medios). Las redes con nivel «Bajo» (un escaso 7,6%) presentan circunstancias de distancia espacial con algunos integrantes (por ejemplo, hijos en el exterior del país) y por datos anexos; se presume que más de dos tercios de estos AM conviven con sus parejas y/o familiares cercanos, por lo cual la característica de esta variable puede pensarse como consecuencia lógica de esta situación.

**Tabla 6.** Frecuencia Red EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	7,6	7,6	7,6
	Medio	32	26,9	26,9	34,5
	Alto	78	65,5	65,5	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

En los atributos de los vínculos de estas Redes, nuevamente la semejanza de cualidades es el elemento a destacar: son redes fundamentalmente integradas por familiares y en consonancia con esta característica sus integrantes son cercanos y frecuentemente contactados. Sin embargo, desde la información dada por el propio AM, las funciones de apoyo que ejercen (real o potencialmente) están notablemente delimitadas, lo cual implica que en caso de ausencia del integrante que satisface ese apoyo este no sería resuelto.

### 3.3. Cercanía de las Redes de Apoyo Social:

Se destaca que el nivel «Alto» obtuvo un amplio porcentaje (75,6%), distanciándose notablemente de los dos restantes niveles, los cuales obtuvieron 21,8% el nivel «Medio» y 2,5 el nivel «Bajo». Estos resultados manifiestan el predominio de relaciones cercanas o muy cercanas por la proximidad de los integrantes de la red con el AM. La explicación de estos datos concuerda con la destacada presencia de pareja, hijos y hermanos en las redes, con los cuales las relaciones de confianza e intimidad se presentan como inherentes al vínculo familiar básico.

**Tabla 7.** Cercanía Red EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	2,5	2,5	2,5
	Medio	26	21,8	21,8	24,4
	Alto	90	75,6	75,6	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

#### 4. Distribución de la muestra según el nivel de suficiencia total de Redes de Apoyo Social:

De acuerdo con lo explicado metodológicamente, este nivel resulta una medida resumen de las anteriores características estructurales, funcionales y atributos de los vínculos analizados. Se encontró que la muestra en total obtiene un puntaje medio de 13,99, con una desviación típica de 1,66, lo cual nos indicaría que los adultos mayores encuestados estarían representados por un nivel de suficiencia total «Medio» (rango de 12 a 16). Se destaca que el 85% estaría ubicado dentro de esta categoría, diferenciándose ampliamente de los niveles «Alto y «Bajo»; estos obtuvieron porcentajes similares en los extremos bajo y alto (solo el 8,4% de los adultos mayores presenta un nivel «Alto» –rango 17/21– y el 6,7% restante presenta un nivel «Bajo» –rango 7/11–. El análisis de este dato, si bien ubica casi a la totalidad de la muestra en el rango intermedio, indica la ausencia de alcances satisfactorios en todos los aspectos y funciones requeridas en una red autosuficiente.

**Tabla 8.** Nivel de suficiencia total de la EEFAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	8	6,7	6,7	6,7
	Medio	101	84,9	84,9	91,6
	Alto	10	8,4	8,4	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

## CONCLUSIONES

Uno de los principales resultados de este estudio indica que las redes de apoyo analizadas están constituidas por pocos integrantes y que la mayoría representa a la familia directa, frecuentemente contactada, cuyas funciones de apoyo (emocional, material, instrumental y de orientación cognitiva) están notablemente delimitadas. De hecho, la mitad de las redes de apoyo (51.3%) presentan un nivel funcional «Bajo», esto es: una, varias o todas las formas de apoyo recientemente mencionadas disponen de solo uno o no tienen ningún miembro de las redes que pueda satisfacerlas, sumado a que pocos –o ningún integrante– satisfacen múltiples funciones de apoyo para un AM.

Las redes de apoyo social en las personas mayores son funcionales desde el punto de vista emocional; cumplen su rol de proveer afectos, emociones, sentimientos de ser querido, cuidado, valorado y respetado (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). Al tratarse de un espacio de mayor intimidad y confianza, se puede explicar su carácter familiar. En este estudio los datos muestran que la composición de la red posee como principales fuentes de apoyo para el AM a sus hijos/as o sus cónyuges, en concordancia con lo que se ha encontrado en otros estudios, como los de Salinas, Manrique y Téllez, (2008), Chappell y Funk (2011) y Gallardo-Peralta (2013), donde se indica que las redes sociales de las personas mayores son pequeñas en su tamaño, de composición principalmente familiar y con una alta frecuencia de contacto entre los integrantes.

Una característica que se ha destacado en el estudio de las redes de apoyo social de los adultos mayores es su grado de homogeneidad. Los datos aquí presentados confirman este hecho, ya que la mayoría de las redes de apoyo de los AM están compuestas por miembros de la familia cercana, que viven en la misma localidad y cuya frecuencia de contacto se da una o varias veces a

la semana. Arias (2004) ha argumentado en torno a los aspectos desfavorables que esto puede implicar, subrayando el hecho de que redes tan poco diversificadas pueden más bien restringir otros tipos de apoyo (principalmente el económico y el instrumental) aunque, por otro lado, este tipo de redes puede favorecer intercambios recíprocos que, como ya ha sido mencionado, pueden generar sentimientos de pertenencia y seguridad en el AM. Para cada uno de los cuatro indicadores propuestos de apoyo social (apoyo material, apoyo cognitivo, apoyo instrumental y apoyo emocional) el tamaño de la red resultó ser un factor significativo. La tendencia general indica que las redes de apoyo más grandes se asocian con la existencia de intercambios recíprocos y con una composición de la red que incluye a familiares y amigos. En este sentido, Rowe y Khan (1997) han argumentado que cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo, mayor es su eficacia. En contraparte, Antonucci y Jackson (1990) explican que una red reducida puede generar una presión excesiva sobre las personas que proporcionan el apoyo. Este dato debe ser destacado dado que, ante el hecho de que la población de AM estudiadas tiene más bien redes pequeñas y poco diversificadas, el apoyo formal de la transferencia y brindado de cuidados pueden ser de vital importancia.

Atentos a la definición que da Claudia Arias (2004) de las Redes de Apoyo Social:

*... de un sistema de límites difusos que incluye a la totalidad de las relaciones interpersonales de un sujeto. Está conformada por los integrantes de la familia nuclear, por todos los parientes, así como por los amigos vecinos, compañeros de trabajo, y por los miembros de grupos, organizaciones, instituciones de diversa índole, en lo que los mismos tengan algún tipo de participación. La red social posee recursos para desarrollar soluciones creativas frente a situaciones críticas (pág. 5).*

se menciona que este es un dato preocupante, ya que las redes que perciben los AM encuestados serían delimitadas, quedando por fuera otras estructuras que funciona-

rían de apoyo, tanto para el AM como para los familiares, en esta tarea de promover la integración social y reducir situaciones de vulnerabilidad que caracterizan a este grupo etario. Por tanto, se requiere que se analicen las consecuencias de las faltas de redes suficientes en este grupo etario. La vejez, aun en los cada vez más abundantes casos de plenitud hasta edades muy avanzadas, es un período de la vida de alta vulnerabilidad, siendo las redes importantísimos elementos de contención y de resolución de temas relacionados con la discapacidad y falta de autonomía.

Este dato se vincula con la realidad actual que evidencia un incremento de AM muy envejecidos y con una mayor posibilidad de presentar fragilidad. Cuando un AM paulatinamente experimenta una pérdida de autonomía en diferentes grados, comienza a depender de otra persona para efectuar las actividades de la vida diaria; en su mayoría son los familiares quienes otorgan cuidado informal y apoyo emocional (González, 2016). Por lo tanto, si la red de apoyo de los mayores es reducida, las funciones de apoyo deberán ser cumplidas por pocas personas, integrantes del mismo núcleo familiar. La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo; muchas veces provoca un aumento en la carga del cuidador familiar, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no solo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados (Guido y López, 2009).

Es importante destacar que los valores obtenidos de la escala de WHOQOL reflejan un buen nivel en la calidad de vida percibida de los mayores y, si bien casi la totalidad de la muestra se ubica en el rango intermedio, los resultados de la Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social indica la ausencia de alcances satisfactorios en todos los aspectos y funciones requeridas en una red autosuficiente; por tanto, se considera pertinente fortalecer estudios de la temática por la deficiencia de las características de las redes en función de las demandas de este grupo etario.

Finalmente, se señala que, en determinados periodos del ciclo vital como la vejez, la relación entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen permiten movilizar recursos psicológicos y materiales frente a situaciones indeseables como la incapacidad, soledad y/o enfermedad (Fernández, 2005). Desde el punto de vista de la intervención comunitaria en Salud, es necesario conocer la estructura social y los diferentes niveles de intervención comunitaria con el objetivo de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen apoyo social tanto a nivel individual-familiar como colectivo. Estos resultados visibilizan la necesidad urgente de potenciar las redes sociales existentes en las personas mayores, con el objetivo de reconstruir e incorporar vínculos relevantes para envejecer con mayor calidad de vida, generando acceso a espacios de participación en actividades sociales y comunitarias, permitiendo al adulto mayor permanecer en sus hogares (evitando la institucionalización) y promoviendo la salud física y mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acrich, L. (2009). «Consideraciones sobre familia y envejecimiento». Congreso de la Cátedra Psicología de la 3ra Edad y Vejez: Envejecimiento y Vida Cotidiana. Facultad de Psicología, UBA.
- Antonucci, T. y Jackson, J. (1990). *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Aponte Daza, V. (2015). «Calidad de vida en la tercera edad». *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana San Pablo*, 13 (2), 152-182. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4615/461545456006>
- Arias, C. (2004). *Red de apoyo social y bienestar psicológico de las personas de edad*. Universidad Nacional de Mar del Plata: Editorial Suárez.
- Bayarre, H. (2009). «Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana». *Revista Cubana de Salud Pública*, 35, 110-116. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400010)
- Chappell, N.L. y Funk, L.m. (2011). «Apoyo social, cuidado y envejecimiento Social». *Canadian Journal on Aging*, 30, 355-70. Recuperado de: doi: 10.1017/S0714980811000316.
- Chesnais, J. C. (1990). «El proceso de envejecimiento de la población». Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) e Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED). Serie LC/DEM/G.87, Santiago de Chile.
- Clemente, m.A. (2003). «Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica». *Revista Interdisciplinaria*, 20 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180/18020103>
- Favarón F. (2018). *Las Redes de Apoyo Social de las Mujeres Adultas Mayores de un Centro de Jubilados de Mendoza: una propuesta de intervención de apoyo social mediante un Club de Día*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de Mar del Plata.
- Fusté, m., Pérez, I., y Paz, L. (2018). «Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba». *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&tlng=es).
- Gallardo-Peralta, L. (2013). «Redes de apoyo social en personas mayores chilenas. Aspectos estructurales y funcionales». *Revista Trabajo Social*, 84, 9-18. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/308694920\\_Red\\_de\\_apoyo\\_social\\_en\\_personas\\_mayores\\_chilenas\\_Aspectos\\_estructurales\\_y\\_funcionales](https://www.researchgate.net/publication/308694920_Red_de_apoyo_social_en_personas_mayores_chilenas_Aspectos_estructurales_y_funcionales)
- Gallardo, L., Sánchez E., Arias, A. y Barrón A. (2015). «Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile». *Anales de Psicología*, 31(3), 1018-1029. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>

- García-Viniegras, V. (2008). *Calidad de Vida. Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gonzalez T. (2016). *Síndrome de Sobrecarga en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores* (Tesis inédita de Grado). Universidad de Congreso.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Guido, P. y López m. (2009). *Temas de Psicogerontología: Investigación, clínica y recursos terapéuticos*. Bs. As: Ed. Akadia.
- Guzmán, J.m. (2002) *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie población y Desarrollo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Editorial CEPAL. Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/serie28.pdf>
- Guzmán, J.m., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2002) «Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores». En *Redes de Apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Editorial CEPAL. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6651/S2003720\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6651/S2003720_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Help Age International. (2010). «Informe sobre el envejecimiento y desarrollo: pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo». Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/Informe-sobre-envejecimiento-y-desarrollo.pdf>
- 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.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Nomenclador Nacional de Vías de Circulación. Recuperado de: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). «The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21, 161-165». Recuperado de: doi: 10.1007/s11136-011-9926-3
- Oddone, m. J. y Salvarezza, L. (2001). «Mitos y realidades en la caracterización de la vejez en Informe sobre Tercera Edad en Argentina». Secretaria de Tercera Edad y Acción Social.
- Riverón, K. y Jocik, G. (2013). «Sociedad y persona adulta mayor. Significados para percibir bienestar subjetivo». *Revista Ciencias Sociales*, 141 (13), 87-95. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/153/15329875007.pdf>
- Rowe, J. y Kahn, R. (1997). «Envejecimiento exitoso». *The Forum*, 37 (4), 433-440. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

- Roqué, m. y Fassio, A. (2009). «Módulo Gerontología Comunitaria e Institucional. Especialización e Gerontología comunitaria e institucional». Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado de: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-21.pdf>
- Salinas, A., Manriquez, B. y Téllez, m. (2008). «Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades». III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba –Argentina. Recuperado de: [http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/AdultoMayor\\_Partell-3.pdf](http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/AdultoMayor_Partell-3.pdf)
- Schwartzmann, L. (2003). «Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. ciencia y enfermería», 9(2), 09-21. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Sluzki, C. E. (1996). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Barcelona: Ed. Gedisa
- Urzúa, m. y Caqueo-Urizar, A. (2013). «Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref». *Revista médica de Chile*, 141(12), 1547-1554. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200008>
- World Health Organization (1998). «Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group Psychol Med». Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Zapata, B., Delgado, N. y Cardona, D. (2015). «Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011». *Revista de Salud Pública*, 17 (6), 848-860. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.3473>

## **LAS AUTORAS**

Lic. Sandra Lambiase. Lic. en Sociología. Profesora titular de las Cátedras «Epistemología de las Ciencias Sociales» y «Sociología de la Salud» de la carrera de Licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) - Universidad Nacional de San Juan (UNSJ).

Contacto: sandra.lambiase@gmail.com

Mg. Marina Tolli Master of Public Health (m.P.H.) Lic. en Psicología. Profesora titular de Psicología Comunitaria de la carrera de Licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud y Coordinadora de Investigación de Psicología sede Este - Universidad de Congreso.

Contacto: tolli.marina@gmail.com

Lic. Tatiana González Cuzi. Lic. en Psicología. Profesora Adjunta Cátedra «Profundización en la Psicología del Adulto/a Mayor», «Metodología de la Investigación I y II», «Psicología Evolutiva II» y «Seminario de Trabajo Final Integrador» de la carrera de Licenciatura en Psicología, Facultad Ciencias de la Salud- Universidad de Congreso.

Contacto: gonzalezat@profesores.ucongreso.edu.ar

Lic. Eliana Majul. Lic. en Psicología, Universidad de Congreso.

Lic. Norma Requejo Lic. en Psicología, Universidad de Congreso

Lic. Yesica Robert Lic. en Psicología, Universidad de Congreso

Lic. Florencia Pezzola Lic. en Psicología, Universidad de Valencia.