

2018-05-28

# Características de red de apoyo social, pérdidas y generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares

Jáuregui, Agustina Paola

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/695>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR  
PLAN DE ESTUDIOS 2010 (O.C.S 553/2009)

**“Características de red de apoyo social, pérdidas y generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares”**

**NOMBRE Y APELLIDO DE LOS ALUMNOS**

Jáuregui, Agostina Paola. Mat. 10817/12 DNI. 37.434.323

Lazarte, Daniela Carolina. Mat. 9454/11 DNI. 34.623.974

Lazarte, Lucas Gabriel. Mat. 10982/12 DNI. 37.926.895

**CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:** Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación Psicológica.

**SUPERVISOR:** Mg. Arias, Claudia J.

**CO-SUPERVISOR:** Esp. Giuliani, María Florencia.

**EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:** El proyecto se desarrollará en el marco de uno mayor que se iniciará en el 2017 en el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica.

**TÍTULO DEL PROYECTO:** “Características de red de apoyo social, pérdidas y generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares”.

**FECHA DE ENTREGA:** 26/02/2018

## **USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

“Esta tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos JÁUREGUI AGOSTINA PAOLA, LAZARTE DANIELA CAROLINA, LAZARTE LUCAS GABRIEL de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del/los autores”.

## **APROBACIÓN DEL SUPERVISOR**

El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por los alumnos AGOSTINA PAOLA JÁUREGUI, matrícula N° 10817/12, DANIELA CAROLINA LAZARTE, matrícula N° 9454/11, LUCAS GABRIEL LAZARTE, matrícula N° 10982/12, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días veintiséis del mes de febrero del año 2018.

-----  
Mg. Claudia J Arias  
**SUPERVISOR**

-----  
Esp. María Florencia Giuliani  
**COSUPERVISOR**

## **EVALUACIÓN ACADÉMICA DEL SUPERVISOR Y/O CO-SUPERVISOR**

Los estudiantes han trabajado de manera comprometida y responsable. Sus habilidades para lograr la correcta ejecución un proyecto de tesis de grado se han desarrollado y perfeccionado a lo largo del proceso, así como también su capacidad de lectura crítica y redacción científica. Como directores consideramos que han logrado una tesina de grado de calidad, aportando información de importancia para el campo de la gerontología.

-----  
Mg. Claudia J Arias  
**SUPERVISOR**

-----  
Esp. María Florencia Giuliani  
**COSUPERVISOR**

## **PRESENTACIÓN ANTE COMISIÓN ASESORA**

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos AGOSTINA PAOLA JÁUREGUI, matrícula N°10817/12, DANIELA CAROLINA LAZARTE, matrícula N°9454/11, LUCAS GABRIEL LAZARTE, matrícula N°10982/12.

-----  
Mg. Sánchez, Mirta

**EVALUADOR**

-----  
Mg. Arias, Claudia J

**SUPERVISOR**

-----  
Esp. Giuliani, María Florencia

**COSUPERVISOR**

-----  
Jáuregui, Agostina Paola

Lazarte, Daniela Carolina

Lazarte, Lucas Gabriel

Fecha de Aprobación:



## ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	8
1. Introducción.....	9
1.1. Objetivos generales.....	11
1.2. Objetivos particulares.....	11
1.3. Hipótesis de trabajo.....	11
2. Marco Teórico.....	12
2.1. ¿Qué es la red de apoyo social?.....	13
2.2. Características de la red de apoyo social.....	13
2.3. Importancia de la red de apoyo social.....	14
2.4. Pérdida de vínculos en adultos mayores.....	16
2.5. Generación de nuevos vínculos en adultos mayores.....	18
3. Metodología.....	21
3.1. Diseño de investigación.....	22
3.2. Caracterización de la muestra.....	22
3.3. Técnicas de recolección de datos.....	22
3.4. Procedimiento y recolección de datos.....	25
3.5. Análisis de datos.....	25
4. Resultados.....	26
5. Conclusiones.....	35
6. Referencias bibliográficas.....	40

## RESUMEN

Desde el marco de la Psicología Positiva y el modelo teórico del apoyo social, este proyecto tiene como objetivos generales: describir las características de la red de apoyo social y explorar la pérdida y la generación de nuevos vínculos durante la vejez avanzada en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares en la ciudad de Mar del Plata. A tal fin se implementó un diseño no experimental, transversal-correlacional. Se seleccionó de manera intencional una muestra de 120 adultos mayores de ambos sexos que poseen entre 80 y 90 años de edad (60 que viven en hogares particulares y 60 en residencias) a los cuales se les administró: 1) un Cuestionario de datos básicos, 2) una Entrevista estructurada de fuentes de apoyo social y 3) una entrevista semi-estructurada que exploró los cambios en la red de apoyo social durante la vejez avanzada. Los datos se analizaron cuantitativamente. Los resultados muestran que existe relación entre el tipo de hogar y la inclusión de ciertos vínculos: profesionales de la salud, compañeros de residencias, amigos, vecinos, hijos, pareja y nietos. En lo referido a las características estructurales, funcionales, y atributos de los vínculos en la red de apoyo social se observó predominio de tamaño y de nivel de funcionalidad bajos, de nivel de multidimensionalidad medio y de niveles de densidad e intimidad altos en ambos grupos. Respecto de la distribución todas las redes evidenciaron nivel bajo. La única característica que mostró relación con el tipo de hogar fue la frecuencia de contacto siendo mayor en residencias en comparación con los de hogares particulares. El análisis de los cambios ocurridos en la red por pérdida e incorporación de vínculos permitió observar que no se encuentran diferencias entre el promedio de vínculos incorporados ni de vínculos perdidos según el tipo de hogar, El motivo principal de generación de nuevos vínculos en adultos que viven en residencias es el ingreso a la misma (n=51), mientras que en el caso de los adultos que viven en hogares particulares lo constituyen los cambios en la familia, especialmente los nacimientos de nietos y bisnietos (n=19) junto con el inicio de nuevas actividades (n=14). En cuanto a los motivos de pérdida de vínculos en ambos grupos se presenta en mayor medida el fallecimiento (n=78) y en segundo lugar la pérdida de contacto y/o interés (n=18).

# **INTRODUCCIÓN**

## 1. INTRODUCCIÓN

La psicología de la vejez ha ido transitando desde finales del siglo XX una etapa de desarrollo sosteniendo con transformaciones fundamentales en cuanto a las bases teóricas en las que se apoya. Una de estas transformaciones surge de su encuentro con la Psicología Positiva, corriente también de reciente aparición (Lombardo, 2012). A lo largo de los años las distintas investigaciones y enfoques acerca de la vejez se han orientado a la búsqueda de los aspectos negativos, condicionando de esta manera sus hallazgos. Cuando las investigaciones toman en cuenta los aspectos positivos, sus resultados muestran que en esta etapa vital no sólo hay pérdidas sino también ganancias (Arias & Iacub, 2014).

Dentro del campo de la Psicología distintos paradigmas han definido a la vejez. Algunos consideran que el envejecimiento es una etapa que implica solamente pérdidas de capacidades y recursos. Mientras que por otro lado se propone un paradigma denominado del curso vital, que concibe a la vejez como parte del proceso de desarrollo humano multidimensional que, aunque no niega que se produzcan pérdidas, reconoce que en esta edad también se producen ganancias (Arias & Iacub, 2014).

Debido a que nos encontramos en un momento de transición donde aún conviven ambos paradigmas, el primero con una visión de deterioro y el segundo con una visión holística en donde confluyen tanto las pérdidas como las ganancias, consideramos importante conocer y explorar cómo perciben sus vidas los adultos mayores y especialmente los mayores de 80 años (Arias & Soliverez, 2015).

Además del desarrollo científico de los paradigmas mencionados anteriormente, la vejez también es entendida como una construcción cultural y social (Iacub & Sabatini, 2012), cada sociedad funda su propio imaginario social acerca de lo que significa la vejez, por lo que puede entenderse como una etapa de pérdidas, pero también de ganancias, de desarrollo y plenitud, en función de los recursos con los que cuentan los adultos, como así también del papel que les otorga la sociedad.

A nivel demográfico, el número de personas que en el mundo supera los 60 años de edad aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos (Castañedo & Vicente, 2000).

Por otro lado, también se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30% de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12% en los llamados en vías de desarrollo. Entre los países que presentan

un aumento de esta franja etaria, se encuentran por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En América se encuentran en similar situación Argentina, Chile, Estados Unidos y Uruguay, entre otros.

Cabe destacar que el grupo de más edad es el que con mayor probabilidad puede presentar algún tipo de dependencia que requiera de apoyo ya sea para desarrollar sus actividades básicas como instrumentales o avanzadas de la vida cotidiana. De hecho, este grupo es el que requiere de más cuidados para satisfacer sus necesidades cuando el acceso a la ayuda y apoyo necesarios presenta mayores dificultades: mientras que las necesidades y el grado de dependencia de la persona mayor se incrementan, su red social experimenta un marcado cambio (Salzinger, 1993). Es así que cuando esta asistencia no puede ser cubierta en su hogar o por su familia, para muchos aparece el ingreso a una residencia de larga estadía como una opción.

Los objetivos generales y particulares del presente proyecto de investigación son los siguientes:

### **1.1. Objetivos generales**

- Describir las características de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares en la ciudad de Mar del Plata.
- Explorar la pérdida y la generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares en la ciudad de Mar del Plata.

### **1.2. Objetivos particulares**

- Comparar la composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos en adultos mayores que viven en residencias y hogares particulares.
- Conocer las características estructurales, funcionales, y atributos de los vínculos en la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares.

### **1.3. Hipótesis de trabajo del presente proyecto de investigación**

La composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos se relaciona con el tipo de hogar (Residencia- Hogares particulares).

# **MARCO TEÓRICO**

## **2. Marco teórico**

### **2.1. ¿Qué es la red de apoyo social?**

El modelo teórico del apoyo social, se enmarca dentro de los utilizados por la psicología comunitaria. Siguiendo esta línea, Sluzki (1979) y Steinmetz (1988), plantean que la red social personal puede ser definida como 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 ámbito interpersonal del sujeto y contribuye fundamentalmente a su propio reconocimiento como individuo. Se constituye en una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación frente a una crisis.

La red de apoyo social pertenece a los apoyos informales y se puede disponer de ella tanto de manera cotidiana como en situaciones críticas y resulta fundamentalmente útil para el desarrollo de soluciones creativas frente a conflictos y problemas (Polizzi & Arias, 2014). Los vínculos que forman parte de la red de apoyo social con la que cuentan los adultos mayores generan experiencias emocionales consideradas positivas o negativas que impactarán en su vida cotidiana, y en su bienestar psicosocial (Arias, 2014).

De acuerdo con Trijueque (2011) la red de apoyo social está conformada por personas consideradas significativas, por la cercanía o por el tipo de apoyo que le brindan al individuo. Está constituida por miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad, entre otros. Teniendo en cuenta que su uso busca la supervivencia para satisfacer necesidades básicas, potenciar el desarrollo personal, apoyo emocional, mejorar la calidad de vida como así mismo mantener e incrementar el vínculo social.

### **2.2. Características de la red de apoyo social**

La red de apoyo social presenta múltiples características, una de ellas es que es considerada un sistema abierto en tanto se encuentra en permanente cambio, construyendo y reconstruyendo sus vínculos a lo largo del ciclo vital. Estos vínculos se van modificando, mientras que algunos se pierden otros se incorporan (Arias, 2015).

La red de apoyo social puede ser evaluada a partir de sus características estructurales (propiedades de la red en su conjunto), su funcionalidad (tipo prevalente de intercambio interpersonal de los vínculos) y los atributos de los vínculos que componen dicha red (propiedades específicas de cada relación). Las características estructurales se entienden como aquellas que forman parte del “tamaño de la red” (cantidad de personas que la conforman), la “distribución” que hace referencia

a la ubicación de las relaciones en función de la intimidad de la relación y el ámbito en que nació el vínculo (familiar, comunitarios, etc), la “densidad” la cual se refiere al grado de interrelación entre los miembros, la “dispersión” a la distancia espacial que se produce entre los miembros, mientras que la “homogeneidad o heterogeneidad” plantea la similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red (Sluzki, 1996: 45).

Así mismo Sluzki (1996) incluye en relación a las funciones de la red la “compañía social”, el “apoyo emocional”, la “guía cognitiva y consejos”, “la regulación social” y la “ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos” (p. 48). Finalmente, los atributos de los vínculos que aluden a las “funciones prevalecientes” de los mismos, su “multidimensionalidad” (cantidad de funciones que cumple), “reciprocidad de la relación”, “intimidad (qué tan cercano considera qué es)”, “frecuencia de los contactos (cada cuanto se ven o tienen contacto)” e “historia del vínculo (hace cuánto se conoce con el vínculo)” (p. 59).

Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) entienden a la red de apoyo social como aquella que se encuentra conformada por dos tipos de apoyos sociales: formales e informales. Entre los primeros se destacan los sistemas de seguridad social, los cuales poseen una organización burocrática, que contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas. Y en cuanto a los segundos, es decir, a los apoyos informales consideran que los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo cumplen un rol fundamental en la vida de los adultos mayores. El sistema informal está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo.

Considerando que la red de apoyo social es el conjunto de vínculos familiares y no familiares que brindan algún tipo de ayuda: social, económica, práctica, emocional, de orientación y consejo, resulta de importancia conocer los recursos de apoyo social con los que cuentan las personas de dicho grupo de edad, ya que estos también se ponen en juego a la hora de afrontar situaciones de cambio y pérdidas.

### **2.3. Importancia de la red de apoyo social**

El incremento de la esperanza de vida junto con el acrecentamiento de la población mayor trajo aparejado un mayor interés por los adultos mayores, principalmente por la calidad de vida que sostienen y el grado de bienestar al que tienen acceso, otorgando mayor importancia a los apoyos sociales formales e informales. El énfasis reciente en investigar los apoyos sociales con los que cuentan las personas mayores se explica a partir de que en esta etapa de la vida se pueden experimentar no sólo deterioros económicos y físicos sino también deterioros en las redes

sociales, que traen como consecuencia un impacto en la salud psíquica de la persona (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003).

Sluzki (1995, 2010) plantea que una red social estable y activa es productora de salud, en tanto protege a la persona de enfermedades, acelera procesos de curación y prolonga la calidad de vida que desarrollan. Estas relaciones sociales aportan un apoyo emocional importante para afrontar dificultades de salud, facilitan el acceso a servicios de salud como es el ingreso a una residencia, otorgan retroalimentación cotidiana de signos de enfermedad o prácticas de salud incorrectas que favorecen las conductas correctivas, facilitan la continuación de hábitos de cuidado de la salud, entre otras cuestiones.

A partir de esto es necesario destacar que no sólo es importante sostener la salud física, sino que también resulta necesario mantener niveles adecuados de bienestar social y psicológico, en tanto hay una interrelación constante entre ellos (Cava & Musitu, 2000). Así mismo, son los propios adultos mayores quienes consideran que disponer de relaciones familiares y sociales les provee mayor satisfacción en su calidad de vida (Arias & Scolni, 2005).

Según Yanguas (2006), la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida considerados más importantes para algunas personas que para otras. En la vejez este concepto debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud, así como el funcionamiento y la implicación social, también el bienestar subjetivo, la satisfacción vital, y los factores ambientales (Iglesias- Souto & Dosil 2005).

Las fuentes de apoyo instrumental y emocional resultan indispensables para el bienestar del adulto mayor. Todas las personas desean convivir, compartir y sentirse acompañadas de su familia y amistades. En ambas fuentes se encuentran miembros de mucha confianza y su presencia en la red social del adulto mayor no solamente está relacionada con la buena salud mental, sino que también parece actuar como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y la tensión, además de afirmar los sentimientos de valor personal y autoestima en la tercera edad (Noriega, Quiñones & Guedea, 2007).

El apoyo social ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre los cuales encontramos la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. Por ese motivo, se ha llegado a afirmar que el insuficiente apoyo social puede considerarse como un factor de riesgo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad al menos

comparable a factores tan bien establecidos como el fumar, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad y la escasa actividad física (Barra Almagiá, 2004).

El apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, ya que logra moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción de vida. En el adulto mayor existe un aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan su calidad de vida, incrementan las demandas de atención en los servicios de salud y el uso y consumo de fármacos. Bajo la perspectiva biopsicosocial de la salud, el estilo y calidad de vida que adquiera el adulto mayor estarán determinados por el contexto social en el que se encuentre inmerso, es decir, por la interacción entre las características del individuo y su entorno (Vivaldi & Barra, 2012).

A partir de las investigaciones que han demostrado el efecto que la red de apoyo social tiene en el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores, es que creemos necesario indagar acerca de sus pérdidas y ganancias, especialmente en adultos mayores que viven en hogares particulares y en residencias.

#### **2.4. Pérdida de vínculos en los adultos mayores que viven en residencias y hogares particulares**

Diversas investigaciones encuentran múltiples motivos en relación a la pérdida de vínculos en adultos mayores. Arias (2015) en un estudio realizado en la ciudad de Mar del Plata, afirma que el motivo más frecuentemente mencionado se refiere a la muerte de familiares y amigos. De manera preponderante se menciona la pérdida de la pareja, la muerte de los propios padres y en muchos casos incluso la muerte de sus propios hijos. En cuanto a la pérdida de vínculos por fallecimiento, dichos miembros pertenecían tanto a la misma generación, es decir, hermanos, primos, amigos, pareja; a la anterior generación (padres, tíos, suegros), por lo cual en ambos casos podrían considerarse pérdidas esperables en la vejez, mientras que en generaciones posteriores como hijos, nietos, sobrinos, entre otros, no son atribuibles a la edad. Por lo cual éste último motivo apareció en menor porcentaje que los anteriores, y los mismos se habían originado por enfermedad o accidente (Arias, 2015).

Así mismo se menciona como motivo de pérdida de vínculos, aunque en menor medida, una desvinculación y merma en la relación, con personas que en otro momento de sus vidas habían mantenido algún tipo de relación. Entre las causas que se mencionaron para justificar estas pérdidas se encontraron: falta de reciprocidad, relaciones conflictivas, lazos poco significativos. Por último, la pérdida de vínculos a causa de migraciones o por la jubilación fueron mencionadas en menor medida (Arias, 2015).

Por otro lado, Sepúlveda, Rivas, Bustos y Illesca (2010) señalan que la ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte.

Particularmente en el caso de aquellos adultos mayores que ingresan a una residencia, diversas investigaciones señalan que, las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se denomina “las pérdidas asociadas a su envejecimiento”. Se sienten perdidos en un entorno que no dominan, se destruyen sus relaciones personales, que ha mantenido a lo largo de su vida. También se olvida la competencia y la historia personal (Rojas, Toronjo, Rodríguez Ponce & Rodríguez Rodríguez, 2006).

Gracia y Herrero (2005) sostienen que la persona mayor institucionalizada carece con frecuencia de relaciones íntimas y significativas, por lo cual vive en un clima social con escasos niveles de apoyo social. Estas características de la vida residencial socavan los sentimientos de control y libre elección y crean un clima en el que los residentes no se sienten responsables del bienestar mutuo, suprimiendo así conductas pro sociales.

Desde el imaginario de muchas personas, la residencia se entiende como una pérdida de la libertad y de la oportunidad de inserción en comunidad, otros sin embargo privilegian la oportunidad de cuidados, mientras que existe un tercer grupo -en general de escasos recursos y sin familia-, para el que es una alternativa de incremento de las relaciones sociales (Fassio, 2007).

Existe una marcada diferencia en cuanto al apoyo social percibido por adultos mayores que viven en residencias de aquellos que no. Mientras que los adultos mayores que viven en hogares particulares consideran que la mayor fuente de apoyo proviene de los hijos, la pareja y otros familiares; aquellos adultos que viven en residencias muestran mayores niveles en el apoyo percibido de las amistades, así mismo señalan tener menor apoyo por parte de sus hijos u otros familiares (Gracia & Herrero, 2005).

El estudio llevado a cabo por Sepúlveda, Rivas, Bustos y Illesca (2010) concluye que el perfil socio-familiar de los adultos mayores que viven en residencias en base a su situación social actual, relaciones sociales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos negativos, entre otros, revela una situación de soledad, maltrato, insatisfacción con la vida, y déficit de cuidados por parte de las instituciones. Este pobre ajuste psicosocial manifestado por parte de aquellos adultos mayores que viven en residencias se caracteriza fundamentalmente por una falta de apoyo

social en todas sus variantes: red de apoyo, apoyo funcional, reciprocidad, apoyo informal en la comunidad, y apoyo formal. Además, existe junto a estos bajos niveles de apoyo una autoestima familiar y física más negativa así como peor nivel de salud y mayor depresión (Gracia & Herrero, 2005).

## **2.5. Generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares**

De acuerdo con Feld, Suito, y Hoegh (2007), las propiedades de la red se van modificando en el tiempo de acuerdo con distintas situaciones de la persona entre las que se incluyen sus motivaciones y la participación en diferentes actividades. Conway, Magai, Jones, Fiori, y Gillespie (2013) observaron que si bien algunas relaciones periféricas se pierden, otras pasan a ser más íntimas y centrales. De hecho, a partir del proceso de selección los movimientos de las relaciones en la red pueden ir en ambos sentidos, ya sea alejándose o acercándose a una posición central.

Aunque durante la vejez se enfrentan diversas pérdidas de vínculos - principalmente por la muerte de familiares y de amigos- los adultos mayores han demostrado un gran potencial para enfrentarlas, desarrollando estrategias que permiten compensarlas y recuperar los anteriores niveles de bienestar.

La red va modificándose a lo largo del curso vital, incrementándose el número de vínculos en la niñez y la adolescencia, estabilizándose en la mediana edad y presentando numerosas pérdidas en la vejez. Sin embargo, recientemente, se han desarrollado estudios focalizados en la exploración de los cambios producidos en la red de apoyo social durante esta etapa vital, y se observó que los adultos mayores también incorporan nuevos vínculos. Esta inclusión puede ser diferente en cada persona, y depende de los recursos que tenga a disposición previamente (Arias, 2015).

Desde el marco de la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992, 1995, 1998; Carstensen, Isaacowitz, y Charles, 1999) se sostiene que los cambios durante el curso vital en cuanto al tamaño de la red social se interpretan como un cambio motivado hacia metas emocionalmente significativas, que se satisfacen generalmente por medio de interacciones sociales con las personas emocionalmente más cercanas. Dentro de una red social no todas las personas se valoran de igual forma, y en la edad avanzada sólo se mantienen las relaciones emocionalmente más significativas.

En un estudio realizado en Mar del Plata, Argentina, pudo observarse que las redes de apoyo social de las personas mayores eran en su mayoría adecuadas y que tenían un amplio dinamismo. El análisis de los datos obtenidos mostró que si bien las pérdidas de vínculos en la vejez eran muy

recurrentes, la inclusión de nuevas relaciones compensaba numéricamente a las primeras y las redes mantenían el tamaño anterior (Arias & Polizzi, 2010).

Si bien las personas mayores incluyen variados tipos de vínculos en sus redes de apoyo social, la pareja, los hijos y los amigos fueron identificados como los vínculos centrales y entre aquellos que les proporcionan los mayores niveles de satisfacción. En el caso de los amigos la compañía fue la función que brindaban en mayor medida.

Los hijos son incluidos con frecuencia en la red de apoyo social de las personas mayores. Se caracterizan por brindar apoyos variados, tanto emocionales como instrumentales, no concentrados en alguna función exclusiva. Por su parte, las parejas proporcionan mayoritariamente apoyo emocional y orientación/guía cognitiva, mostrando características de mucha intimidad y confidencialidad.

La inclusión de vínculos variados dentro de la red permite disponer de fuentes de apoyo que puedan satisfacer las distintas necesidades de un modo dinámico en el que cada una aporte las ayudas específicas más acordes con sus posibilidades y posición en la red (Arias & Polizzi, 2012a; 2012b). La disponibilidad de apoyo social es más sólida cuando los vínculos no se limitan sólo a la familia o a los amigos, sino que incluyen ambas fuentes (Salinas, Manrique & Téllez Rojo, 2008).

En cuanto a la incorporación de vínculos en adultos que viven en residencias, los antecedentes nos muestran que mientras los adultos que viven en hogares particulares reciben un apoyo importante de los hijos, parejas y familiares, los adultos que viven en residencias para mayores reciben mayor apoyo por parte de las amistades (Herrero & Gracia, 2005) y del personal que trabaja en la institución (Arias, 2004). Los adultos mayores que viven en residencias valoran en mayor medida las amistades y su capacidad para mantenerlas, lo cual puede ser un reflejo de las necesarias relaciones sociales que los adultos mayores que viven en instituciones tienen con otros adultos mayores (Cava & Musitu, 2000). Sin embargo, la familia también cobra especial relevancia en los procesos de adaptación e integración de la persona mayor durante su permanencia en la residencia. Contrariamente a la creencia popular, las personas mayores no están aisladas o abandonadas por sus familias. La mayoría manifiestan tener contacto con sus familiares con cierta frecuencia pero existe un grado importante de insatisfacción acerca de esta fuente de apoyo (Zumalde, 1994). Poulin (1984) y Stephens y Bernstein (1984) señalan que en las instituciones públicas los adultos mayores dan poca importancia a las relaciones internas del centro siendo para ellos más relevantes las relaciones con el exterior (Zumalde, 1994).

Los adultos que se encuentran institucionalizados tienen una percepción más favorable de la capacidad que tienen los sistemas formales para proporcionarles ayuda en caso de necesidad. Este

resultado puede estar relacionado con el hecho de que ellos mismos están viviendo en una residencia que forma parte del sistema de ayuda formal, puesto que sus principales cuidadores son profesionales integrados en dicho sistema (Cava & Musitu, 2000).

Respecto de la valoración que el anciano tiene de sí mismo, de su ámbito familiar y social, ésta valoración difiere entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Los adultos que viven en residencias parecen tener una imagen más desfavorable con respecto al grado en que son valorados y considerados en su familia que aquellos que no están institucionalizados. Este hecho puede deberse a la inexistencia de familiares, a la escasa relación con éstos o, simplemente, a una imagen más desfavorable de su papel en la familia como consecuencia de la falta de convivencia con ella. Los adultos mayores que no viven en la residencia, por el contrario, tienen una imagen bastante favorable del papel que desempeñan en su familia (Cava & Musitu, 2000).

# **METODOLOGÍA**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño de investigación**

Se trabajó con un diseño de tipo no experimental, transversal – correlacional.

#### **3.2. Caracterización de la muestra**

La **población** estuvo constituida por adultos mayores de ambos sexos que poseen entre 80 y 90 años de edad, que residen de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata tanto en hogares particulares como en residencias para mayores y que al momento de la entrevista no presentaban deterioro cognitivo aparente. Se seleccionó una muestra intencional de 120 adultos mayores, 60 que viven en residencias y 60 en hogares particulares. En cada uno de los grupos, se incluyeron 30 varones y 30 mujeres. El grupo de adultos mayores presentó un promedio de edad de mínimo 80 años y máximo 90 años de edad, con un desvío estándar de 3,4. En cuanto al género, fue compuesto por 60 (50,0%) mujeres y 60 (50,0%) hombres.

Respecto al nivel educativo, el 38,3% informó haber alcanzado como máxima instancia de instrucción el nivel primario mientras que el 16,7% no finalizó dicha instancia. El 31,7% informó haber finalizado la educación secundaria, mientras que el 8,3% alcanzó los estudios terciarios. Por último, el 1,7% comenzó los estudios universitarios sin haberlos finalizado y el 3,3% de los participantes completó dicha instancia. En cuanto a la composición del hogar de la población que reside en hogares particulares, el 19,2% vivía solo, el 20,0% convivía con su pareja, el 10,8% convivía con familiares. El 27,5% de ambos tipos de hogar investigados informó que tenía pareja mientras que 72,5% que no tenía.

Para garantizar la heterogeneidad de la muestra, dentro de hogares particulares se incluyeron adultos mayores que viven solos, con su pareja, y con familia. Así mismo dentro del grupo de residencias se incorporaron adultos mayores que viven en residencias públicas y privadas.

#### **3.3. Técnicas de recolección de datos**

En el trabajo de campo se implementaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

- 1) Breve cuestionario de datos básicos donde se indagó sexo, edad, tipo de hogar, lugar de nacimiento, participación en actividades sociales y comunitarias, conformación del grupo de convivencia.
- 2) Entrevista estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Vaux & Harrison, 1985). La misma se administró de manera individual y evalúa tanto las características estructurales y funcionales como los atributos de los vínculos que componen la red de apoyo social, identificando cinco formas de apoyo: emocional, social, económico y de consejo u orientación cognitiva y

permitiendo conocer la composición por tipo de vínculos. Se pide al entrevistado que nombre a las personas que le brindan los distintos tipos de apoyo. Una vez detectadas las personas que cumplen las diferentes funciones de apoyo, se elabora el listado total de las relaciones que posee la persona y se completan una serie de datos de cada uno de ellos que permiten identificar de manera específica diversos atributos de cada vínculo (como frecuencia de contacto, multidimensionalidad, intimidad, etc).

En cuanto a las características estructurales que incluyen tamaño, distribución y densidad, se categorizaron los niveles de la siguiente manera (Arias, 2004):

Para el nivel de tamaño, se consideró de tamaño amplio: las que estaban conformadas por un número de 15 miembros o más, de tamaño medio: las que estaban conformadas por un número de entre 8 y 14 miembros y de tamaño escaso: las que estaban conformadas por un número de hasta 7 miembros.

En cuanto al nivel de *distribución* y considerando que los vínculos de la red pueden ubicarse en 12 sectores diferentes (que surgen de la intersección de 4 tipos de relaciones y tres niveles de intimidad). Se consideró como:

Red de apoyo social de nivel de distribución alto: las que presentaban vínculos en ocho o más sectores.

Red de apoyo social de nivel de distribución medio: las que presentaban vínculos en entre cuatro y siete sectores.

Red de apoyo social de nivel de distribución bajo: las que presentaban vínculos en hasta tres sectores.

Para el nivel de *densidad* se calculó la proporción resultante del cociente entre cantidad de interrelaciones existentes entre los miembros de la red y cantidad de interrelaciones posibles entre todos los miembros que conformaban la red. Finalmente se codificó:

Red de apoyo social de nivel de densidad alto: las redes en las que la proporción obtenida superaba a 0,65.

Red de apoyo social de nivel de densidad medio: las redes en las que la proporción obtenida se encontraba entre 0,35 y 0,65.

Red de apoyo social de nivel de densidad bajo: las redes en las que la proporción obtenida se encontraba por debajo de 0,35.

En relación a las características funcionales, que contempla el nivel de *funcionalidad* se consideró:

Red de apoyo social de nivel funcional alto: aquellas en las que la totalidad de las funciones de apoyo estaban satisfechas por al menos 2 miembros o más.

Red de apoyo social de nivel funcional medio: aquellas en las que la totalidad de las funciones de apoyo estaban satisfechas por al menos un miembro y que no llegaban a cumplir las condiciones del nivel funcional alto.

Red de apoyo social de nivel funcional bajo: aquellas en las que una, varias o la totalidad de las funciones de apoyo no disponían de algún miembro que las satisficiera.

En cuanto a los atributos de los vínculos donde se incluyen los niveles de *multidimensionalidad*, *intimidad* y *frecuencia de contacto* la categorización de los niveles se llevó a cabo de la siguiente manera:

Para el nivel de multidimensionalidad, cada uno de los vínculos que conformaban las redes se evaluaron como multidimensionalidad si estaba presente en 2 o más funciones de apoyo. El porcentaje de los vínculos multidimensionales respecto al total de los miembros incluidos en la red proporcionó el valor correspondiente: alto (si el porcentaje es 51% o mayor), medio (entre 25% y 50%) o bajo (menor al 25%).

Para el nivel de *intimidad*, cada uno de los vínculos que conformaban las redes habían sido evaluados como de nivel de intimidad alto (extremadamente cercanos y muy cercanos), medio (bastante cercanos) o bajo (nada o muy poco cercanos). La red total fue considerada como de nivel de intimidad alto, medio o bajo de acuerdo con el valor obtenido del cálculo de la mediana de todos los vínculos que conformaban la red.

En cuanto al nivel de *frecuencia de contacto*, cada uno de los vínculos que conformaban las redes habían sido evaluados como de nivel de frecuencia de contacto alto (si se contactaban entre 2 y 7 veces por semana), medio (si se contactaban entre 1 vez por semana y una vez cada quince días) o bajo (si se contactaban con una frecuencia menor a una vez cada quince días). De igual manera que la descrita para las dos características de red anteriores, se usó como criterio para evaluar a la red total como de nivel de frecuencia de contacto alto, medio o bajo, el valor correspondiente a la mediana de todos los vínculos que la conformaban

3) Entrevista breve semi-estructurada donde se exploraron los cambios en la red de apoyo social que se produjeron en la vejez avanzada (a partir de los 75 años). Se indagaron tanto las

pérdidas (cuáles, cuántas, motivos) como la generación de nuevos vínculos (cuáles, cuántos, motivos).

#### **3.4. Procedimiento y recolección de datos**

La administración de los datos se realizó de manera oral e individual en un único encuentro de 30 minutos aproximadamente, previa firma del consentimiento informado.

La recolección de datos se realizó en lugares públicos; en residencias, centros de jubilados y centros de días.

Las personas mayores seleccionadas fueron invitadas a participar de manera voluntaria, anónima y confidencial. Se incluyó un documento de consentimiento informado escrito que fue firmado por los participantes. Las personas fueron seleccionadas en espacios públicos, hogares particulares, centros de jubilados, centros de día, residencias públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata.

#### **3.5. Análisis de datos**

Los datos recolectados fueron analizados de manera cuantitativa utilizando paquetes estadísticos informatizados para Ciencias Sociales. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó la prueba  $\chi^2$  para el logro del objetivo general 1 y objetivos particulares 1 y 2, y la prueba  $t$  de Student para el logro del objetivo general 2.

# **RESULTADOS**

#### 4. Resultados

Se presentan a continuación los resultados de esta investigación con respecto a los objetivos planteados.

Respecto del objetivo particular 1 que se proponía comparar la composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos en adultos mayores que viven en residencias y hogares particulares se puede observar en la tabla 1 que un porcentaje mayor de los adultos mayores que viven en hogares particulares (98,3%) incluyen vínculos familiares en comparación con los que viven en residencias (80,0%). Complementariamente, estos últimos incluyen vínculos no familiares con mayor porcentaje (78,3%) que aquellos que viven en hogares particulares (73,3%).

La prueba de  $\chi^2$  muestra que existe relación entre la inclusión de vínculos familiares y el tipo de hogar, pero no para el caso de los vínculos no familiares.

Tabla 1

*Composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos familiares y no familiares en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

Tipo de hogar	Tipo de vínculo								Total	
	Vínculos familiares				Vínculos no familiares					
	SÍ		NO		SÍ		NO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Residencia	48	80,0	12	20,0	47	78,3	13	21,7	60	100,0
Hogar particular	59	98,3	1	1,7	44	73,3	16	26,7	60	100,0
$\chi^2$	10,43**				0,40					

\*p< 0,05, \*\*p< 0,01

Respecto a la composición de la red de apoyo social por relación se encontró como el vínculo más nombrado a los hijos por ambos tipos de hogar (Tabla 2). Sin embargo, aquellos participantes que viven en residencias incluyeron a sus hijos en menor porcentaje (58,3%) que aquellos que viven en hogares particulares (86,7%). Así mismo, ambos grupos de participantes incluyeron a los nietos como segundo vínculo de la red de apoyo social. Se observa que quienes viven en hogares particulares incluyeron este vínculo en mayor porcentaje (43,3%) que el otro grupo de participantes (26,7%).

En cuanto al vínculo de la pareja los datos arrojaron los siguientes porcentajes, para el grupo de hogar particular 43,3% mientras que para el grupo de residencias 10,0%.

La prueba de  $\chi^2$  permitió identificar la existencia de una asociación significativa entre los adultos mayores que viven en hogares particulares y en residencias en relación a la inclusión de los vínculos pareja e hijos. Mientras que la comparación en cuanto al vínculo nietos, si bien la prueba no mostró resultados estadísticamente significativos, se observa que los mismos se incluyeron en la red de apoyo social con mayor frecuencia en el grupo de hogares particulares (Ver Tabla 2).

Tabla 2

*Composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos familiares en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

<b>Tipo de vínculo familiar que se incluye según el tipo de hogar</b>											
Tipo de hogar	Pareja		Hermano/a		Hijo/a		Nieto		Bisnieto		
	SÍ	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Nº %	Nº %	Nº %	N %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	
Residencia	6 10,0	54 90,0	5 8,3	55 91,7	35 58,3	25 41,7	16 26,7	44 73,3	5 8,3	55 91,7	
Hogar particular	26 43,3	34 56,7	5 8,3	55 91,7	52 86,7	8 13,3	26 43,3	34 56,7	6 10,0	54 90,0	
$\chi^2$	17,04**		0,00		12,07**		3,66		0,10		

\*p< 0,05, \*\*p< 0,01

  

Tipo de hogar	Sobrino/a		Nuera/yerno		Primo		Cuñado		Consuegro	
	SÍ	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Nº %	Nº %	Nº %	N %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Residencia	4 6,7	56 93,3	5 8,3	55 91,7	0 1,7	60 98,3	1 1,7	59 98,3	0 0,0	60 100,0
Hogar particular	8 13,3	52 86,7	9 15,0	51 85,0	1 1,7	59 98,3	2 3,3	58 96,7	1 1,7	59 98,3
$\chi^2$	1,48		1,29		1,00		0,34		1,00	

\*p< 0,05, \*\*p< 0,01

La tabla 2.1 indica que en cuanto a los vínculos no familiares los más nombrados son los amigos, tanto en residencias (36,7%) como en hogares particulares (55,0%). Mientras que los adultos mayores que viven en residencias incluyen más el vínculo con los profesionales de la salud (53,3%) (asistentes, enfermeros, médicos, psicólogos) y a sus compañeros de residencias (28,3%), los adultos que residen en hogares particulares incorporan a los vecinos como segundo vínculo más frecuente (18,3%).

Por último, la prueba de  $\chi^2$  permitió identificar la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre el tipo de hogar y la inclusión o no de vínculos tales como amigos, vecinos, compañeros y profesionales de la salud (Ver Tabla 2.1).

Tabla 2.1.

*Composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos no familiares en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

**Tipo de vínculo no familiar que se incluye según el tipo de hogar**

Tipo de hogar	Amigo		Vecino		Compañeros <sup>1</sup>		Prof. de la salud		Cura	
	SÍ	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Residencia	22 36,7	38 63,3	0 0,0	60 100,0	17 28,3	43 71,7	32 53,3	28 46,7	0 0,0	60 100,0
Hogar particular	33 55,5	27 45,0	11 18,3	49 81,7	6 10,0	54 90,0	5 8,3	55 91,7	1 1,7	59 98,3
$\chi^2$	4,06*		12,11**		6,50*		28,48**		1,00	

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

*Nota<sup>1</sup>: la categoría "compañeros" incluye tanto a compañeros de diversas actividades en los de hogares particulares como a compañeros de residencias en los que son de dicha institución.*

En síntesis, con respecto al objetivo particular 1 que se proponía comparar la composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos en adultos mayores que viven en residencias y hogares particulares de la ciudad de Mar del Plata, y al objetivo general 1, que se proponía describir las características de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y hogares particulares, los resultados muestran la existencia de algunas relaciones según el tipo de hogar. Es así que los adultos mayores que viven en residencias incluyen más vínculos con profesionales de la salud y compañeros y los adultos mayores que viven en hogares particulares incluyen más vecinos y amigos. Asimismo y en la relación a los vínculos familiares, estos incluyen en mayor medida a los hijos, pareja y nietos (Ver Tabla 1, 2, 2.1). A partir de esto se considera que la hipótesis que sostenía que la composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos se iba a relacionar con el tipo de hogar fue aceptada.

Con respecto al objetivo particular 2 que se proponía conocer las características estructurales, funcionales, y atributos de los vínculos en la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares, el tamaño (cantidad de personas que nombra) de la red de apoyo social en ambos tipos de hogares fue predominantemente baja. Los datos arrojaron que los adultos mayores que viven en residencias presentan un porcentaje de 96,7% y quienes viven

en hogares particulares un 85,0% en dicho nivel. En ningún tipo de hogar se encontraron redes de apoyo social con niveles de tamaño altos. . La prueba  $\chi^2$  no muestra asociaciones significativas entre el tipo de hogar y el nivel de tamaño de la red de apoyo social (Ver Tabla 3).

Tabla 3

*Nivel de tamaño de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

Tipo de hogar	Nivel de tamaño de la red de apoyo social							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Residencia	58	96,7	2	3,3	0	0,0	60	100,0
Hogar particular	51	85,0	9	15,0	0	0,0	60	100,0
$\chi^2$			4,90					

\*p< 0,05, \*\*p< 0,01

En cuanto al nivel de distribución de la red (ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red) en ambos tipos de hogares fue baja en su totalidad con un porcentaje de 100,0%. Al ser la distribución completamente homogénea no se encontraron patrones estadísticos.

Tabla 3.1

*Nivel de distribución de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

Tipo de hogar	Nivel de distribución de la red de apoyo social							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Residencia	60	100,0	0	0,0	0	0,0	60	100,0
Hogar particular	60	100,0	0	0,0	0	0,0	60	100,0
$\chi^2$			.ª					

\*p< 0,05, \*\*p< 0,01

*Nota: a. No se calculó ningún estadístico porque la distribución es una constante.*

Respecto del nivel de densidad de la red de apoyo social (grado de interrelación entre los miembros) los datos arrojan que tanto para los adultos que viven en hogares particulares como

para quienes viven en residencias el nivel de densidad es predominantemente alto, siendo los porcentajes 88,3% y 66,7% respectivamente.

Si bien el nivel de densidad varía en sus porcentajes en ambos tipos de hogar, la prueba  $\chi^2$  no muestra asociaciones estadísticamente significativas (Ver Tabla 3.2).

Tabla 3.2

*Nivel de densidad de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

Nivel de densidad de la red de apoyo social								
Tipo de hogar	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Residencia	14	23,3	6	10,0	40	66,7	60	100,0
Hogar particular	5	8,3	2	3,3	53	88,3	60	100,0
$\chi^2$					8,08			

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

En cuanto al nivel de funcionalidad de la red de apoyo social (tipo prevalente de intercambio interpersonal de los vínculos) la misma es predominantemente baja en ambos tipos de hogares. Los datos arrojan que para los adultos que viven en residencias el porcentaje es de 66,7%, mientras que para los adultos que viven en hogares particulares es de 51,7%. No hallándose relación entre el tipo de hogar y el nivel de funcionalidad de la red de apoyo social (Tabla 3.3).

Tabla 3.3. *Nivel de funcionalidad de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

Nivel de funcionalidad de la red de apoyo social								
Tipo de hogar	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Residencia	40	66,7	20	33,3	0	0,0	60	100,0
Hogar particular	31	51,7	24	40,0	5	8,3	60	100,0
$\chi^2$					6,50			

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

Se puede observar en la tabla 3.4 que los porcentajes más elevados con respecto al nivel de multidimensionalidad de la red de apoyo social (cantidad de funciones que cumple un mismo vínculo) de los adultos mayores que viven en hogares particulares corresponden a niveles medio,

siguiendo el nivel alto y por último el nivel bajo. Siendo los mismos 41,7%, 38,3% y 20,0% respectivamente.

Con respecto a los que viven en residencias los porcentajes más altos corresponden a niveles bajos y medios teniendo el mismo valor, 36,7% y por último el nivel alto 26,7%. La prueba  $\chi^2$  no muestra relación entre el tipo de hogar y el nivel de multidimensionalidad de la red de apoyo social.

Tabla 3.4

*Nivel de multidimensionalidad de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

Nivel de multidimensionalidad de la red de apoyo social								
Tipo de hogar	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Residencia	22	36,7	22	36,7	16	26,7	60	100,0
Hogar particular	12	20,0	25	41,7	23	38,3	60	100,0
$\chi^2$				4,38				

\*p< 0,05, \*\*p< 0,01

En relación al nivel de intimidad de los vínculos que componen la red de apoyo social en ambos tipos de hogares prevalece un nivel de intimidad alto, siendo los porcentajes para residencias 75,0% y para hogares particulares 95,0%. No se halló relación entre el tipo de hogar y el nivel de intimidad de la red de apoyo social (Ver Tabla 3.5).

Tabla 3.5

*Nivel de intimidad de los vínculos de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

Nivel de intimidad de los vínculos de la red de apoyo social								
Tipo de hogar	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Residencia	3	5,0	12	20,0	45	75,0	60	100,0
Hogar particular	1	1,7	2	3,3	57	95,0	60	100,0
$\chi^2$				9,55				

\*p< 0,05, \*\*p< 0,01

En cuanto al nivel de frecuencia de contacto de los vínculos que componen la red de apoyo social (cada cuanto se ven o tienen contacto) los resultados muestran que para los adultos mayores que viven en residencias el nivel de frecuencia de contacto es predominantemente alto con un porcentaje de 68,3%. Mientras que para el grupo de participantes de hogares particulares el nivel de frecuencia de contacto es predominantemente bajo con un porcentaje de 55,0%. En este caso en la prueba  $\chi^2$  se observan asociaciones estadísticamente significativas entre el tipo de hogar y el nivel de frecuencia de contacto de la red de apoyo social (Ver Tabla 3.6).

Tabla 3.6

*Nivel de frecuencia de contacto de los vínculos de la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

<b>Nivel de frecuencia de contacto de los vínculos de la red de apoyo social</b>								
Tipo de hogar	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Residencia	15	25,0	4	6,7	41	68,3	60	100,0
Hogar particular	33	55,0	7	11,7	20	33,3	60	100,0
$\chi^2$				14,7**				

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

En síntesis en relación al objetivo particular 2, que planteaba conocer las características estructurales, funcionales y atributos de los vínculos en la red de apoyo social en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares, no se encontró relación entre dichas características y el tipo de hogar, excepto para frecuencia de contacto (Ver Tabla 3).

En relación al objetivo general 2 que proponía explorar la pérdida y la generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares, los resultados muestran que para ambos tipos de hogar hay más generación de nuevos vínculos que pérdidas. Sin embargo, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre el promedio de vínculos incorporados ni de vínculos perdidos por tipo de hogar (Ver Tabla 4).

El motivo principal de generación de nuevos vínculos en adultos que viven en residencias es el ingreso a la misma (n=51), mientras que en el caso de los adultos que viven en hogares particulares los cambios en la familia, especialmente los nacimientos de nietos y bisnietos (n=19) junto con el inicio de nuevas actividades (n=14) comprenden los mayores motivos de incorporación de nuevos vínculos.

En cuanto a los motivos de pérdida de vínculos en ambos grupos se presenta en mayor medida el fallecimiento (n=78) y en segundo lugar la pérdida de contacto y/o interés (n=18).

Tabla 4

*Pérdida y generación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares. Mar del Plata, 2017.*

<b>Pérdida y generación de nuevos vínculos</b>				
Tipo de hogar	Cantidad de vínculos incorporados		Cantidad de vínculos perdidos	
	Media	Desvío	Media	Desvío
Residencia	1,03	1,30	0,86	1,19
Hogar particular	0,83	1,19	0,76	0,92
Prueba <i>t</i>		0,87		0,51

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

# **CONCLUSIONES**

## 5. Conclusiones

Los resultados de esta investigación arrojan similitudes y diferencias interesantes en relación a estudios realizados anteriormente.

Comparando la composición de la red de apoyo social por tipo de vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares se encontraron diferencias. En el presente estudio los adultos que viven en residencias incluyeron en su red de apoyo social en mayor medida vínculos no familiares en comparación con los adultos que viven en hogares particulares. Dentro de los vínculos más nombrados por el primer grupo de participantes aparecen: profesionales de la salud y compañeros de residencias, mientras que el grupo de participantes que viven en hogares particulares incluyen en mayor medida a los hijos, pareja y nietos.

Esto permite pensar que la composición de la red de apoyo social estaría relacionada con el tipo de hogar, existiendo evidencia estadística que indica que, en la muestra seleccionada, el vivir en residencia estaría asociado a incluir en menor medida vínculos familiares en la red. Los antecedentes muestran resultados similares: los adultos mayores que viven en residencias reciben mayor apoyo por parte de las amistades (Gracia & Herrero, 2005) y del personal que trabaja en la institución (Arias, 2004). Los resultados coinciden con lo planteado por Salzinger (1993) quien afirma que cuando la asistencia propia de esta edad no puede ser cubierta en su hogar o por su familia para muchos aparece el ingreso a una residencia como una opción.

Es importante aclarar que si bien los adultos mayores que viven en residencias mencionan en menor porcentaje a los hijos como vínculos familiares en comparación a los adultos que viven en hogares particulares, igualmente los incluyen como el tipo de vínculo familiar más nombrado. Por lo cual, contrariamente a lo que sostiene la creencia popular, las personas mayores no están aisladas o abandonadas por sus familias. La mayoría manifiesta tener contacto con sus familiares con cierta frecuencia pero existe un grado importante de insatisfacción acerca de esta fuente de apoyo en comparación con los adultos que viven en hogares particulares (Zumalde, 1994).

Aunque investigaciones anteriores sugieren que el ingreso a una residencia se asocia a la pérdida de libertad y a la imposibilidad de insertarse en la comunidad, Fassio (2007) sostiene que existe un grupo (-en general de escasos recursos y sin familia-) que ven el ingreso a la residencia como una alternativa para incrementar sus relaciones sociales. Los resultados del presente estudio coinciden con lo mencionado por este autor, ya que en algunos adultos mayores su red de apoyo social se genera al momento de ingresar a la residencia, nombrando en todos los tipos de apoyo que conforman la red sólo a profesionales de la salud.

Los resultados obtenidos en esta investigación también coinciden con lo planteado por Gracia y Herrero (2005) quienes afirman que los adultos mayores que viven en hogares particulares consideran que la mayor fuente de apoyo proviene de los hijos, la pareja y otros familiares; aquellos adultos que viven en residencias muestran mayores niveles de apoyo percibido de amistades, así mismo señalan tener menos apoyo por parte de sus hijos u otros familiares.

En relación a las características estructurales, funcionales y atributos de los vínculos de la red de apoyo social los resultados del presente estudio muestran que no existen relaciones significativas entre dichas características y el tipo de hogar. El nivel del tamaño fue predominantemente bajo, la densidad mayoritariamente alta, la funcionalidad predominantemente baja, la multidimensionalidad en su mayoría media, la distribución fue baja en su totalidad y el nivel de intimidad mayoritariamente alto. Sin embargo, existen diferencias en la frecuencia de contacto de los vínculos, siendo para el grupo de adultos que viven en residencias mayor, que quienes viven en hogares particulares. Esto puede deberse al hecho de la convivencia cotidiana en la residencia. A partir de los datos obtenidos se puede concluir que tanto para los adultos mayores que viven en residencias como para quienes viven en hogares particulares no se registraron redes de apoyo social con niveles de tamaño altos. Desde el marco de la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992, 1995, 1998; Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999) se sostiene que los cambios durante el curso vital en cuanto al tamaño de la red social se interpretan como un cambio motivado hacia metas emocionalmente significativas, que se satisfacen generalmente por medio de interacciones sociales con las personas emocionalmente más cercanas. Dentro de una red social no todas las personas se valoran de igual forma, y en la edad avanzada sólo se mantienen las relaciones emocionalmente más significativas. Esto último encuentra sustento en la presente investigación donde los resultados muestran que los adultos mayores presentan un nivel de tamaño predominantemente bajo en la red de apoyo social.

Según la investigación llevada a cabo por Gracia y Herrero (2005) la persona mayor institucionalizada carece con frecuencia de relaciones íntimas y significativas, por lo cual vive en un clima social con escasos niveles de apoyo social. Contrariamente a lo que sostienen estos autores, los resultados de esta investigación señalan que los adultos mayores que viven en residencias perciben a sus vínculos como muy cercanos. Incluso cuando su red de apoyo social esta compuesta únicamente por profesionales de la salud, estos vínculos se perciben como muy cercanos, en tanto son ellos quienes cumplen la mayoría de los tipos de apoyos que conforman la red.

En este sentido, Cava y Musitu (2000) plantean que los adultos que se encuentran institucionalizados tienen una percepción favorable de la capacidad que tienen los sistemas formales para proporcionarles ayuda en caso de necesidad. Esto es, que quienes viven en residencias perciben positivamente el cuidado que reciben de sus cuidadores.

Respecto a la pérdida de vínculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares los resultados de esta investigación muestran que el principal motivo de pérdidas para ambos grupos es el fallecimiento. Estos hallazgos coinciden con una investigación realizada también en la ciudad de Mar del Plata, en la cual Arias (2015) plantea que el motivo más frecuentemente mencionado en relación a la pérdida de vínculos se refiere a la muerte de

familiares y amigos. De manera preponderante se menciona la pérdida de la pareja, la muerte de los propios padres y en muchos casos la muerte de sus propios hijos. Arias (2015) reporta que la pérdida de vínculos por fallecimiento se asocia en primer lugar a miembros que pertenecían a la misma generación (hermanos, primos, amigos, pareja) aunque también a miembros de la generación anterior y siguiente (Arias, 2015). En el presente estudio los resultados arrojan que, junto con la pérdida de vínculos que pertenecen a la misma generación, los hijos también se mencionan como motivo de pérdidas. Esto podría estar relacionado con la edad avanzada (80 a 90 años) que poseen los adultos mayores que se seleccionaron como muestra para la presente investigación.

El segundo motivo principal de pérdidas es la falta de contacto y/o interés en ambos tipos de hogar. Este resultado se sustenta en la investigación realizada por Arias (2015) en la cual se menciona como motivo de pérdida de vínculos, aunque en menor medida con respecto a la causa por fallecimiento, una desvinculación y merma en la relación, con personas que en otro momento de sus vidas habían mantenido algún tipo de relación. Entre las causas que se mencionaron para justificar estas pérdidas se encontraron: falta de reciprocidad, relaciones conflictivas, lazos poco significativos. Los datos arrojados en la presente investigación muestran que la falta de interés, las mudanzas, y los conflictos aparecen como causas de la pérdida de vínculos. Por lo anterior se concluye que mientras que los motivos de pérdidas mencionados son similares por tipo de hogar, los motivos de incorporación presentan diferencias.

Aunque durante la vejez se enfrentan diversas pérdidas de vínculos - principalmente por la muerte de familiares y de amigos- los adultos mayores han demostrado un gran potencial para enfrentarlas, desarrollando estrategias que permiten compensarlas y recuperar los anteriores niveles de bienestar. Esto encuentra sustento en un estudio realizado por Arias y Polizzi (2010) que demuestra que las redes de apoyo social de las personas mayores eran en su mayoría adecuadas y tenían un amplio dinamismo. El análisis de los datos mostró que si bien la pérdida era recurrente, la inclusión de nuevas relaciones compensaba numéricamente a las primeras y las redes mantenían el tamaño anterior. La presente investigación muestra que en los adultos mayores de ambos tipos de hogar investigados existe mayor número de incorporación de vínculos que pérdidas.

Contrariamente a lo que sostienen Rojas, Toronjo, Rodríguez Ponce y Rodríguez Rodríguez (2006) de que los adultos mayores que ingresan a una residencia sufren lo que se denomina “las pérdidas asociadas a su envejecimiento”, sintiéndose perdidos en un entorno que no dominan, y destruyéndose sus relaciones personales. Este estudio muestra que los adultos mayores que viven en residencias mencionan el ingreso a la misma como el principal motivo de incorporación de nuevos vínculos.

En cuanto al motivo principal de incorporación de nuevos vínculos en adultos mayores que viven en hogares particulares los cambios en las familias como lo son los nacimientos y el inicio de nuevas actividades aparecieron como el motivo más nombrado, en consonancia con lo expuesto por Feld, Sutor, y Hoegh (2007) las motivaciones y la participación en diferentes actividades modifican las propiedades de la red.

Para concluir podemos afirmar la importancia de documentar empíricamente que en la vejez avanzada las redes de apoyo social no sólo experimentan pérdidas, sino también ganancias, lo cual muestra la flexibilidad de las redes que se van modificando en el tiempo de acuerdo con las distintas situaciones de la persona.

**REFERENCIAS  
BIBLIOGRAFICAS**

## 6. Referencias bibliográficas

Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F., Díaz-Canel Navarro, A., Carrasco García, Mayra., & Oliva, T. (2007). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. Revista Cubana de Salud Pública, 33 (1) Recuperado en 20 de noviembre de 2016, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es).

Arias, C. J. (2004). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*. Mar del Plata: Suárez.

Arias, C. J., & Polizzi, L. (2010). *La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos*. Interpsiquis 2010. Recuperado en 15 agosto, 2016, de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/45530/>.

Arias, C. J., & Polizzi, L. (2012). *Pareja, hijos y amigos. Análisis de sus atributos y funciones de apoyo social en la vejez*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 27 al 30 de noviembre de 2012. UBA, Ciudad autónoma de Buenos Aires. Publicado en CD de trabajos completos. ISSN: 1667-6750, 3, 09-13.

Arias, C. J., & Polizzi, L. (2011). *Relación de pareja en la vejez. Funciones de apoyo y sexualidad*. Revista Temática Kairós Gerontología, 14, 49-71.

Arias, C. J. (2014). *Vínculos de apoyo y emociones en la vejez*. En: Seminario Diversidad Cultural y Envejecimiento: la familia y la comunidad. (pp. 141- 151). Ciudad autónoma de Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

Arias, C.J. (2013). *El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad*. Revista Kairós Gerontología, 16 (4), 313-329.

Arias, C. J. (2015). *La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital*. Revista Kairós Gerontología, 18(20), 149-172.

Arias, C. J., & Soliveres, V. C. (2015). *Indicadores de bienestar biopsicosocial en personas de edad avanzada*. En Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires (Ed.). *Memorias. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación. XI Encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (pp. 21-24). Buenos Aires: Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.

Barra Almagiá, E. (2004). *Apoyo social, estrés y salud*. Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Casilla 160-C. Consultado el 13 de septiembre de 2004 en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>.

Carstensen, L.L. (1992). *Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory*. *Psychology and Aging*, 7, 331-338. Carstensen, L.L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-156.

Carstensen, L.L. (1998). *A life-span approach to social motivation*. En J. Heckhausen & e.S. Dweck (Eds.), *Motivation and self regulation across the life span* (pp. 341-364). New York: Cambridge University Press.

Carstensen, L.L. & Charles, S.T. (1998). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 144- 149.

Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M. & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity, *American Psychologist*, 54,165-181.

Castañedo, J. F., Vicente, N. (2000). Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular Los Sitios Ciudad de La Habana. *Revista Electrónica Geriatria*. 2, 1-8.

Cava, M. J., & Musitu. G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 10 (4), 215-221.

Conway, F., Magai, C., Jones, S., Fiori, K., & Gillespie, M. (2013). A six-year follow-up study of social network changes among African-American, Caribbean, and US-born Caucasian urban older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 76(1), 1-27.

Feld, S. L., Sutor, J. J., & Hoegh, J. G. (2007). *Describing Changes in Personal Networks over time. Field Methods*, 19(2), 218-236.

Guzmán, J., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. En Notas de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Cepal, Naciones Unidas.

Herrero, J., & Gracia, E. (2005). *Redes de apoyo social y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/94936.pdf>.

Iglesias-Souto, P., M. & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 85-91

Iacub, R., & Sabatini, B. (2012). *Psicología de la mediana edad y la vejez* (Tercera ed., Vol. Módulo 3. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional). Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Desarrollo Social y Universidad Nacional de Mar del Plata.

Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*, 13, 47-60.

Vera Noriega, J. Á., Sotelo Quiñones, T. I., & Domínguez Guedea, M. T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 7(2), 23-32.

Poulin, J. (1984): Age segregation and the interpersonal involvement and morale of the aged. *The Gerontologist*, 24, 266-269.

Polizzi, L. & Arias, C, J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10 (17), 61-70. doi. <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.785>.

Rojas, J., Toronjo, A., Rodríguez Ponce, C., & Rodríguez Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos* 17 (1), 34-56.

Salinas, A., Manrique, B. & Téllez Rojo, M. (2008). *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades*. En: Actas del III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP

Salzinger, S. (1993). The role of social networks in adaptation throughout the life cycle. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal (Eds.), *Community psychology and mental health*. New York: Gardner Press.

Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L., & Illesca, M. (2010). *Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, padres de las casas y nueva imperial*. *Cienc. Enferm.* 16(3), 45-53.

Sluzki, C. (1979) Migration and family conflict. *Family Process*, 18(1),379-401.

Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Steinmetz, S. (1988). *Family and support systems across life Span*. NY: Cambridge University Press.

Stephens, M., & Bernstein, M. (1984): Social support and well-being among residents of planned housing. *The Gerontologist*, 24, 144- 148.

Trijueque, S. G. (2011). Redes sociales y desarrollo humano. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* 21,113-121.

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, Apoyo social percibido y Percepción de Salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29/

Yanguas, J., J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.

Zumalde, E. (1994) *Apoyo social y ancianos en residencias*. Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia.