

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*“Capital Psíquico y Redes de Apoyo Social en
adultos mayores residentes en la ciudad de
Mar del Plata”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME
O.C.S. 143/89

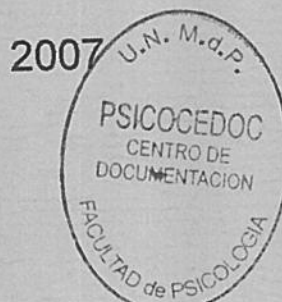
Autores:

- Alchú, Patricia Mat. 4373/98 – DNI 27827359
- Budroni, Emiliano Mat. 4571/98 – DNI 27019077
- Rabanal, Lucila Mat. 4504/98 – DNI 27354785

Supervisora: Mg. Claudia Arias

Co-supervisora: Dra. Claudia Castañeiras

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación
Psicológica.



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
t-pg A	
	N° INVENTARIO:
	R-482



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

*“Capital Psíquico y Redes de Apoyo Social en
adultos mayores residentes en la ciudad de
Mar del Plata”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME
O.C.S. 143/89

Autores:

- Alchú, Patricia Mat. 4373/98 – DNI 27827359
- Budroni, Emiliano Mat. 4571/98 – DNI 27019077
- Rabanal, Lucila Mat. 4504/98 – DNI 27354785

Supervisora: Mg. Claudia Arias

Co-supervisora: Dra. Claudia Castañeiras

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación
Psicológica.

2007

USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Alchú, Patricia; Budroni, Emiliano y Rabanal, Lucila; 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 de los autores”.

TRABAJO INVESTIGACION

10 (DIEZ)

CGR Act 314

19/12/07

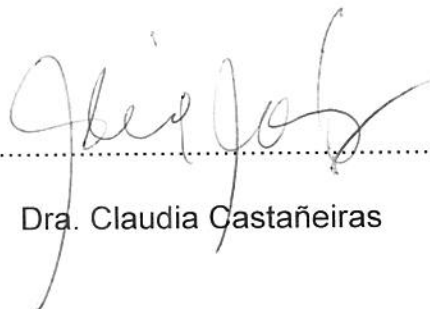
Manuel Grifol

APROBACIÓN DE LA SUPERVISORA Y CO-SUPERVISORA

Las que suscriben manifiestan que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Alchú, Patricia - Mat. 4373/98 - ; Budroni, Emiliano - Mat. 4571/98 - y Rabanal, Lucila - Mat. 4504/98 -, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 14 días del mes de Noviembre del año 2007.



Mg. Claudia Arias



Dra. Claudia Castañeiras


Mar del Plata, 12 de noviembre de 2007.-

Informe de Evaluación del Trabajo de investigación final: “Capital Psíquico y Redes de Apoyo Social en adultos mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata”

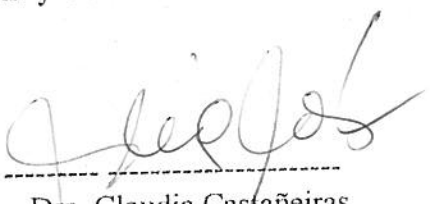
En referencia al Trabajo de investigación final denominado “*Capital Psíquico y Redes de Apoyo Social en adultos mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata*” desarrollado por los alumnos Patricia Alchú, Emiliano Budroni y Lucila Rabanal – requisito curricular de la Carrera Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la U.N.M.d.P. - consideramos que:

- En el mismo se desarrollan los aspectos conceptuales y definiciones teóricas pertinentes. Se exponen muy claramente las cuestiones metodológicas en lo que respecta al diseño, la selección muestral, el instrumento de recolección de datos implementado, las diversas categorizaciones efectuadas y el tipo de análisis realizado.
- El informe final permite constatar que se cumplen el objetivo general y los objetivos específicos propuestos en el plan de trabajo, desarrollando en el capítulo correspondiente a los resultados, la evaluaciones de la red de apoyo social y el capital psíquico en los adultos mayores que componen la muestra, así como el análisis de las relaciones entre el nivel de suficiencia total de la red y las dimensiones del capital psíquico.
- El trabajo de investigación realizado aborda de manera rigurosa una temática de importancia en relación a la población adulta mayor a nivel local y efectúa aportes en la producción de nuevos conocimientos en torno a constructos hasta ahora poco investigados y fundamentalmente en este grupo etáreo.
- Queremos destacar que los alumnos desarrollaron las distintas actividades contempladas para la realización de este trabajo con responsabilidad, dedicación y un alto grado de compromiso personal y académico.
- Finalmente plantean interrogantes y líneas de investigación futura para profundizar el conocimiento de la problemática abordada.

Por lo tanto, consideramos que el trabajo final de investigación presentado por los alumnos Patricia Alchú, Emiliano Budroni y Lucila Rabanal reúne las condiciones necesarias para su aprobación.



Mg. Claudia J. Arias
Supervisora



Dra. Claudia Castañeiras
Cosupervisora

PRESENTACIÓN ANTE LA 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 Alchú, Patricia - Mat. 4373/98 - ; Budroni, Emiliano - Mat. 4571/98 - ; Rabanal, Lucila - Mat. 4504/98 - “.



Alchú, Patricia



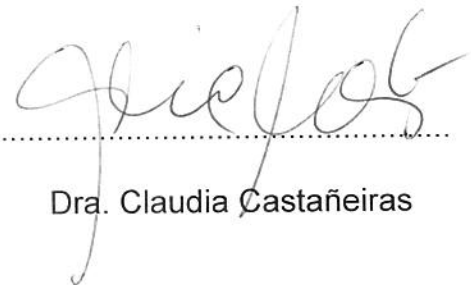
Budroni, Emiliano



Rabanal, Lucila



Mg. Claudia Arias



Dra. Claudia Castañeiras

Aprobado a los 14 días del mes de Noviembre de 2007.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO
REQUISITO CURRICULAR PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 143/89
PLAN DE TRABAJO

Alumnos:

Alchú, Patricia Mat. 4373/98
Budroni, Emiliano Mat. 4571/98
Rabanal, Lucila Mat. 4504/98

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación Psicológica.

Supervisora: Mg. Claudia Arias

Co-supervisora: Dra. Claudia Castañeiras

Título del proyecto: "Capital Psíquico y Redes de Apoyo Social en adultos mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata"

Descripción resumida: El presente estudio pretende analizar de manera detallada los aspectos estructurales y funcionales tanto como la suficiencia de las redes de apoyo social en adultos mayores y su relación con el capital psíquico. Se trabajará con un diseño no experimental, de tipo transversal correlacional. Se seleccionará una muestra no probabilística, de tipo intencional, compuesta por 100 adultos mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata, que incluirá sujetos de ambos sexos, con un rango de edad entre 60 y 75 años. Se aplicarán en entrevistas individuales la Entrevista estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Vaux y Harrison, 1985) y la Escala de Capital Psíquico -CAPPSI-. (Casullo, 2006). Finalmente, se efectuará un análisis cuantitativo de los datos recabados.

Palabras claves: Red de apoyo social – Capital psíquico – Adultos mayores

Descripción detallada:

Motivos y antecedentes:

El presente estudio pretende analizar de manera detallada los aspectos estructurales y funcionales tanto como la suficiencia de las redes de apoyo social en adultos mayores y su relación con el capital psíquico. Entre los motivos que justifican la importancia de lograr información referida al mencionado tema, se encuentran ciertos cambios que se presentan en la vejez como las situaciones de pérdida, las migraciones, la jubilación, y el consecuente impacto que estas realidades generan sobre el bienestar biopsicosocial de los adultos mayores. Esto trae aparejada la tendencia a la disrupción de las redes de apoyo social y dificultades para su reconstrucción en esta franja etárea. De este modo se considera importante destacar la relevancia que pudiera tener el capital psíquico de una persona para el restablecimiento de dichas redes.

Con respecto a los antecedentes que existen en cuanto al trabajo con redes de apoyo social se considera necesario destacar las investigaciones sobre la incidencia de las redes en la salud física y el estado funcional de los adultos mayores (Uchino, Cacioppo y Kiecolt, 1996; Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman y Seeman, 1999) y los efectos de la falta de redes y soporte social en la aparición de síntomas depresivos (Forsell y Winblad, 1999; Peirce, Frone, Russell, Cooper y Mudar, 2000; Newsom y Schultz, 1996). Otras investigaciones se han dirigido a comprobar la relación existente entre el apoyo social percibido y la satisfacción vital (Aquino, Russell, Cutrona y Altmaier, 1996) como a demostrar la importancia del tamaño de la red de apoyo sobre dicho constructo (Levit, Antonucci, Clark y Rotton, 1986).

En cuanto al trabajo realizado al respecto en la Argentina se destacan los aportes de Muchnik (1984) sobre la incidencia de las relaciones sociales en el bienestar de los adultos mayores, de Dabas (1993) sobre la importancia de las intervenciones en redes sociales como alternativa de abordaje clínico en el trabajo con personas vulnerables, así como los de Arias (2004) referidos a las redes de apoyo social y bienestar psicológico. También se consideran relevantes los desarrollos recientes sobre redes de apoyo social en adultos mayores en América Latina por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2005).

Al respecto de las investigaciones sobre el capital psíquico, no existen en la actualidad desarrollos empíricos. Sin embargo como antecedentes teóricos de dicho

constructo, desde la década del 50 se producen ciertas innovaciones en el campo de la Psicología buscando no sólo comprender acerca del sufrimiento, el trastorno mental y lo psicopatológico, sino también abordar cuestiones tales como la creatividad, los valores, las necesidades de desarrollo, la autorrealización. El objetivo fue comprender y analizar los factores positivos que promueven un mayor nivel de satisfacción vital y de bienestar psicológico. Estos trabajos sentaron las bases para que progresivamente, surgieran desarrollos y modelos que propusieron centrar el foco de la investigación en el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora, que concibe al individuo como un agente activo que construye su propia realidad (Prada, 2005).

Uno de los desarrollos más representativos de esta concepción es el paradigma salugénico que propone Antonovsky (1988). Este autor focaliza el estudio en los orígenes de la salud y rescata las fortalezas humanas. Se pregunta los motivos por los cuales un sujeto se sitúa en el extremo positivo del continuo salud-enfermedad, o por qué se orienta hacia ese lado, cualquiera sea su posición, en cualquier momento.

Dentro de este paradigma surge la Psicología Positiva, la cual posiciona al sujeto en el lugar de productor de salud del mismo modo que el modelo salugénico, al destacar la importancia de las diferencias individuales y el papel activo de las personas en interacción con su entorno. Esta perspectiva ayuda a reconocer las propias limitaciones del sujeto tanto como a promover la formación de redes de apoyo, lo que favorecería una mejor calidad de vida.

De esta manera, la Psicología Positiva plantea el estudio científico de las experiencias y los rasgos individuales positivos, intentando comprender los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, fundamentalmente sus fortalezas (Poseck, 2006). Se lo concibe como un campo concerniente al bienestar o funcionamiento óptimo, ampliando el foco de la Psicología Clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio (Seligman, Duckworth y Steen, 2005). Según Seligman la Psicología Positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, y se centra para ello en la construcción de competencias y en la prevención.

De esta manera en el marco de la Psicología Positiva se utiliza la noción de capital psíquico para hacer referencia a ese conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas personales. Se intenta así

complementar y no sustituir lo que se conoce científicamente sobre el sufrimiento psicológico, con el objetivo de poder lograr una comprensión mas equilibrada de la experiencia humana, con sus altibajos, sus momentos de éxtasis y goce y aquellos de dolor y desesperanza. Este concepto de Capital Psíquico se estructura y se conforma, desde una génesis psicosocial, a partir de capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento, capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos, habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana, capacidades para establecer vínculos interpersonales y valores como metas que orientan los comportamientos (Casullo, 2006).

En el mismo sentido, en relación a los desarrollos teóricos sobre redes de apoyo social, Gracia Fuster (1997) diferencia entre el concepto de red social definido como el conjunto de relaciones sociales, que incluye la totalidad de las relaciones interpersonales de un sujeto, y el concepto de red de apoyo social, más restringido, que hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo. Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Diaz Veiga (1992) incluyen la ayuda emocional, instrumental, económica o de otra índole que estas personas pudieran brindarle (Arias, 2001). De tal forma se evitaría o disminuiría el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2005). En consecuencia, el modelo del apoyo social se centra en el estudio de los aspectos sociales y posee un importante interés preventivo. Al sostener una concepción de salud positiva, se interesa de manera fundamental por el trabajo con grupos en riesgo, persigue el cambio social a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema y apunta al potenciamiento y desarrollo tanto de los individuos como de los grupos y comunidades, trabajando más con los recursos, potencialidades y competencias que con los déficits (Sánchez Vidal, 1996).

Se toma a su vez, el modelo de vejez competente de Fernández Ballesteros (1985) haciendo hincapié en los aspectos positivos tanto del individuo como del contexto, proponiendo dos vías de intervención. Una que potencie e incremente las redes de comunicación y el apoyo social y la restante apuntando a mejorar la capacidad del sujeto para enfrentar y superar situaciones difíciles, ya sea mediante el trabajo preventivo, así como de manera posterior a su ocurrencia para recuperar el equilibrio y bienestar del sujeto.

Consideramos en este sentido, que profundizar la investigación de estos aspectos y sus efectos en el logro de modalidades saludables y constructivas de vida, los resultados constituirán un aporte relevante para la comprensión y la evaluación de los recursos efectivos y/o potenciales que permiten generar a las personas modos de vida resilientes y satisfactorios. Y particularmente, en el caso de los adultos mayores, población objetivo de este estudio empírico, dichas consideraciones alcanzan una importancia sin duda justificada para optimizar la calidad de vida de la mencionada franja etárea.

Objetivo general:

- Identificar si existe relación entre el capital psíquico y la suficiencia de la red de apoyo social.

Objetivos particulares:

- 1- Evaluar el capital psíquico en los recursos cognitivos, afectivos, psicosociales y valorativos.
- 2- Evaluar la red de apoyo social en sus características estructurales (tamaño, distribución y densidad), funcionalidad y atributos de los vínculos (multidimensionalidad, intimidad, frecuencia y reciprocidad).
- 3- Identificar si existe relación entre el nivel de suficiencia total de la red y las capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento.
- 4- Identificar si existe relación entre el nivel de suficiencia total de la red y las capacidades emocionales para desarrollar proyectos, superando obstáculos.
- 5- Identificar si existe relación entre el nivel de suficiencia total de la red y las habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana.
- 6- Identificar si existe relación entre el nivel de suficiencia total de la red y las capacidades para establecer vínculos interpersonales.
- 7- Identificar si existe relación entre el nivel de suficiencia total de la red y el sistema de valores como metas que orientan los comportamientos.

Métodos y técnicas

Diseño: Se trabajará con un diseño no experimental, de tipo transversal correlacional.

Población y muestra: La población bajo estudio estará conformada por adultos mayores residentes de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata que posean entre 60 y 75 años de edad, que vivan en hogares particulares y no presenten deterioro cognitivo. Se seleccionará una muestra no probabilística, de tipo intencional. Estará compuesta por 100 adultos mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata, e incluirá sujetos de ambos sexos y con un rango de edad entre 60 y 75 años. Está previsto entrevistar a adultos que se encuentren en diferentes zonas de la ciudad (ej. espacios públicos, sociedades de fomento, clubes de jubilados), y en todos los casos la participación será voluntaria y anónima.

Instrumentos:

Se aplicarán los siguientes instrumentos de recolección de datos:

1- Entrevista estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Vaux y Harrison, 1985).

Está conformada por 5 subescalas que evalúan apoyo emocional, relaciones sociales, ayuda práctica, ayuda financiera y consejo / guía. La entrevista de Vaux indaga acerca de las características estructurales, la funcionalidad de la red y los atributos de los vínculos que conforman dicha red de apoyo social: frecuencia; intimidad; equilibrio; relación; sexo y quién conoce a quién. Además permite construir un índice de suficiencia total de la red (Arias, 2004).

2- Escala de Capital Psíquico -CAPPSI-. (Casullo, 2006)

Se compone de 40 ítems que evalúan factores o procesos a través de 5 categorías: a) capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento; b) capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos; c) habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana; d) capacidades para establecer vínculos interpersonales y e) sistema de valores como metas que orientan los comportamientos. Se trata de una técnica con tres opciones de respuesta: casi nunca, a veces, casi siempre.

La aplicación de los instrumentos seleccionados se realizará en entrevistas individuales, en un encuentro de entre 45 y 60 minutos cada una.

Procesamiento de los datos:

Se efectuará un análisis cuantitativo de los datos mediante el uso de paquetes estadísticos informatizados de uso en Ciencias Sociales y de la Salud.

Lugar de realización del trabajo:

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma de actividades:

	ACTIVIDADES	MESES				
		1	2	3	4	5
1	Revisión bibliográfica y elaboración del marco teórico	x	x	x		
2	Selección de la muestra		x			
3	Puesta a prueba de los instrumentos		x			
4	Administración de los instrumentos		x	x		
5	Procesamiento de datos			x	x	
6	Análisis e interpretación de los resultados				x	x
7	Elaboración del informe final					x

Bibliografía:

ANTONOVSKY, A.. (1988). Unraveling the Mystery Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass Published.

AQUINO, J.; RUSSELL, D.; CUTRONA, C. y ALTMAIER, EE. (1996). Employment status, social supports, and life satisfaction among the elderly. Journal of counseling psychology, 43 (4). 480-489.

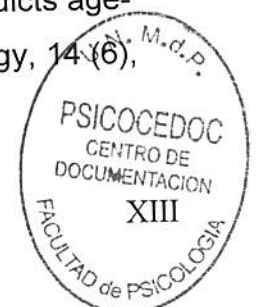
ARIAS, C. (2004). Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad. Tesis Magíster en Psicología Social. Grupo SAVYPCE. Mar del Plata: Ediciones Suárez.

CASULLO, M. (2006). El capital psíquico. Aportes de la Psicología Positiva.

DABAS, E. (1993). Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Bs.As: Paidós.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1985). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. En Psicología Evolutiva. 3. Adolescencia, madurez y senectud (pp 239-258). Madrid: Alianza Psicología.

- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R; IZAL, M.; MONTORIO, I.; GONZALEZ, J.L. y DIAZ VEIGA, P. (1992). Evaluación e Intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martinez Roca.
- FORSELL, Y. y WINBLAD, B. (1999) Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (5), 368-372.
- GRACIA FUSTER, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.
- GUZMÁN, J.; HUENCHUÁN, S. Y MONTES DE OCA, V. (2005). Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual. Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a las Personas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, celebrada en diciembre de 2002 en la sede de la CEPAL en Santiago de Chile.
- LEVIT, M.; ANTONUCCI, T.; CLARK, M. Y ROTTON, J. (1986). Social support and well-being: preliminary indicators based on two samples of the elderly. *International journal of aging of human in development*, 21 (1), 61-77.
- MUCHINIK, E. (1984). Hacia una nueva imagen de la vejez. Bs. As: Belgrano.
- NEWSOM, J. y SCHULTZ, R. (1996) Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*.
- PEIRCE, R.; FRONE, N.; RUSSELL, M.; COOPER, M. y MUDAR, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression and alcohol use. Abstract from PubMed indexed for Medline.
- POSECK, B. (2006). Papeles del Psicólogo. Vol. 27 (1) pp. 3-8.
<http://www.cop.es/papeles>
- PRADA, E. (2005). Psicología Positiva y Emociones Positivas.
- SANCHEZ VIDAL, A.. (1996). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: EUB.
- SELIGMAN, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/ Simon and Schuster.
- SELIGMAN, M., DUCKWORTH, L. y STEEN, T. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review, Clinical Psychology*.
- UCHINO, B.; CACIOPPO, J.; KIECOLT, J. (1996). Appraisal support predicts age-related differences in cardiovascular function in women. *Health psychology*, 14 (6), 556-562.



UNGER, J.; Mc AVAY, G.; BRUCE, M.; BERKMAN, L. y SEEMAN, T. (1999).
Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in
elderly persons: Mc Arthur Studies of successful aging. Journal of Gerontology
Behavior Psychology and Social Sciences.

.....
Mg. Arias, Claudia

.....
Dra. Castañeiras, Claudia

.....
Alchú, Patricia

.....
Budroni, Emiliano

.....
Rabanal, Lucila

PI Area de investigación:

Resultado de la evaluación (aprobado - rehacer):

Fecha:

INDICE GENERAL

Presentación.....	I
Uso del Trabajo de Investigación.....	II
Aprobación de la Supervisora y Co-Supervisora.....	III
Informe de evaluación de la Supervisora y Co-Supervisora.....	IV
Presentación ante la Comisión Asesora.....	V
Plan de Trabajo.....	VI
Presentación del Trabajo de Investigación.....	1
Agradecimientos.....	2
INTRODUCCION.....	3
Parte I. MARCO TEORICO .	7
Capítulo 1	
1.1. Apoyo Social	8
1.2. Redes Sociales y Redes de Apoyo Social	11
1.3. Redes de Apoyo Social en la Vejez	15
Capítulo 2	
2.1. Modelo Salugénico	20
2.2. Psicología Positiva	23
2.3. Capital Psíquico	25
2.3.1. Capacidades Cognitivas	25
2.3.2. Capacidades Emocionales	27
2.3.3. Habilidades Cívicas	28
2.3.4. Capacidades Vinculares	29
2.3.5. Sistema de Valores	30

Parte II. ASPECTOS METODOLOGICOS	34
Capítulo 3	
3.1. Metodología	35
3.1.1. Diseño	35
3.1.2. Población y muestra	35
3.1.3. Características muestrales	36
3.1.4. Instrumentos	39
Parte III. RESULTADOS	48
Capítulo 4	
4.1. Caracterización de las Redes de Apoyo	49
4.1.1. Características Estructurales	49
4.1.2. Características Funcionales	52
4.1.3. Atributos de los Vínculos.....	53
4.1.4. Nivel de Suficiencia Total	55
4.2. Caracterización del Capital Psíquico	56
Capítulo 5	
5.1. Relaciones entre Nivel de Suficiencia Total de las Redes y Dimensiones del Capital Psíquico.....	60
5.2. Relación entre Nivel de Suficiencia Total de las Redes y Capital Psíquico Total.....	64
Parte IV. DISCUSIÓN.....	66
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXO	79

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*“Capital Psíquico y Redes de Apoyo Social en
adultos mayores residentes en la ciudad de
Mar del Plata”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME
O.C.S. 143/89

Autores:

- Alchú, Patricia Mat. 4373/98 – DNI 27827359
- Budroni, Emiliano Mat. 4571/98 – DNI 27019077
- Rabanal, Lucila Mat. 4504/98 – DNI 27354785

Supervisora: Mg. Claudia Arias

Co-supervisora: Dra. Claudia Castañeiras

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación
Psicológica.

2007

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que entrevistamos y prestaron su colaboración para realizar este trabajo.

A nuestras supervisoras por su gran disposición y compromiso, guiándonos desde el comienzo hasta la finalización del proyecto.

A los integrantes del grupo de investigación en Evaluación Psicológica por habernos apoyado brindándonos en los momentos necesarios tanto el tiempo como el espacio para trabajar.

A nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional y la contención que nos dieron.

A Ezequiel, por la paciencia y generosidad.

Introducción

Introducción

El presente estudio pretende analizar de manera detallada los aspectos estructurales, funcionales y de atributos de los vínculos de las redes de apoyo social en adultos mayores, y su relación con el Capital Psíquico. La importancia de trabajar sobre esta temática se basa en una serie de fenómenos vitales propios de dicha etapa, entre los que se pueden destacar la disrupción de las redes y la pérdida de roles significativos, causada por migraciones, jubilaciones, muertes y pérdidas de familiares y amigos.

Esta investigación se fundamenta en los aportes del modelo teórico del apoyo social, del modelo salugénico y de la Psicología Positiva, perspectiva esta última que desde la década del 60 y hasta la actualidad ha aportado diversos desarrollos teóricos y aplicados. Según esta concepción -que sitúa a la persona en una posición integrada- se postula la complementariedad de los aspectos patológicos y adaptativos como base necesaria para la comprensión de la dinámica humana. En este sentido, en los últimos años se han desarrollado distintos conceptos para dar cuenta de estos aspectos, como es el caso del Capital Psíquico.

Un recurso, ya sea de tipo cognitivo, emocional o psicosocial, integra el Capital Psíquico individual permitiendo a la persona la posibilidad de adaptarse, mediante los procesos de asimilación y acomodación, a los ámbitos de sus actividades cotidianas. “En muchos casos ese capital se devalúa porque son muchos los contextos o culturas organizacionales, que estimulan poco su desarrollo o son indiferentes a ciertas posibilidades personales; están más interesados, por ejemplo, en la concreción de tareas mediocres y rutinarias que

en reconocer y promover a sujetos creativos, sabios, prudentes y con sentido del humor” (Casullo, 2006).

Del mismo modo, los autores de este estudio trabajarán aportes específicos en relación al cambio de perspectiva en cuanto a la vejez, en particular en lo concerniente a las redes de apoyo social. Se toma en cuenta el paradigma de la Psicología Positiva, el cual posiciona al sujeto como productor de salud, al privilegiar las competencias y resaltando las capacidades. “Existe amplia evidencia de que una red social personal sensible, activa y confiable es salutogénica, es decir, protege a la persona de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia. Y también otros hallazgos de investigación informan que la presencia de enfermedad en un miembro deteriora la calidad de su interacción social y, a la larga, el tamaño de su red social” (Sluzki, 1996).

Como se verá más adelante, se hallan datos empíricos que destacan la importancia de las redes de apoyo para la calidad de vida de las personas mayores, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito emocional. Sobre este último aspecto, se considera que “las percepciones desarrolladas por las personas mayores que participan en redes con respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida” (Guzmán, J; Huenchuan, S. Y Montes de Oca, V., 2005).

Gran cantidad de investigaciones previas indagan sobre el apoyo social en la vejez y su relación con variables como la depresión, el bienestar físico y psicológico, satisfacción vital, y otras. Sin embargo, no existen estudios que

planteen la posible relación entre las redes de apoyo social en la vejez y el Capital Psíquico, por lo tanto el presente trabajo propone un acercamiento al tema que puede brindar información útil para continuar investigando sobre esta franja etárea.

Este estudio consta de cuatro partes y cinco capítulos. La primer parte desarrolla el marco teórico de la investigación, y se compone de dos capítulos que corresponden: el primero al apoyo social como modelo teórico, las redes sociales y de apoyo social, y las redes de apoyo social en la vejez; y el segundo al modelo salugénico, la Psicología Positiva y el Capital Psíquico. La segunda parte refiere a los aspectos metodológicos e incluye el capítulo tres de metodología. La tercera parte expone los resultados y consta de dos capítulos: el capítulo cuatro caracteriza las redes de apoyo y describe el Capital Psíquico, y el capítulo cinco analiza las relaciones entre dichas variables. Por último, en la cuarta parte se exponen las discusiones logradas a partir del desarrollo del trabajo.

Parte I

Marco teórico

Capítulo 1.

1.1. Apoyo Social como modelo teórico

El modelo teórico del apoyo social surgió desde modelos ecológicos que intentan comprender y explicar la conducta humana en función de la relación dialéctica del individuo y su ambiente. Si bien diversos autores ya habían resaltado la importancia del ambiente y de las relaciones sociales para entender el comportamiento humano, el apoyo social se constituyó como modelo teórico y como campo de investigación en los ' 70 (Arias, 2004).

El estudio de las consecuencias que tienen para las personas el mantenimiento de las relaciones sociales, ha cobrado en los últimos años entidad propia, configurando diversas líneas de investigación que se pueden agrupar bajo el término de apoyo social. Los hallazgos del trabajo longitudinal realizado por Berkman y Syme (1979) mostrando la asociación inversa entre recursos sociales y mortalidad, o las propuestas que atribuyen a las relaciones sociales próximas funciones protectoras contra la enfermedad (Cassel, 1974) constituyen algunos de los más importantes detonantes para numerosos trabajos posteriores que trataron de indagar estos benefactores efectos.

El término apoyo social es utilizado para significar diversas dimensiones, y distintos elementos y fenómenos, reflejando distintas perspectivas o niveles de análisis. No obstante, a pesar de esta diversidad pueden encontrarse elementos convergentes. Y, ciertamente, si en algo se muestran de acuerdo los investigadores es en el carácter multidimensional del constructo de apoyo social, que incluye apoyo social percibido, apoyo en términos de información,

apoyo emocional, existencia de redes, entre otros. Por supuesto, la investigación en torno al tema estará según Weber (1998) en gran medida definida por cual sea la definición operacional de apoyo social que se utilice para encauzarla.

Así, en el estudio del constructo del apoyo social, es ampliamente aceptada la distinción entre una perspectiva cuantitativa o estructural y una perspectiva cualitativa o funcional, la diferenciación entre la percepción y recepción del apoyo social, y las distintas fuentes o contextos donde se produce o puede producirse el apoyo social (Gracia Fuster, 1997, citado en Arias, 2004).

El apoyo social puede surgir espontáneamente o bien puede ser estimulado intencionalmente a través de distintas iniciativas formales o informales. Las fuentes informales de apoyo tienen su origen en la red personal e incluyen numerosas alternativas entre las que se encuentra la familia inmediata y extensa, amistades y vecinos, miembros y asociaciones de la comunidad, compañeros de trabajo y voluntarios. Los vehículos formales para el apoyo social comprenden distintos modelos de programa, todos los cuales confían en la ayuda mutua bien como su principal método de proveer apoyo y asistencia o bien como un elemento fundamental en su acercamiento a su intervención. Entre estos vehículos formales de ayuda mutua y apoyo se encuentran los grupos de autoayuda, los programas de intervención que incorporan el apoyo social, los grupos de apoyo y las organizaciones de carácter voluntario (Gracia Fuster, 1997).

De acuerdo con Gottlieb (1983), cuando las personas se enfrentan a sucesos y transiciones vitales que retan o desbordan sus habilidades de afrontamiento, el apoyo social puede movilizarse de diversas formas: a) mejorando la calidad del apoyo que proporciona la red social, b) promocionando la afiliación entre personas que tienen que enfrentar circunstancias estresantes similares, y c) intentando reintegrar a las personas en una red que es más responsiva a sus necesidades personales o reorientándolas a sectores de su red que disponen de recursos psicológicos más apropiados.

En concreto, existen múltiples definiciones de apoyo social. Por ejemplo en Peiró y Salvador (1993), se enumeran diversas definiciones, como la de Caplan (1975) que lo define como la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas, Cobb (1976) lo considera como la información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren; b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas. Posteriormente, House (1981) plantea que el apoyo social es la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas y Thoits (1982) como el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con otros (citado en Mella, R.; González, L; D'Àppolonio, J. y cols, 2004).

Por otra parte, al incrementarse las necesidades y exigencias de ciertas personas de la comunidad como son los adultos mayores, el constructo del apoyo social basado en las relaciones sociales constituye un recurso para completar o sustituir la red asistencial pública. Existe evidencia que señala que

las personas de más edad tienen mayores posibilidades respecto a otros grupos de edad, de perder relaciones sociales de apoyo debido tanto a sucesos que frecuentemente ocurren a estas edades (jubilación, viudez, institucionalización, etc) como a características personales tales como estado de salud o bajo nivel de recursos educativos. Todo ello supondría que, potencialmente, las personas ancianas contarían con menos recursos para afrontar un período de la vida en el que hay que resolver nuevas situaciones. En palabras de Lomnitz (1994) "las redes actúan como un seguro colectivo contra las amenazas del sistema formal y como una reserva de recursos, particularmente durante las emergencias" (citado en Guzmán, J; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V., 2005).

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

1.2. Redes sociales y redes de apoyo social

Gracia Fuster (1997) diferencia entre el concepto de red social definido como el conjunto de relaciones sociales, que incluye la totalidad de las relaciones interpersonales de un sujeto, y el concepto de red de apoyo social, más restringido, que hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo. Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga (1992) incluyen la ayuda emocional, instrumental, económica o de otra índole que estas personas pudieran brindarle (Arias,

2001). De tal forma se evitaría o disminuiría el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2005).

A partir de las definiciones precedentes se considera necesario aclarar que mientras la actividad social remite a la frecuencia de contactos sociales, las redes sociales indican las características estructurales de estas relaciones (tamaño o número de relaciones, frecuencia de contacto, proximidad física, densidad, etc) mantenidas por una persona. A su vez, la red de apoyo social constituye la ayuda (emocional, instrumental, etc) que para el individuo se deriva de un determinado entramado o red social y hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual. Si bien existe evidencia empírica sobre una menor actividad social de las personas mayores, se encuentra en la literatura especializada información sobre la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo entre la población anciana.

Con respecto a los antecedentes que existen en cuanto al trabajo con redes de apoyo social se considera necesario destacar las investigaciones sobre la incidencia de las redes en la salud física y el estado funcional de los adultos mayores (Uchino, Cacioppo y Kiecolt, 1996; Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman y Seeman, 1999) y los efectos de la falta de redes y soporte social en la aparición de síntomas depresivos (Forsell y Winblad, 1999; Peirce, Frone, Russell, Cooper y Mudar, 2000; Newsom y Schultz, 1996). Otras investigaciones se han dirigido a comprobar la relación existente entre el apoyo social percibido y la satisfacción vital (Aquino, Russell, Cutrona y Altmaier,

1996) como a demostrar la importancia del tamaño de la red de apoyo sobre dicho constructo (Levit, Antonucci, Clark y Rotton, 1986).

Requena Santos (1996), por su parte, diferenció a la “red social egocéntrica”, “red egocéntrica” o simplemente a la “red personal” del “núcleo central” de la misma. Mientras la red describe el entorno social o “mundo social” de una persona y está conformado por “todos los vínculos que llegan o parten directamente del sujeto”, el “núcleo central de la red” hace referencia a los vínculos más íntimos y está conformado por aquellas personas más significativas para el informante. Estas personas ejercen influencia sobre las conductas y actitudes del individuo en cuestión, actuando como referentes y en cierta medida afectando su vida (Arias, 2004).

Para evaluar las redes de apoyo social en sus características estructurales, funcionales y de atributos de los vínculos, Sluzki (citado en Arias, 2004) manifiesta que las características estructurales aluden al “tamaño de la red” (cantidad de personas que la conforman), la “densidad” (grado de interrelación entre los miembros), la “distribución” (ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red) y la “dispersión” (distancia espacial entre los miembros). En lo referente a las características funcionales de la red se incluye la satisfacción de las distintas formas de apoyo (apoyo emocional, compañía social, ayuda práctica, económica y de guía cognitiva o consejo) consideradas en conjunto. Finalmente los atributos de los vínculos indican la “multidimensionalidad” (cantidad de funciones que cumplen), “reciprocidad” (si dan y reciben por igual en la relación con cada uno de los miembros), “intimidad” (si posee vínculos de cercanía y confianza) y “frecuencia de contacto”.

Sluzki (1990,1996) propone que la red de apoyo social puede ser representada gráficamente mediante un mapa. El mismo incluye a todas la personas que la conforman y permite demarcar cuatro sectores que diferencian la clase de relaciones en familiares, laborales o escolares, de amistad y sociales o de credo. A su vez estos cuatro sectores son atravesados por tres círculos que distinguen los vínculos de acuerdo con el grado de intimidad. Según Sluzki, el círculo interior incluye a las relaciones familiares y de amistad más íntimas, el círculo intermedio comprende a relaciones de menor intimidad y compromiso y por último en el círculo externo se ubican los conocidos y relaciones más ocasionales como los vecinos, compañeros de actividades laborales, familiares lejanos, etc. En el mapa, cada uno de los miembros que conforman la red se grafica con un punto. Finalmente se usan líneas que unen los puntos para indicar los miembros que se conocen e interactúan entre sí.

Este autor teorizó acerca de la forma en que la red de apoyo social se relaciona con la salud y el bienestar, planteando la existencia de una relación recíproca e interdependiente entre la red social y la salud – enfermedad de los sujetos. Por una parte sostuvo la incidencia positiva o negativa de la red sobre la salud según ésta sea suficiente o insuficiente. La suficiencia de la red aporta retroalimentación cotidiana, ayuda a proveer sentido a la vida de sus miembros y propicia una serie de actividades personales que orientan al cuidado y la promoción de la salud. Por otra parte, la enfermedad de uno de sus miembros pone en evidencia los efectos negativos sobre la red social del mismo. En este sentido las enfermedades “poseen un efecto interpersonal aversivo” que tiende a que los demás se alejen y desarrollen conductas de evitación (Sluzki, 1996).



De esta manera se evidencia que las redes sociales no son estáticas, sino que poseen características de sistemas abiertos, por lo cual se encuentran en un proceso dinámico de construcción y reconstrucción permanente.

En consecuencia, el modelo del apoyo social se centra en el estudio de los aspectos sociales y posee un importante interés preventivo. Al sostener una concepción de salud positiva, se interesa de manera fundamental por el trabajo con grupos en riesgo, persigue el cambio social a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema y apunta al potenciamiento y desarrollo tanto de los individuos como de los grupos y comunidades, trabajando más con los recursos, potencialidades y competencias que con los déficits (Sánchez Vidal, 1996, citado en Arias, 2004).

1.3. Redes de apoyo social en la vejez

Más allá de todas las definiciones, el estudio del impacto del apoyo social en la vejez, tiene ciertas peculiaridades producto de las características distintivas de este grupo etéreo, como es la mayor probabilidad de que este grupo pierda relaciones sociales, producto de sucesos característicos de esta edad (jubilación, viudez, institucionalización, etc.), o por características personales (salud o escasos recursos educativos), lo que haría pensar que los adultos mayores cuentan con menores posibilidades de recibir el apoyo social necesario para afrontar los diversos acontecimientos estresantes (Fernández-Ballesteros et. al, 1992), hecho alarmante en la medida que lo necesitan para hacer frente al deterioro propio de esta edad (Barros, 1996 citado en Mella, R.; González, L; D`Appolonio, J. y cols, 2004).

Sin embargo, a pesar de estar comprobada una disminución en la actividad social de los adultos mayores producto en muchas ocasiones de la pérdida de relaciones sociales importantes, diversos estudios realizados en países distintos culturalmente demuestran lo escaso del sector de adultos mayores que no cuenta con alguna persona que le preste ayuda diaria, aún cuando hay diferencias en cuanto a quién se recurre. En general, tiende a pensarse que producto de las pérdidas sufridas, los adultos mayores cuentan con redes sociales integradas por un número menor de miembros que los individuos más jóvenes (Minkler, 1985 en Fernández-Ballesteros et al., 1992). Una investigación realizada por Antonucci y Akiyama (1987), llegó a la conclusión de que no existen diferencias entre los distintos grupos de edad en el número de relaciones sociales mantenidas.

En cuanto al trabajo realizado al respecto en la Argentina se destacan los aportes de Muchnik (1984) sobre la incidencia de las relaciones sociales en el bienestar de los adultos mayores, de Dabas (1993) sobre la importancia de las intervenciones en redes sociales como alternativa de abordaje clínico en el trabajo con personas vulnerables, así como los de Arias (2001) referidos a las redes de apoyo social y bienestar psicológico. También se consideran relevantes los desarrollos recientes sobre redes de apoyo social en adultos mayores en América Latina por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2005).

La red social personal según Sluzki (1996), se modifica de manera continua a lo largo de la vida del sujeto atravesando una etapa de "expansión" durante la niñez y la adolescencia, de "estabilización" en la adultez y de "contracción" en la vejez ya que en esta última etapa, los lazos que a lo largo de la vida se habían incorporado y habían conformado la red social, por

diversas razones se van perdiendo. El alejamiento de gran parte de las relaciones sociales, la muerte de familiares y de amigos y la pérdida de roles significativos producen interrupciones en la red social. Por ejemplo, la jubilación implica una serie de cambios que pueden amenazar la estabilidad psíquica, física, social y económica del sujeto, ya que durante la etapa adulta la persona transcurre gran parte de su tiempo en el trabajo. El mismo no sólo confiere orden en las actividades realizadas cotidianamente, sino que también otorga al sujeto atributos inherentes a la ocupación que desempeña, identidad laboral y relaciones sociales.

Así mismo, la pérdida de familiares y amigos ya sea por muerte o distanciamiento es común en la vejez y produce una fuerte interrupción en la red social por la importancia que poseen dichos vínculos. La persona de edad pierde estas relaciones que le proveían apoyo, compañía, ayuda material, guía y consejo. Según Gracia Fuster (1997) también los vecinos proveen apoyo y ayuda que resulta fundamental para las personas de edad y especialmente para aquellas que han vivido durante largos períodos de su vida en el mismo lugar, constituyendo así una fuente de socialización de gran importancia, por lo cual su pérdida supone también una merma en su red de apoyo social.

Con respecto a la pérdida de la pareja existen diferencias individuales que inciden en la forma en que se asume la viudez. Constituye una de las interrupciones de mayor importancia en la red de apoyo ya que el vínculo de pareja ocupa un lugar muy central en la vejez, dado que cumple en muchos casos la totalidad de las funciones de apoyo, brindando tanto compañía social como apoyo emocional, ayuda práctica, económica y de orientación cognitiva y consejo (Gracia Fuster, 1997).

Por último, algunos autores han remarcado el impacto que puede producir la migración sobre el bienestar de la persona tanto a nivel psicológico como físico y social, ya que implica modificaciones en los diferentes ámbitos en la vida del sujeto, en su subjetividad, en su familia y en su medio social. Según Minuchin (1994) el traslado de residencia puede interpretarse como una "crisis ecológica" ya que el sujeto que migra pierde el control sobre lo que hasta ese momento fuera habitual y familiar.

Si bien en la vejez se atraviesa por esta serie de acontecimientos que implican una posible disrupción de la red social de apoyo, la respuesta que las personas tienen a dichas situaciones no es necesariamente homogénea. Por el contrario, el proceso de envejecimiento es diferente en cada persona, caracterizándose por la heterogeneidad y por la amplia variabilidad interindividual (Vega y Bueno, 1994).

Existe una imagen prejuiciosa actual que incluye una serie de mitos y estereotipos sobre la vejez que asocian a esta etapa vital con enfermedades, incapacidad y dependencia. Dicha imagen se sustenta en creencias erróneas del proceso de envejecer, e incluso son compartidas por las mismas personas de edad.

Sin embargo, en el marco de la sociedad actual, las personas mayores disponen de oportunidades de mantenerse activas a nivel físico, intelectual y social. Esto es considerado uno de los aspectos más importantes para el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar y el fortalecimiento de la autoestima en dicho grupo etéreo. Según Gracia Fuster (1997) las intervenciones que se basan en el apoyo social sitúan a los involucrados en el problema como protagonistas del cambio y de este modo propician la

autoconfianza y la competencia. A su vez, a través de la realización de actividades conjuntas de ayuda y colaboración promueven la solidaridad y la pertenencia comunitarias.

De acuerdo con Fernández Ballesteros (1985, 1992) se pueden diferenciar claramente dos posturas antagónicas que reflejan las contradicciones, mitos y estereotipos que sobre esta etapa vital abundan en la sociedad. En una línea pueden ubicarse quienes tienden a resaltar los aspectos negativos del proceso de envejecimiento (déficits y disfuncionalidades), mientras otros privilegian los aspectos positivos tanto del individuo (competencias) como del contexto. Esta línea de pensamiento es seguida por Fernández Ballesteros (1985) quien propone el modelo de vejez competente, al hacer hincapié en los aspectos positivos proponiendo dos vías de intervención. Una que potencie e incremente las redes de comunicación y el apoyo social, y la restante apuntando a mejorar la capacidad del sujeto para enfrentar y superar situaciones difíciles, ya sea mediante el trabajo preventivo, así como de manera posterior a su ocurrencia para recuperar el equilibrio y bienestar del sujeto.

Capítulo 2.

2.1. Modelo salugénico

Desde la década del '50 se producen ciertas innovaciones en el campo de la Psicología basadas en las limitaciones del paradigma tradicional que estaba centrado en lo psicopatológico y en la enfermedad mental. El objetivo de esta nueva concepción fue comprender y analizar los recursos y factores que promueven en las personas mayores niveles de satisfacción vital y de bienestar psicológico. De esta manera se abordaron cuestiones tales como la creatividad, los valores, las necesidades de desarrollo, la autorrealización. Estos trabajos sentaron las bases para que, progresivamente, surgieran desarrollos y modelos que propusieran centrar el foco de la investigación en el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora que concibe al individuo como un agente activo que construye su propia realidad (Prada, 2005).

Uno de los desarrollos más representativos de esta concepción es el paradigma salugénico que propone Antonovsky (1988, 1990). Este autor indaga los motivos por los cuales un sujeto se sitúa en el extremo positivo del continuo salud-enfermedad, o por qué se orienta hacia ese lado, cualquiera sea su posición, en cualquier momento. Así, focaliza el estudio en los orígenes de la salud y rescata las fortalezas humanas. Antonovsky considera a los estresores como inherentes a la condición humana, al mencionar que es posible constatar que algunos sujetos, aún con una alta carga de estresores "sobreviven e inclusive lo hacen bien". Se trata entonces de descubrir por qué

logran ese nivel de bienestar a pesar de la adversidad. De hecho, hacer frente a un estímulo perturbador genera un estado de tensión con el cual el sujeto debe luchar. El grado de adecuación en el manejo o control de la tensión determinará que el resultado sea psicopatológico, neutral o salugénico. Desde esta perspectiva, para Antonovsky, el estudio de los factores que hacen posible el manejo de la tensión es la clave de las ciencias de la salud. Propone, de este modo, dos conceptos clave: el de Recursos Generalizados de Resistencia (GRRs) y el Sentido de Coherencia (SOC). Entre los primeros se encuentran todos aquellos fenómenos efectivos para combatir con eficacia una amplia gama de estresores que pueden ser los recursos materiales, la estabilidad cultural, las redes sociales, la fortaleza del yo, etc. Todos estos recursos tienen como denominador común facilitar que los estresores a los que el sujeto está constantemente expuesto pierdan sentido, y genera a través del tiempo un fuerte SOC. Define al SOC como una orientación global que expresa el grado en que un sujeto tiene recursos suficientes disponibles para afrontar las demandas del medio, y experimenta un fuerte sentimiento de confianza, sólido, resistente pero dinámico.

Otro concepto fundamental compatible con el modelo salugénico es el de resiliencia. Parece una realidad confirmada por muchas personas que aún habiendo vivido una situación traumática han conseguido abordarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (Poseck, 2006).

Una definición posible de resiliencia es "la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por experiencias de

adversidad" (Melillo y Suárez Ojeda, 2001), con tres componentes esenciales que son: la presencia de algún riesgo, trauma o adversidad; la superación positiva del mismo y la relación dinámica de los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano. Kotliarenco y colaboradores (1997) agregan la vulnerabilidad, la resistencia, la construcción positiva y la aceptación social como componentes básicos que constituyen el concepto. Por otro lado, puede establecerse una diferenciación entre resiliencia y el concepto de recuperación, ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

Es importante destacar que ha quedado demostrado a través de distintas investigaciones que no se nace resiliente ni se adquiere de forma natural, sino que depende de la interacción de la persona y su entorno humano (Vera, 2004). A su vez, los factores protectores, los que promueven comportamientos resilientes, pueden agruparse en tres categorías: los atributos personales, los apoyos del sistema familiar y aquellos provenientes de la comunidad. Entre los factores protectores a nivel individual se encuentran: buenas habilidades cognitivas, incluyendo resolución de problemas y habilidades atencionales; buen temperamento en la infancia, que con el tiempo se desarrolla una personalidad adaptable; una positiva percepción de sí mismo; una buena capacidad de autorregulación emocional y de los impulsos y por último un buen sentido del humor. Respecto al ámbito familiar cabe mencionar como factores protectores un clima familiar positivo y un ambiente hogareño organizado; e incluso son importantes las relaciones cercanas con pares de

similares características positivas. En cuanto a los factores protectores concernientes a la comunidad, se encuentran los buenos servicios sociales de emergencia, así como los altos niveles de seguridad pública y un vecindario con eficacia colectiva. Todo ello es favorable para el desarrollo de aspectos resilientes en los adultos (Prada, 2005). En síntesis, se puede decir que la resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se ocupa de aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo.

2.2. Psicología Positiva

La Psicología Positiva destaca la importancia de las diferencias individuales y el papel activo de las personas en interacción con su entorno. Seligman y colaboradores (2005) mencionan como antecedentes los aportes del psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, la Psicología humanística y la existencialista para el actual entendimiento de los aspectos positivos de la experiencia humana. Entre los más relevantes se encuentra Maslow (1954) quien introdujo la teoría de la motivación humana e ideas tales como las de necesidades de desarrollo y autorrealización.

La Psicología Positiva pretende prevenir muchos de los trastornos emocionales fundamentales y reorientar la Psicología en sus dos vertientes relegadas: hacer más fuertes y productivas a las personas normales y hacer real el elevado potencial humano. El objetivo es investigar las fortalezas y

virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Cuadra y Florenzano, 2003). Se pone de manifiesto con este marco la importancia de los potenciales humanos aún en los períodos de crisis, considerando que estas crisis son inevitables y necesarias para el crecimiento y desarrollo de las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

De esta manera, la Psicología Positiva plantea el estudio científico de las experiencias y los rasgos individuales positivos, intentando comprender los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, fundamentalmente sus fortalezas (Poseck, 2006). Se lo concibe como un campo concerniente al bienestar o funcionamiento óptimo, ampliando el foco de la Psicología Clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio (Seligman, Duckworth y Steen, 2005). Según Seligman, la Psicología Positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, y se centra para ello en la construcción de competencias y en la prevención. En este contexto, la capacidad para promover la formación de redes de apoyo y participar en ellas, constituye entonces una variable salugénica.

Fredrickson (2000, 2001) reivindica la importancia de las emociones positivas como medio para solventar muchos de los problemas que generan las emociones negativas y cómo a través de ellas el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos. En esta línea, las emociones positivas constituyen recursos que modulan los distintos acontecimientos vitales propios de los adultos mayores.

2.3. Capital Psíquico

Investigaciones llevadas a cabo en campos no clínicos de la Psicología, como la Psicología Social, del Desarrollo, Cultural, Cross-Cultural, de la Personalidad, no han estado sesgadas por el impacto del modelo médico centrado en el estudio de la enfermedad, y han abordado temas que enriquecen y complementan las propuestas actuales de la Psicología Positiva.

De esta manera en el marco de la Psicología Positiva se utiliza la noción de Capital Psíquico para hacer referencia a ese conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas personales. Se intenta así complementar y no sustituir lo que se conoce científicamente sobre el sufrimiento psicológico, con el objetivo de poder lograr una comprensión mas equilibrada de la experiencia humana, con sus altibajos, sus momentos de éxtasis y goce, y aquellos de dolor y desesperanza (Casullo, 2006).

Este concepto de Capital Psíquico se estructura y conforma, desde una génesis psicosocial, a partir de capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento, capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos, habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana, capacidades para establecer vínculos interpersonales y valores como metas que orientan los comportamientos. A continuación se describe cada una de ellas (Casullo, 2006):

2.3.1. Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento.

Esta categoría está compuesta en primer término por la *creatividad* como la capacidad para generar comportamientos novedosos, sorprendidos, poco comunes, que a su vez faciliten la adaptación al contexto y el momento histórico que se vive. Supone habilidad para resolver problemas de manera original. Un sujeto innovador, motivado para hacer algo diferente; con un dominio específico relacionado con el mundo de los hechos concretos y la presencia de actores sociales que estimulan y orientan, favorecen el surgimiento de la creatividad.

En segundo lugar el término *curiosidad* supone interés por las novedades y una apertura hacia experiencias poco comunes. William James, hacia fines del siglo XIX, identificaba dos tipos de curiosidad: a) la que se asocia con el placer emocional y la ansiedad que lleva a disfrutar de algo novedoso y b) la científica o conjetura metafísica generada cuando se detectan lagunas o espacios incompletos en el plano del conocimiento. Este enfoque relaciona la curiosidad con la angustia creadora y la necesidad de solucionar conflictos conceptuales.

La *motivación para aprender* implica una actitud positiva hacia el conocimiento de las causas de diferentes tipos de sucesos o fenómenos y poder experimentar sentimientos positivos y gratificantes en el proceso de adquisición de nuevos aprendizajes. Se caracteriza como una predisposición a conectarse con contenidos específicos. El concepto intenta describir las diversas formas en las que las personas obtienen nuevas informaciones, habilidades y destrezas.

Por otra parte, la *sabiduría* está integrada por un conjunto de estrategias referidas a encontrar el sentido de la vida y lograr conocimientos acerca de las

denominadas pragmáticas fundamentales: planificar, dirigir, comprender. Es una capacidad metaheurística que activa y organiza las pragmáticas antes mencionadas en la búsqueda de cierta moderación entre posiciones extremas. No sólo es una buena predictora del envejecimiento sano sino también una resultante del mismo.

2.3.2. Capacidades emocionales para desarrollar proyectos, superando obstáculos.

Forman parte de esta categoría los conceptos de *honestidad o integridad* como rasgos o características de la personalidad para poder expresar aquello que se siente y piensa. Supone valorar más la identidad que la popularidad, rechazar las mentiras y falsedades, poder actuar en función de las ideas y creencias personales (Casullo, 2000). Es un patrón de comportamientos que revela consistencia entre acciones y valores personales, implica animarse a expresar justificaciones públicas de las convicciones morales, así como tener sensibilidad frente a las necesidades ajenas.

Otra de las capacidades emocionales es la *autoestima* que refiere a un estado emocional respecto al sí mismo (self) que remite al proceso de autoevaluación de virtudes y defectos personales; es la dimensión valorativa del autoconcepto. Cuando las personas hablan de su autoestima están expresando, de alguna manera, la importancia del vínculo afectivo entre ellas y el contexto social, cuando la experimentan es porque han logrado la vivencia de esa relación.

La *persistencia* implica la continuidad voluntaria de una acción dirigida al logro de determinadas metas, superando las dificultades, obstáculos o sentimientos de desaliento que surjan.

Por último, se encuentra la *resiliencia* como la capacidad para sobrevivir y superar dificultades a pesar de experimentar condiciones adversas, intentando lograr una adaptación positiva. "El modelo de la resiliencia ofrece dos mensajes importantes: la adversidad no conduce por sí misma a la disfunción e incluso una reacción inicial disfuncional puede mejorar con el tiempo y originar factores protectores" (Henderson y Milstein, 2003).

2.3.3. Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana.

Entre estas habilidades se encuentra el *liderazgo* que supone una cualidad personal que remite a una constelación integrada de atributos cognitivos y psicosociales para orientar e influir en los comportamientos de otras personas (Peterson y Seligman, 2004). Es un proceso eminentemente social que remite a la capacidad individual para buscar, alcanzar y mantener funciones de orientación y conducción de personas y grupos.

La *lealtad* en tanto, es un sentimiento de identificación con una causa común a un nosotros como el proceso cognitivo de poder pensar en la obligación de defenderla y sostenerla. Implica sentido del deber, respeto hacia los intereses grupales, responsabilidad social y capacidad de afiliación. Supone que el sujeto decide participar o integrarse a un grupo o asociación porque defiende o sostiene ideales que él valora y considera que son metas deseables de ser logradas. Implica haber asumido un sistema de valores considerado

legítimo y socialmente posible, que se alcanza respetando obligaciones y derechos.

Se entiende por *compromiso* a la capacidad para realizar una tarea o ejercer un rol de manera sostenida a lo largo del tiempo. Requiere de las personas la posibilidad de definirse en el plano de los intereses institucionales (familia, educación, trabajo, salud) en su condición de ciudadanos (Uslaner, 2003).

La *prudencia*, por otro lado, implica orientación cognitiva hacia el futuro personal, formas de razonamientos prácticos y autogestivos que ayudan al logro de metas en el mediano y largo plazo. Requiere un alto grado de conciencia de responsabilidad sobre las consecuencias de las propias acciones. Se caracteriza por la capacidad para controlar los impulsos al tener presente que existen normas y principios que regulan los comportamientos de los seres humanos, en su condición de actores sociales.

2.3.4. Capacidades para establecer vínculos interpersonales.

Forman parte de estas capacidades la *inteligencia emocional* como la capacidad para percibir, evaluar, expresar, comprender y autorregular nuestras emociones de forma adaptativa a fin de que faciliten los procesos cognitivos y el crecimiento personal. Las personas requieren poder procesar la información emocional así como emplear las emociones de manera inteligente para moverse en el contexto social.

El *amor*, a su vez, es una emoción compleja, que se sostiene fundamentalmente sobre las necesidades de pertenencia y apego, permite el

acercamiento y el vínculo con determinadas personas, objetos y sucesos así como poder disfrutar de la intimidad y los contactos físicos y psíquicos. Se considera que el amor es la manifestación de muchos sistemas motivacionales (el sistema de los vínculos de apego, el sistema de las relaciones de cuidado y protección, el sistema de las atracciones sexuales).

El constructo *sentido del humor* es multifacético, puede referirse tanto a las características de un estímulo, como al proceso mental que hace posible la risa, el ser capaz de hacer y admitir bromas. Para algunos autores es una estrategia de afrontamiento, un mecanismo de defensa sano.

En lo que respecta a la *empatía* y *altruismo*, la primera es una respuesta afectiva frente a las necesidades de otra persona, supone comprensión y aprehensión del estado afectivo ajeno. Mientras que el altruismo alude a la motivación específica para ayudar y beneficiar a los demás.

2.3.5. Sistema de valores como metas que orientan los comportamientos.

El *sentido de justicia* nos remite a la habilidad para respetar y hacer respetar las leyes y formular juicios morales. Supone capacidad empática, identificación con modelos morales, el compromiso con determinados principios y valores y las creencias personales sobre un mundo justo. Los valores son guías internalizadas que orientan las acciones. Los valores incluyen tanto creencias como motivaciones que trascienden situaciones específicas, están presentes en los distintos comportamientos que se ponen en juego en contextos diferentes del vivir cotidiano.

La *capacidad de perdonar* requiere un proceso de cambio en las motivaciones interpersonales; dicho cambio reduce los comportamientos evitativos, la búsqueda de revancha y aumenta las actitudes de benevolencia. Perdonar implica un cambio interno y al mismo tiempo prosocial hacia una figura o situación percibida como transgresora, en el contexto de un vínculo interpersonal. Supone tanto una dimensión subjetiva intrapsíquica como otra interpersonal, por lo cual se sugiere pensar el perdón como un constructo psicosocial. Ejercen enorme influencia en su definición y aceptación variables de tipo religioso, ideológico-políticas, culturales y socio-históricas.

Se entiende por *gratitud* al sentimiento relacionado con ser capaces de admitir que se ha recibido una ayuda, un estímulo o un reconocimiento. Es un afecto moral, en la medida en la que la persona puede darse cuenta de que ha sido objeto de un comportamiento prosocial por parte de otro u otros. Supone que el individuo pueda aceptarse como miembro o integrante de un grupo y de una comunidad, los que le brindan los recursos para su subsistencia y hacia lo que se debe tener cierto reconocimiento.

El término *espiritualidad* hace referencia a un conjunto de sentimientos y acciones que surgen en relación con concepciones sobre lo sagrado, no necesariamente dentro de una comunidad religiosa o culto. Supone la necesidad de búsqueda de lo trascendente. Tales creencias suelen ser estables, persuasivas y brindan información sobre los tipos de atribuciones que las personas formulan, los significados que construyen así como las formas en las que establecen sus relaciones psicosociales. El término espiritualidad ha sido empleado para referirse a la existencia de una dimensión no terrenal que

da sentido a la vida y ofrece principios éticos a respetar. Se han publicado trabajos interesantes que constatan el papel que estas creencias juegan en el logro de una mejor calidad de vida, afrontar con seriedad problemas de salud y participar en acciones preventivas.

A partir de lo anteriormente expuesto, se pretende analizar de manera detallada los aspectos estructurales, funcionales y de suficiencia de las redes de apoyo social en adultos mayores y su relación con el Capital Psíquico. Entre los motivos que justifican la importancia de lograr información referida a este tema, se encuentran ciertos cambios que se presentan en la vejez como las situaciones de pérdida, las migraciones, la jubilación, y el consecuente impacto que estas realidades generan sobre el bienestar biopsicosocial de los adultos mayores. Estos fenómenos traen aparejada la tendencia a la disrupción de las redes de apoyo social y a las dificultades para su reconstrucción en esta franja etárea.

De este modo se considera importante destacar la relevancia del Capital Psíquico de los adultos mayores para el afrontamiento de dichos acontecimientos, así como para el restablecimiento de sus redes. Con el concepto de Capital Psíquico se aporta una noción que, por analogía con las ya conocidas de capital económico y capital cultural, hace referencia a los recursos de tipo cognitivo, emocional y psicosocial con los que cuenta una persona y que deben ser tenidos en cuenta al momento de concretar acciones diagnósticas para planificar intervenciones de tipo clínico, educativo, laboral, político o social comunitario (Linley y Joseph, 2004).

De acuerdo con Antonovsky, la Psicología Salugénica convoca a la búsqueda en cada ser humano de sus fortalezas y del potencial psíquico con el que cuenta para que, a partir de ello, pueda construir un proyecto de vida posible y realista, al otorgar importancia a las acciones generadoras de salud. De esta manera las características del contexto social y cultural donde la persona reside, trabaja, tiene sus redes de apoyo y se ha socializado, deben considerarse al igual que el estudio de las capacidades y fortalezas individuales.

Se cree en este sentido, que al profundizar la investigación de estos aspectos y sus efectos en el logro de modalidades de vida saludables y constructivas, los resultados de esta investigación constituirán un aporte relevante para la comprensión y la evaluación de los recursos efectivos y/o potenciales, que permiten desarrollar en las personas modos de vida resilientes y satisfactorios. Y particularmente, en el caso de los adultos mayores, población objetivo de este estudio empírico, dichas consideraciones alcanzan una importancia sin duda justificada.

Parte II

Aspectos Metodológicos

Capítulo 3.

3.1. Metodología

En los siguientes apartados se describen los aspectos metodológicos que sustentan el trabajo de campo de la presente investigación.

3.1.1. Diseño

Se trabajó con un diseño no experimental, descriptivo y correlacional.

3.1.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por sujetos adultos mayores residentes de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata, con un rango de edad entre 60 y 75 años, no institucionalizados y sin deterioro cognitivo.

La muestra bajo estudio - intencional no probabilística – se conformó por 100 personas. En todos los casos la participación fue voluntaria y anónima. Fue obtenida en diferentes zonas de la ciudad (ej. espacios públicos, sociedades de fomento, clubes de jubilados) sin embargo, la mayoría de las entrevistas se realizaron en la vía pública y en hogares particulares ya que la predisposición de los entrevistados fue mayor en estas últimas condiciones. Cada administración se realizó en un único encuentro de entre 45 y 60 minutos y la muestra en su totalidad fue obtenida entre los meses de febrero y abril del año 2007.

3.1.3. Características muestrales

Del total de 100 individuos que conformaron la muestra hubo un porcentaje de hombres del 42% y de mujeres del 58%, y los grupos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: de 60 a 64 años: 37%; de 65 a 69 años: 28% y de 70 a 75 años el 35% (Ver tabla 1).

Tabla 1. Grupos de Edad de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%
60 a 64 años	37	37,0
65 a 69 años	28	28,0
70 a 75 años	35	35,0
Total	100	100,0

En cuanto a la ocupación de los adultos mayores se encontró que el 27% estaban jubilados, el 24% empleados, un 25% de amas de casa y un 24% trabajadores independientes, entre los que se incluyen profesionales y comerciantes (Ver tabla 2).

Tabla 2. Ocupación de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%
Jubilado	27	27,0
Empleado	24	24,0
Ama de casa	25	25,0
Independiente	24	24,0
Total	100	100,0

Con respecto al estado civil, predominó la condición de estar casado (57%). Del 43% restante, un elevado porcentaje de individuos ha perdido a su pareja (31% viudos), y sólo en un porcentaje menor se encontraron solteros y divorciados o separados (Ver tabla 3).

Tabla 3. Estado civil de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%
Soltero	3	3,0
Viudo	31	31,0
Divorciado / Separado	9	9,0
Casado	57	57,0
Total	100	100,0

Los porcentajes de la variable que indaga el tipo de convivencia indicaron que un 42% vive con su pareja, el 24% vive solo, un 21% vive con la familia, un 8% vive con uno o más hijos, y el 5% restante vive con otros - amigos, empleados, patrones, otros familiares - . Es importante aclarar que entre las personas que viven actualmente con su pareja o familia, se encontraron separados, divorciados y/o viudos. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Tipo de Convivencia de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%
Solo	24	24,0
Pareja	42	42,0
Hijos	8	8,0
Familia	21	21,0
Otros	5	5,0
Total	100	100,0

Respecto al nivel de instrucción formal, los datos indican que un 6% de la muestra tiene primario incompleto y un 29% primario completo, un 12% secundario incompleto y un 23% secundario completo, un 2% terciario incompleto y un 9% terciario completo, y por último un 4% universitario incompleto y el 15% restante tiene estudios universitarios completos. Sin embargo, al reagrupar estos datos en función del nivel de instrucción formal al que pudieron acceder, se observó que el nivel primario incluye el 35% de la

muestra, el secundario otro 35% y por último el terciario / universitario el restante 30% (Ver tabla 5).

Tabla 5. Nivel de instrucción formal en los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Primario	35	35,0	35,0
Secundario	35	35,0	70,0
Terciario / Universitario	30	30,0	100,0
Total	100	100,0	

Finalmente, el 36% de los entrevistados era nativo de Mar del Plata. Del resto de la muestra, el 54% residía de manera permanente hace más de tres años en la ciudad, y sólo un 10% desde hace tres años o menos.

3.1.4. Instrumentos

Si bien los instrumentos utilizados en esta investigación admiten la autoadministración en forma grupal, fueron aplicados por los autores de este estudio empírico de manera individual y oral en el espacio de entrevista, con el fin de garantizar la adecuada recolección de datos y evitar dificultades relacionadas con problemáticas de los adultos mayores, como podrían ser inconvenientes en la lectura o en la escritura. Por otra parte se diseñó un registro de datos personales básicos para obtener la información sociodemográfica requerida.

1. Registro de datos personales básicos

Este registro indagó información respecto de:

- ✓ ciudad de residencia
- ✓ tiempo de residencia en Mar del Plata
- ✓ sexo
- ✓ edad
- ✓ actividad laboral en la actualidad
- ✓ estado civil
- ✓ convivencia
- ✓ nivel de instrucción formal alcanzado

2. Entrevista estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Vaux y Harrison, 1985)

Está conformada por 5 subescalas que evalúan apoyo emocional, relaciones sociales, ayuda práctica, ayuda financiera y consejo / guía. La entrevista de Vaux indaga acerca de las características estructurales, la funcionalidad de la red y los atributos de los vínculos que conforman dicha red de apoyo social: frecuencia; intimidad; equilibrio; relación; sexo y quién conoce a quién. Además permite construir un índice de suficiencia total de la red (Arias, 2004).

De esta manera, se pidió al entrevistado que nombre a las personas que le brindan los distintos tipos de apoyo describiéndoles situaciones típicas a modo de ejemplificaciones que faciliten la identificación de las relaciones en cuestión. Una vez detectadas las personas que cumplen las diferentes

funciones de apoyo, se elaboró el listado total de relaciones que posee la persona y se completó una serie de datos de cada uno de ellos que permiten, tanto identificar de manera específica el tipo de vínculo con cada miembro de la red así como caracterizar a la red de apoyo en general. Considerando los criterios clasificatorios elaborados por Arias (2004) se obtuvieron medidas de las siguientes variables:

2.1. Características estructurales:

2.1.1. Tamaño: Número total de miembros que componen la red. A fin de valorar a la red como de tamaño amplio, medio o bajo se llevó a cabo el siguiente procedimiento: en primer lugar, a partir de la resta entre el valor mayor y el valor menor que presentó esta variable, se calculó el rango de la misma ($21 - 3 = 18$). Dicho rango fue dividido por tres de modo de obtener tres intervalos de igual amplitud (3-9; 10-16; 17-23). Finalmente las redes fueron valoradas de la siguiente manera:

Red de apoyo social de tamaño amplio: Las que estaban conformadas por un número de 17 miembros o más.

Red de apoyo social de tamaño medio: Las que estaban conformadas por un número de entre 10 y 16 miembros.

Red de apoyo social de tamaño bajo: Las que estaban conformadas por un número de entre 3 y 9 miembros.

2.1.2. Nivel de distribución: Ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red. Considerando que los vínculos de la red pueden ubicarse en doce sectores diferentes (que surgen de la intersección de cuatro 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 entre cuatro y siete sectores.

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

2.1.3. Nivel de densidad: Interrelación entre los miembros que conforman la red. En este caso 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. Se codificó como:

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.

2.2. Características funcionales:

2.2.1. Nivel de funcionalidad: Satisfacción de las distintas formas de apoyo (apoyo emocional, compañía social, ayuda práctica, económica y de guía cognitiva o consejo) consideradas en conjunto. 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 tres miembros.

Red de apoyo social de nivel funcional medio: Aquellas en las que la totalidad de las funciones de apoyo estaban satisfechas por al menos dos miembros 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 disponían de solo uno o de ningún miembro que las satisficiera.

2.3. Atributos de los vínculos:

2.3.1. Nivel de multidimensionalidad: Nivel en que la red posee relaciones que cumplen varias funciones de apoyo diferentes. Cada uno de los vínculos que conformaban las redes habían sido evaluados como de nivel de multidimensionalidad alto (si cumplían 4 o 5 funciones de apoyo), medio (si cumplían 3 funciones de apoyo) o bajo (si cumplían 1 o 2 funciones de apoyo).

A fin de evaluar a la red total en dicha característica se obtuvo el valor correspondiente a la mediana de multidimensionalidad de todos los vínculos que la conformaban. El valor de dicha medida se utilizó para codificar a la red como de nivel alto, medio o bajo según correspondiera.

2.3.2. Nivel de intimidad: Nivel en que la red posee vínculos de cercanía y confianza. 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.

2.3.3. Nivel de frecuencia de contacto: Nivel en que la red posee miembros con los que se contacta frecuentemente mediante visitas, llamados telefónicos o correo. 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 1 vez por semana y 1 vez cada 15 días) o bajo (si se contactaban con una frecuencia menor a 1 vez cada 15 días). La red total fue considerada como de nivel de frecuencia de contacto alto, medio o bajo de acuerdo con el valor obtenido del cálculo de la mediana de todos los vínculos que conformaban la red.

2.4. Nivel de suficiencia total.

Finalmente, a fin de obtener una medida global de la red de apoyo se calculó un índice de nivel de suficiencia total. El mismo se obtuvo para cada una de las redes a partir de la suma de los valores obtenidos en las variables precedentes. Considerando que en todas las características al valor alto les correspondía un 3, al medio un 2 y al bajo un 1, el índice de nivel de suficiencia total podía variar entre 7 y 21 puntos. Por lo tanto se codificó de la siguiente manera:

Nivel de suficiencia total alto: si el índice obtenido se hallaba entre 17 y 21 puntos.

Nivel de suficiencia total medio: si el índice obtenido se hallaba entre 12 y 16 puntos.

Nivel de suficiencia total bajo: si el índice obtenido se hallaba entre 7 y 11 puntos.

2.5. Otras variables estructurales y de atributos de los vínculos de las redes.

Con el fin de especificar la red de apoyo social, se indagaron complementariamente los siguientes aspectos de la red: sexo, la dispersión (si los integrantes viven o no de manera permanente en Mar del Plata) y reciprocidad (si dan y reciben por igual en la relación con cada uno de los miembros) de la red.

3. Escala de Capital Psíquico -CAPPSI-. (Casullo, 2006)

Esta escala se compone de 40 ítems que evalúan factores o procesos a través de 5 categorías que desde una génesis psicosocial se considera que estructuran y conforman el Capital Psíquico personal (CAPPSI):

- a) Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento: compuestas por creatividad, curiosidad, motivación para aprender y sabiduría. Los ítems que las evalúan son aquellos del 1 al 8.
- b) Capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos: formadas por honestidad, autoestima, persistencia y resiliencia. Los ítems que las evalúan son los del 9 al 16.
- c) Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana: comprenden éstas liderazgo, lealtad, compromiso y prudencia. Los ítems que las evalúan son los del 17 al 24.
- d) Capacidades para establecer vínculos interpersonales: compuestas por inteligencia emocional, amor, sentido del humor, empatía y altruismo. Los ítems que evalúan éstas son del 25 al 32.

e) Sistema de valores como metas que orientan los comportamientos: formado por sentido de justicia, capacidad para perdonar, gratitud y espiritualidad. Los ítemes que lo evalúan son los del 33 al 40.

Se trata de un instrumento con tres opciones de respuesta por frecuencia para cada uno de los descriptores: casi nunca (1), a veces (3) y casi siempre (5). De este modo el puntaje total de la escala de CAPPPI de cada individuo puede variar entre 40 y 200 puntos. A su vez cada categoría evaluada obtiene un puntaje entre 8 y 40 puntos.

A los fines de la presente investigación, se codificaron los puntajes directos de cada categoría y del CAPPPI total en puntajes bajos, medios y altos. El criterio de agrupabilidad fue dado por la media empírica y el desvío standard (Ver tabla 6).

Tabla 6. Puntajes directos CAPPPI

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Std.
Capacidades Cognitivas	100	20	40	31,46	4,36566
Capacidades Emocionales	100	26	40	35,14	2,86046
Habilidades Cívicas	100	24	38	32,82	3,35261
Capacidades Vinculares	100	22	40	34,22	3,46871
Sistema de Valores	100	22	40	34,94	4,13368
CAPPPI Total	100	138	188	168,58	11,63518

De este modo, para cada una de las categorías del CAPPSI y para el CAPPSI Total, quedó inferior a menos un desvío standard el valor bajo, por sobre un desvío standard, el valor alto y entre ambos el valor medio.

Los datos se analizaron de manera cuantitativa, mediante paquetes estadísticos informatizados para uso en Ciencias de la Salud, aplicando técnicas de estadística descriptiva e inferencial para identificar si existía relación χ^2 .

Parte III
Resultados



Capítulo 4.

4.1. Caracterización de las redes de apoyo

A continuación se describirán los aspectos generales y específicos de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados en lo referido a las principales características estructurales, funcionales y de atributos de los vínculos.

4.1.1. Características estructurales: tamaño, nivel de distribución, nivel de densidad y dispersión.

En cuanto al *tamaño* de las redes de apoyo social, varió entre 3 y 21 integrantes, con un promedio de 10 integrantes para esta muestra. Al reagrupar estos resultados en función de las categorías propuestas, la mayoría (52%) de los sujetos entrevistados conformaba una red de apoyo social de tamaño bajo (entre 3 y 9 miembros) y sólo 9 sujetos estaban incluidos en la categoría de tamaño alto (Ver tabla 7).

Como fue desarrollado en el capítulo 1.2., Sluzki (1990,1996) propone un mapa de la red por sectores donde la red de apoyo social puede ser representada gráficamente. El mismo incluye a todas la personas que la conforman y permite demarcar cuatro sectores que diferencian la clase de relaciones. A su vez estos cuatro sectores son atravesados por tres círculos que distinguen los vínculos de acuerdo con el grado de intimidad. Como lo indica la tabla 8, al considerar la *distribución* total de los vínculos, se observó

que todos los casos se agruparon en los valores bajo y medio en cantidades similares. De este modo no hubo ningún entrevistado con un nivel de distribución alto, lo que implicaría relaciones en al menos ocho sectores de los doce posibles de la red. Se cree que se obtuvieron estos valores ya que la mayoría de los entrevistados manifestó en sus redes vínculos con familiares y amistades, siendo menos frecuentes las relaciones laborales y con la comunidad. Por su parte, en los vínculos con amigos y familiares se manifestaba un nivel de intimidad generalmente alto, reduciendo así la cantidad de sectores posibles, quizás teniendo en cuenta que en la vejez el tamaño de las redes suele disminuir.

Tabla 7. Tamaño de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	52	52,0	52,0
Medio	39	39,0	91,0
Alto	9	9,0	100,0
Total	100	100,0	

Tabla 8. Nivel de distribución de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	55	55,0	55,0
Medio	45	45,0	100,0
Alto	0	0,0	100,0
Total	100	100,0	



En cuanto a la *densidad* de las redes de apoyo social, se constató un 73% con nivel alto, a partir de las múltiples uniones entre los miembros de cada red. En general todos o la gran mayoría de los integrantes de las redes se conocían, interactuaban y se frecuentaban intensamente. El nivel de densidad mínimo, por su parte, estuvo integrado sólo por seis sujetos, lo que indica una baja frecuencia en la muestra que resulta destacable (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Nivel de densidad de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	6	6,0	6,0
Medio	21	21,0	27,0
Alto	73	73,0	100,0
Total	100	100,0	

Al analizar la *dispersión*, a partir del lugar de residencia de los miembros que conforman las redes, puede verse en la tabla 10, que el 89% de los casos incluía total o mayoritariamente redes conformadas por personas que residían en la misma ciudad del sujeto. Del 11% restante, sólo el 8% poseía en su red una mayoría de miembros que se encontraban en una ciudad distinta u ocasionalmente en otros países.

Tabla 10. Dispersión de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcent. acum.
Todos en la misma ciudad	41	41,0	41,0
Mayoría en misma ciudad	48	48,0	89,0
Igual cantidad en misma / dist. ciudad	3	3,0	92,0
Mayoría en distinta ciudad	8	8,0	100,0
Total	100	100,0	

4.1.2. Características funcionales

Como se puede observar en la tabla 11, un 42% de la muestra se agrupó en el nivel de funcionalidad bajo, es decir que una, varias o la totalidad de las funciones de apoyo disponían de solo uno o de ningún miembro que las satisficiera. Es decir que frente a determinadas situaciones problemáticas no tienen recursos disponibles ni potenciales a quien recurrir en busca de ayuda.

Tabla 11. Nivel de funcionalidad de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum..
Bajo	42	42,0	42,0
Medio	28	28,0	70,0
Alto	30	30,0	100,0
Total	100	100,0	

4.1.3. Atributos de los vínculos: nivel de multidimensionalidad, nivel de intimidad, nivel de frecuencia de contacto.

Las redes de apoyo social evaluadas presentaron en su gran mayoría un nivel de multidimensionalidad bajo, ya que poseían muy escasos o ningún vínculo que cumpliera múltiples formas de apoyo. Por el contrario cada relación desempeñaba alguna función específica, al darse en general un agrupamiento de las amistades en aquellas formas de apoyo que incluían aspectos emocionales o relaciones sociales y de los familiares en ayuda práctica y económica. Así como también se dieron muchos casos en los cuales algunos vínculos sólo eran mencionados en visitas ocasionales (relaciones sociales) o pedidos de ayuda práctica concretos (Ver tabla 12).

Tabla 12. Nivel de multidimensionalidad de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	77	77,0	77,0
Medio	20	20,0	97,0
Alto	3	3,0	100,0
Total	100	100,0	

En cuanto al nivel de intimidad de las redes un número elevado se agrupó la categoría más alta. Las relaciones que presentaban esta característica se correspondieron en su mayoría con la condición de vínculos

estables en el tiempo, generalmente parejas, hijos, hermanos y amigos. Finalmente sólo el 19% de los casos se encontró entre los niveles medio y bajo, con un único caso en el menor valor de la variable (Ver tabla 13).

Tabla 13. Nivel de intimidad de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	1	1,0	1,0
Medio	18	18,0	19,0
Alto	81	81,0	100,0
Total	100	100,0	

Al considerar el nivel de frecuencia de contacto de las redes, es decir el nivel en que la red posee miembros con los que se contacta frecuentemente mediante visitas, llamados telefónicos o correo, la siguiente tabla muestra un mayor porcentaje de adultos con relaciones de más de una vez a la semana (56%), un 41% en el nivel medio (entre una vez por semana y dos veces al mes aproximadamente) y finalmente 3 sujetos informaron un nivel de frecuencia de contacto bajo, coincidente con adultos mayores de menor tiempo de residencia en Mar del Plata (Ver tabla 14).

Tabla 14. Nivel de frecuencia de contacto de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	3	3,0	3,0
Medio	41	41,0	44,0
Alto	56	56,0	100,0
Total	100	100,0	

4.1.4. Nivel de Suficiencia Total

El nivel de suficiencia total es un índice global de la red de apoyo que está compuesto por la sumatoria de las características estructurales, las funcionales y los atributos de los vínculos que la conforman. El valor mínimo fue de 9, mientras que el máximo fue de 18.

Se puede observar en la tabla 15 que sólo el 16% de la muestra obtuvo un nivel de suficiencia total alto, mientras que el 84% restante no poseía niveles satisfactorios en todos los aspectos y funciones inherentes a la red.

Tabla 15. Nivel de suficiencia total de las redes de apoyo social de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	10	10,0	10,0
Medio	74	74,0	84,0
Alto	16	16,0	100,0
Total	100	100,0	

4.2. Características del Capital Psíquico (CAPPSI)

Respecto a las categorías Capacidades Cognitivas, Capacidades Emocionales, Habilidades Cívicas, Capacidades Vinculares y Sistemas de Valores que componen el Capital Psíquico Total, se puede observar una amplia concentración en el valor medio (Ver tablas 16, 17, 18, 19 y 20).

Tabla 16. Capacidades cognitivas del CAPPSI de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	19	19,0	19,0
Medio	57	57,0	76,0
Alto	24	24,0	100,0
Total	100	100,0	

Tabla 17. Capacidades emocionales del CAPPSI de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	22	22,0	22,0
Medio	51	51,0	73,0
Alto	27	27,0	100,0
Total	100	100,0	



Tabla 18. Habilidades cívicas del CAPPPI de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	28	28,0	28,0
Medio	43	43,0	71,0
Alto	29	29,0	100,0
Total	100	100,0	

Tabla 19. Capacidades para establecer vínculos del CAPPPI de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	18	18,0	18,0
Medio	63	63,0	81,0
Alto	19	19,0	100,0
Total	100	100,0	

Tabla 20. Sistema de valores del CAPPPI de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

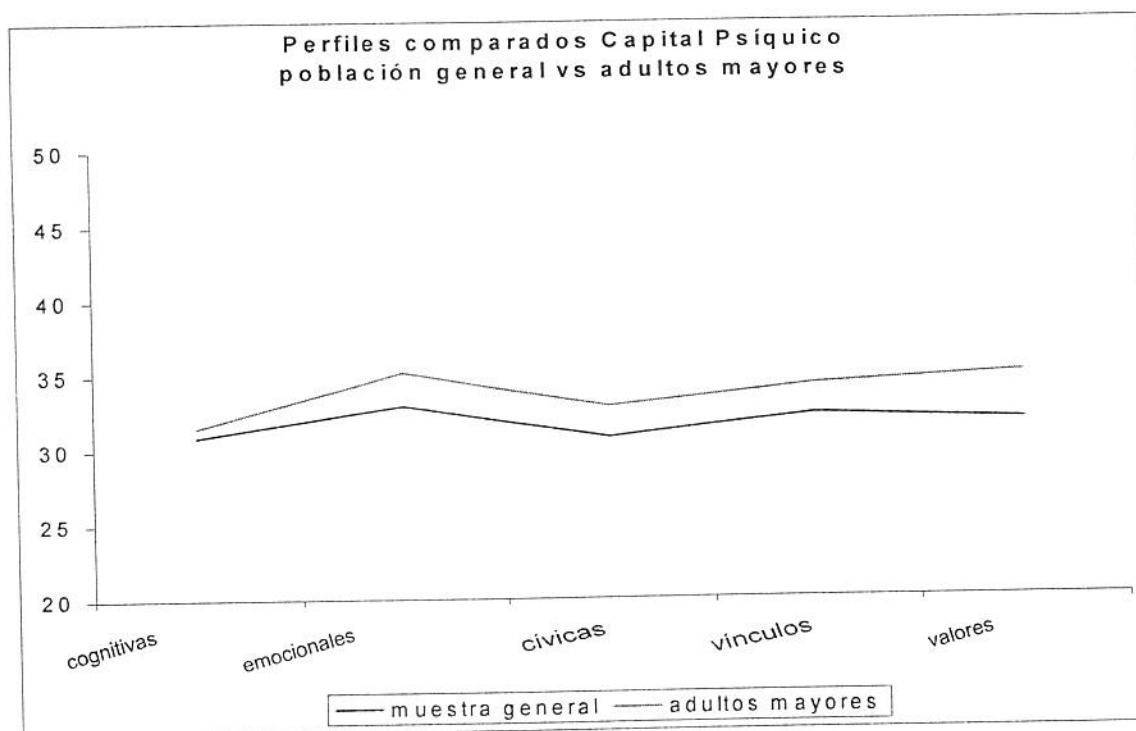
	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	18	18,0	18,0
Medio	69	69,0	87,0
Alto	13	13,0	100,0
Total	100	100,0	

Compatible con las distribuciones obtenidas para cada una de las dimensiones del Capital Psíquico, las puntuaciones del Capital Psíquico Total presentan una tendencia similar. (Ver tabla 21).

Tabla 21. Capital Psíquico Total de los adultos mayores entrevistados, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Año 2007.

	N	%	Porcentaje acum.
Bajo	21	21,0	21,0
Medio	63	63,0	84,0
Alto	16	16,0	100,0
Total	100	100,0	

A modo ilustrativo se presentan a continuación los perfiles comparados entre el Capital Psíquico en adultos mayores del presente estudio y los datos normativos disponibles en población general para la ciudad de Mar del Plata, según la muestra del trabajo de investigación de Castañeiras, Posada (2006).



Muestra población general, datos normativos disponibles para Mar del Plata:

N = 500

Edad 36,26 años \pm 13,58

55,3% mujeres; 44,7% hombres

Capítulo 5.

5.1. Relaciones entre Nivel de Suficiencia Total de las redes -NST- y Dimensiones del Capital Psíquico.

En las siguientes tablas se exponen las relaciones entre el nivel de suficiencia total de las redes (NST) y las dimensiones del CAPPPI. Si bien luego de aplicar la prueba estadística de χ^2 , los resultados hallados no son estadísticamente significativos y plantean empíricamente en esta muestra la independencia de estas medidas, se pudo observar una tendencia general hacia valores medios en las variables analizadas. Por lo tanto, resulta de particular interés analizar los resultados desde el punto de vista teórico.

Al tomar en cuenta la relación entre el NST de las redes y la dimensión de capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento del CAPPPI, se observó que sólo un 10% de los sujetos con un NST bajo tuvo capacidades cognitivas bajas. Del mismo modo, se encuentra sólo un 12,5% en el NST alto relacionado con el valor bajo de dichas capacidades (Ver tabla 22).

Como se puede ver en la tabla 23, en relación a la variable capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos, se vio que del total de los casos con un NST alto, un 43,8% (7 de 16 sujetos) obtuvo un puntaje alto en dicha dimensión del CAPPPI.

Tabla 22. Capacidades Cognitivas de CAPPPI según Nivel de Suficiencia Total de las redes de apoyo social en adultos mayores, residentes en la ciudad de Mar del Plata. 2007.

		Capacidades Cognitivas						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
NST	Bajo	1	10,0	7	70,0	2	20,0	10	100,0
	Med	16	21,6	39	52,7	19	25,7	74	100,0
	Alto	2	12,5	11	68,8	3	18,8	16	100,0
Total		19	19,0	57	57,0	24	24,0	100	100,0

Tabla 23. Capacidades Emocionales de CAPPPI según Nivel de Suficiencia Total de las redes de apoyo social en adultos mayores, residentes en la ciudad de Mar del Plata. 2007.

		Capacidades Emocionales						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
NST	Bajo	2	20,0	5	50,0	3	30,0	10	100,0
	Med	17	23,0	40	54,1	17	23,0	74	100,0
	Alto	3	18,8	6	37,5	7	43,8	16	100,0
Total		22	22,0	51	51,0	27	27,0	100	100,0

Al tomar en cuenta el NST bajo en la variable habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana de las redes, se puede observar que la mayoría de estos sujetos obtuvo un alto puntaje (60%) y se ubicó por encima del resto de los cruces entre ambas variables (Ver tabla 24).

Tabla 24. Habilidades Cívicas de CAPPSt según Nivel de Suficiencia Total de las redes de apoyo social en adultos mayores, residentes en la ciudad de Mar del Plata. 2007.

		Habilidades Cívicas						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
NST	Bajo	3	30,0	1	10,0	6	60,0	10	100,0
	Med	21	28,4	34	45,9	19	25,7	74	100,0
	Alto	4	25,0	8	50,0	4	25,0	16	100,0
Total		28	28,0	43	43,0	29	29,0	100	100,0

Respecto de las capacidades para establecer vínculos interpersonales según el NST, se obtuvo un 25% de casos dentro del NST alto que también tenía un nivel de dichas capacidades alto. En el mismo sentido, un 10% de los sujetos del NST bajo se ubicó en el nivel bajo de la variable capacidades vinculares (Ver tabla 25).

Tabla 25. Capacidades Vinculares de CAPPsi según Nivel de Suficiencia Total de las redes de apoyo social en adultos mayores, residentes en la ciudad de Mar del Plata. 2007.

		Capacidades Vinculares						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
NST	Bajo	1	10,0	8	80,0	1	10,0	10	100,0
	Med	15	20,3	45	60,8	14	18,9	74	100,0
	Alto	2	12,5	10	62,5	4	25,0	16	100,0
Total		18	18,0	63	63,0	19	19,0	100	100,0

Como puede observarse en la tabla 26, la relación entre el NST y el sistema de valores como metas que orientan los comportamientos, arrojó los siguientes resultados: Dentro del NST bajo, el 90% se ubicó en torno al valor medio de la variable dependiente, el 10% restante compuesto por un solo caso lo hizo en el valor bajo y no se halló ningún sujeto con un NST bajo y un sistema de valores alto. Por otra parte, en el NST alto un 25% de los sujetos se ubicó en el valor alto de la dimensión sistema de valores del CAPPsi.

Tabla 26. Sistema de Valores de CAPPSSI según Nivel de Suficiencia Total de las redes de apoyo social en adultos mayores, residentes en la ciudad de Mar del Plata. 2007.

		Sistema de Valores						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
NST	Bajo	1	10,0	9	90,0	0	0,0	10	100,0
	Med	14	18,9	51	68,9	9	12,2	74	100,0
	Alto	3	18,8	9	56,3	4	25,0	16	100,0
Total		18	18,0	69	69,0	13	13,0	100	100,0

5.2. Relación entre Nivel de Suficiencia Total de las redes -NST- y Capital Psíquico Total.

Al tomar en cuenta estas dos variables, como también se mencionó en el apartado 5.1., no se halló una relación estadísticamente significativa en los resultados obtenidos. Sin embargo como datos relevantes se pueden destacar que el 25% de los sujetos en el NST alto tuvo un CAPPSSI total alto y el 12,5% compuesto por 2 sujetos del NST alto se correspondió con un CAPPSSI total bajo (Ver tabla 27).

Tabla 27. Capital Psíquico Total según Nivel de Suficiencia Total de las redes de apoyo social en adultos mayores, residentes en la ciudad de Mar del Plata. 2007.

		Capital Psíquico Total						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
NST	Bajo	2	20,0	6	60,0	2	20,0	10	100,0
	Med	17	23,0	47	63,5	10	13,5	74	100,0
	Alto	2	12,5	10	62,5	4	25,0	16	100,0
Total		21	21,0	63	63,0	16	16,0	100	100,0



Parte IV

Discusión

Discusión

El presente estudio exploratorio plantea un acercamiento desde el marco teórico de la Psicología Positiva al estudio de los adultos mayores y en particular en relación a sus capacidades de formar redes de apoyo social. Los desarrollos teóricos hallados en la bibliografía sobre el Capital Psíquico se basan en sujetos adultos jóvenes (Casullo, 2006), sin haber hasta el momento datos específicos sobre la franja etárea que se trabaja en la presente investigación.

En relación al primer objetivo específico de evaluar el capital psíquico en los recursos cognitivos, afectivos, psicosociales y valorativos, cabe aclarar que los sujetos de la muestra estudiada presentaron una tendencia homogénea en sus puntuaciones en Capital Psíquico, representada por valores moderados en todas sus dimensiones. Puede pensarse entonces en una cierta capacidad de resiliencia, es decir que las personas entrevistadas cuentan con recursos potenciales y efectivos para afrontar situaciones problemáticas. Vera (2004) propone factores protectores que promueven comportamientos resilientes, y pueden agruparse en tres categorías: los atributos personales, los apoyos del sistema familiar y aquellos provenientes de la comunidad. Entre los mencionados atributos personales se puede pensar al Capital Psíquico como un constructo que posibilita, en este caso a los adultos mayores, afrontar las situaciones de crisis a las que se vean expuestos.

En cuanto al segundo objetivo, el cual evalúa la red de apoyo social en sus características estructurales (tamaño, distribución y densidad), funcionales y de atributos de los vínculos (multidimensionalidad, intimidad, frecuencia y

reciprocidad), se encontró que las redes fueron en general de tamaño, distribución, funcionalidad y multidimensionalidad baja por un lado, y una densidad, intimidad y frecuencia de contacto alta por otro. Estos resultados en cuanto al tamaño, distribución, funcionalidad y multidimensionalidad, podrían interpretarse por la disrupción que sufre la red social del adulto durante la vejez y la consecuente merma en los recursos de ayuda disponibles, "el alejamiento de gran parte de las relaciones sociales, la muerte de familiares y de amigos y la pérdida de roles significativos producen disrupciones en la red social" (Sluzki, 1996). Sin embargo, los valores altos en densidad, intimidad y frecuencia de contacto, se explicarían por los tipos de vínculos que conformaban las redes, mayoritariamente familiares y amigos íntimos. En este sentido se comprueba lo manifestado por Requena Santos (1996) respecto de lo que conceptualiza como "núcleo central de la red", que hace referencia a los vínculos más íntimos y está conformado por aquellas personas más significativas para el informante. En cuanto a la reciprocidad se pudo observar que casi la totalidad de los casos refería tener vínculos en los que daba y recibía apoyo por igual, lo cual condice con el grado de intimidad y frecuencia de contacto de dichas relaciones.

Los objetivos específicos planteados con el fin de identificar las relaciones entre el nivel de suficiencia de las redes y las diferentes dimensiones del Capital Psíquico entendidas como las capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento, las capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos, las habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana, las capacidades para establecer vínculos interpersonales y los sistemas de valores como metas que orientan los comportamientos, determinaron un agrupamiento homogéneo de la muestra

en torno a los valores medios, sin hallarse relaciones estadísticamente significativas en los resultados obtenidos al cruzar dichas variables. Sin embargo, como plantea Sluzki (1996), las redes sociales no son estáticas, sino que poseen características de sistemas abiertos, por lo cual se encuentran en un proceso dinámico de construcción y reconstrucción permanente. Si bien existe evidencia que señala que las personas de más edad tienen mayores posibilidades respecto a otros grupos de edad, de perder relaciones sociales de apoyo debido tanto a sucesos que frecuentemente ocurren a estas edades (jubilación, viudez, institucionalización, etc) como a características personales (estado de salud o bajo nivel de recursos educativos) (Guzmán, J; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V., 2005).

De este modo puede pensarse que a partir de una red con un nivel de suficiencia bajo una persona podría afrontar, por ejemplo, la disrupción de su red, al utilizar los recursos que posee según las funciones de su Capital Psíquico. Cabe destacar de acuerdo con lo mencionado la importancia del concepto de resiliencia. En este sentido Poseck (2006) afirma que parece una realidad confirmada por muchas personas que aún habiendo vivido una situación traumática han conseguido abordarla y seguir desarrollándose y viviendo, incluso en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados.

Como se plantea en diversos estudios realizados en países culturalmente distintos, es escaso el sector de adultos mayores que no cuenta con alguna persona que le preste ayuda diaria, aún cuando hay diferencias en cuanto a quién se recurre. En general, tiende a pensarse que producto de las pérdidas sufridas, los adultos mayores cuentan con redes sociales integradas

por un número menor de miembros que los individuos más jóvenes (Minkler, 1985 en Fernández-Ballesteros et al., 1992). Lo que no implicaría sin embargo una suficiencia baja de estas redes, sino un tipo distinto de red social, donde cada miembro cumple funciones específicas y donde dichas relaciones son estables y consolidadas. Esto se refleja en los resultados a través de la alta densidad, la cual muestra la relación entre los distintos miembros de la red; la alta intimidad que implica vínculos estables y cercanos; y una alta frecuencia de contacto entre el sujeto y los miembros de la red.

En cuanto al objetivo general de identificar si existe relación entre el capital psíquico y la suficiencia de la red de apoyo social, no se halló una relación estadísticamente significativa entre Capital Psíquico y nivel de suficiencia de las redes de apoyo en la vejez. Esto implicaría que el Capital Psíquico de los diferentes sujetos entrevistados, no se ve afectado por las redes de apoyo social conformadas en la vejez. Así mismo el Capital Psíquico no determinaría cierto NST de las redes de apoyo social.

Se puede entonces retomar el concepto de resiliencia, por la relevancia que adquiere la interacción de un individuo con su contexto, como el proceso mediante el cual se desarrollan las capacidades que le posibiliten generar formas más saludables de enfrentar situaciones propias de la vejez. En este sentido ha quedado demostrado a través de distintas investigaciones que no se nace resiliente ni se adquiere de forma natural, sino que depende de la interacción de la persona y su entorno humano (Vera, 2004). De acuerdo con Antonovsky (1988, 1990) "las características del contexto social y cultural donde la persona reside, trabaja, tiene sus redes de apoyo y se ha socializado,

deben considerarse al igual que el estudio de las capacidades y fortalezas individuales”.

Es por esto que se considera importante al trabajar con esta población evaluar tanto las características de las redes de apoyo social que conforman, como así también las mencionadas capacidades y fortalezas de cada Capital Psíquico individual. Al respecto, los datos obtenidos no son concluyentes para abarcar las distintas variables que se han tenido en cuenta, por lo tanto se considera conveniente realizar nuevos estudios y seguir investigando sobre las posibles relaciones entre dichas variables, y probablemente en esta línea sea recomendable trabajar con muestras más amplias y de distinta naturaleza en cuanto a condiciones vitales de los adultos mayores, como por ejemplo personas institucionalizadas vs. no institucionalizadas.

Como contrariamente a lo esperado, no se hallaron relaciones estadísticamente significativas, podría pensarse que las experiencias vividas, las dificultades y crisis superadas a lo largo de la trayectoria vital, fortalecen el Capital Psíquico de modo tal que los adultos mayores presentan en su mayoría niveles medios o elevados en todas sus dimensiones. Al respecto sería necesario efectuar investigaciones que pudieran comparar el Capital Psíquico en adultos jóvenes y adultos mayores, para avanzar en el conocimiento acerca de este constructo, como así también de sus fluctuaciones o estabilidad.

Al retomar la línea de pensamiento anterior, podría plantearse por qué el Capital Psíquico y la red de apoyo social son independientes. Se piensa en consecuencia, que las variaciones en la red de apoyo no se corresponden con variaciones en el Capital psíquico porque este último constructo resulta más estable durante la vejez a diferencia de la red de apoyo social que sufre

diversas modificaciones y interrupciones durante esta etapa vital. En este sentido sería apropiado desarrollar investigaciones planteadas desde diseños longitudinales que pudieran testear estos presupuestos.

Para concluir, a pesar de las limitaciones propias del presente estudio, relacionadas con las características de la muestra, la falta de desarrollos teóricos previos respecto al Capital Psíquico y por tratarse de un estudio pionero, creemos que las conclusiones obtenidas aportan datos novedosos que propician futuras líneas de investigación en relación a la franja etárea con la que se ha trabajado.

Bibliografía

5. Bibliografía

ANTONOVSKY, A. (1988). Unraveling the Mystery Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass Published.

ANTONOVSKY, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In: Friedman H. (comp). Personality and disease. New York: John Wiley and sons.

ANTONUCCI, T. y AKIYAMA H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. Journal of Gerontology, vol. 42, Nº 5, Washington, D.C., The Gerontological Society of America.

AQUINO, J.; RUSSELL, D.; CUTRONA, C. y ALTMAIER, EE. (1996). Employment status, social supports, and life satisfaction among the elderly. Journal of counseling psychology, 43 (4). 480-489.

ARIAS, C. (2001). Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad. Tesis Magíster en Psicología Social, Mar del Plata, Universidad Nac. de Mar del Plata, inédito.

ARIAS, C. (2004). Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad. Mar del Plata. Ed. Suarez

CASULLO, M. (2000). Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico. Bs. As.: Ed. Lugar.

CASULLO, M. (2006). El capital psíquico. Aportes de la Psicología Positiva.

CONTINI de GONZALEZ, E. (2001). Hacia un cambio de paradigma: De la psicopatología al bienestar psicológico. Acta psiquiátrica psicológica de Am. Latina, 47 (4). 306-315.

CUADRA, H. y FLORENZANO, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Rev. de Psicología de la Univ. de Chile*, 12 (1), 83-96.

DABAS, E. (1993). Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Bs.As: Paidós.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1985). Hacia una vejez competente: Un desafío a la ciencia y a la sociedad. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (comps.), *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, Madurez y Senectud* (pp. 239-258). Madrid: Alianza Psicología.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R.; IZAL, M.; MONTORIO, I.; GONZALEZ, J.L. y DIAZ VEIGA, P. (1992). *Evaluación e Intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

FORSELL, Y. y WINBLAD, B. (1999) Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (5), 368-372.

FREDRICKSON, B. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention and Treatment*, vol. 3.

FREDRICKSON, B. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.

GRACIA FUSTER, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

GUZMÁN, J.; HUENCHUÁN, S. Y MONTES DE OCA, V. (2005). *Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual*. Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a las Personas Mayores: el Rol del Estado,

la Familia y la Comunidad, celebrada en diciembre de 2002 en la sede de la CEPAL en Santiago de Chile.

HENDERSON, N. Y MILSTEIN, M. (2003). Resiliencia en la escuela. Bs.As.: Paidós.

KOTLIARENCO, M., CACERES, I. y FONTECILLA, M. (1997). Estado del arte en resiliencia. Washington DC: OPS/OMS, Fundación W. K. Kellogg, CEANIM. Latinoamericana. México, D.F.: Editorial Miguel Ángel Porrúa.

LEVIT, M.; ANTONUCCI, T.; CLARK, M. Y ROTTON, J. (1986). Social support and well-being: preliminary indicators based on two samples of the elderly. *International journal of aging of human in development*, 21 (1), 61-77.

LINLEY, P. Y JOSEPH, S. (2004) *Positive psychology in practice*. New Jersey: Wiley.

LOMNITZ, L. (1994). *Redes social, cultura y poder: Ensayos de Antropología*

MELILLO, A. y SUAREZ OJEDA, E. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.* (comp.) Bs.As.: Paidós.

MELLA, R.; GONZALEZ, L.; D'APPOLONIO, J. *et al.* (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe*. [online], vol.13, no.1,p.79-89.

Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-2228.

MUCHINIK, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Bs. As: Belgrano.

NEWSOM, J. y SCHULTZ, R. (1996) Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*.

PEIRCE, R.; FRONE, N.; RUSSELL, M.; COOPER, M. y MUDAR, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression and alcohol use. Abstract from PubMed indexed for Medline.

PETERSON, C., SELIGMAN, M. y VAILLIANT, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.

PETERSON, C. Y SELIGMAN, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington DC: American Psychological Association.

POSECK, B. (2006). *Papeles del Psicólogo*. Vol. 27 (1) pp. 3-8.
<http://www.cop.es/papeles>

PRADA, E. (2005). *Psicología Positiva y Emociones Positivas*.

REQUENA SANTOS, F. (1996). *Redes sociales y cuestionarios*. Cuadernos Metodológicos 18. Madrid: Centro De Investigaciones Sociológicas.

SÁNCHEZ VIDAL, A.. (1996). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de Intervención*. Barcelona: EUB.

SELIGMAN, M. y CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). *Positive Psychology: An Introduction*. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

SELIGMAN, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/ Simon and Schuster.

SELIGMAN, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.

SELIGMAN, M., DUCKWORTH, L. y STEEN, T. (2005). *Positive Psychology in Clinical Practice*. *Annual Review, Clinical Psychology*.



SELIGMAN, M., STEEN, T., PARK, N., PETERSON, C. (2005) Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

SLUZKI, C. (1990). Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración. *Sistemas familiares*, 6 (2), 67-72.

SLUZKI, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Ed. Gedisa.

UCHINO, B.; CACIOPPO, J.; KIECOLT, J. (1996). Appraisal support predicts age-related differences in cardiovascular function in women. *Health psychology*, 14 (6), 556-562.

UNGER, J.; Mc AVAY, G.; BRUCE, M.; BERKMAN, L. y SEEMAN, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: Mc Arthur Studies of successful aging. *Journal of Gerontology Behavior Psychology and Social Sciences*.

USLANER, E. (2003). *The moral foundation of trust*. Cambridge: Cambridge University Press.

VEGA, J. L. y BUENO, M. B. (1994). Los programas intergeneracionales. En J. Buendía (comp), *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (pp. 399-409). Madrid: Ed Siglo XXI.

VERA, B. (2004). Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. *Rev. de Psicología Positiva*, 1.

Anexo

DATOS PERSONALES

Lugar de la entrevista.....

Reside en Mar del Plata?.....Desde cuándo?.....

Sexo: M – F Edad..... Ocupación..... Trabaja? SI – NO

Estado Civil:

Soltero	
Viudo	
Divorciado	
Casado/En pareja	
Separado	

Con quién vive?.....

Nivel educativo:

Primario incompleto	
Primario completo	
Secundario incompleto	
Secundario completo	
Terciario incompleto	
Terciario completo	
Universitario incompleto	
Universitario completo	

Escala CAPPSI
Martina Casullo. UBA.. CONICET. 2006.

Leer las frases siguientes. Responder marcando con una cruz una de las tres opciones, elegir la que a su criterio describe mejor cómo es Ud.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1) Soy creativo/a, hago cosas novedosas.			
2) Soy una persona curiosa.			
3) Me gusta aprender cosas nuevas.			
4) Sorprendo a mis amigos por ser alguien original.			
5) Quiero lograr entender por qué las cosas son como son.			
6) Aprender algo nuevo me hace sentir bien.			
7) Trato de comprender qué sentido tiene lo que estoy haciendo.			
8) Soy moderado/a, evito situaciones extremas.			
9) Digo en público lo que realmente pienso y siento.			
10) Si me interesa, persisto en lo que estoy haciendo, corrijo errores.			
11) Soy sincero/a, me desagrada mentir.			
12) Supero momentos de desaliento.			
13) Me gusta ser como soy, con mis virtudes y defectos.			
14) Me esfuerzo en resolver las dificultades que pueda tener.			
15) No soy mejor ni peor que las demás personas.			
16) Resuelvo y analizo mis problemas para sentirme mejor.			
17) Tengo liderazgo, me perciben como líder.			
18) Defiendo los valores del grupo al que pertenezco.			
19) Oriento y guío a personas y grupos.			
20) Cumplo con mis obligaciones, soy responsable.			
21) Si me comprometo a hacer una cosa, lo cumplo.			
22) Soy prudente, puedo controlarme.			
23) Defiendo las causas que realmente me interesan.			
24) Aunque no esté de acuerdo, cumplo con reglamentos y normas.			
25) Entiendo mis emociones y puedo controlarlas.			
26) Siento afecto por mi familia.			
27) Entiendo lo que sienten las demás personas.			
28) Amo y me siento querido/a.			
29) Me río, tengo sentido del humor.			
30) Ayudo a quienes lo necesitan.			
31) Hago bromas y no me molesta que me las hagan a mí.			
32) Me relaciono con facilidad con otras personas.			
33) Considero que soy un buen ciudadano/a.			
34) Puedo perdonar a quien me lastima u ofende.			
35) Soy una persona justa. Que haya justicia es importante para mí.			
36) Evito buscar venganzas o revanchas.			
37) Doy las gracias a quien me ayuda.			
38) Doy importancia a mi vida espiritual.			
39) Valoro lo que tengo, soy agradecido/a.			
40) Creo que existe un mundo diferente más allá de la muerte.			

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE FUENTES DE APOYO SOCIAL

Vaux y Harrison. 1985 ¹

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus relaciones sociales, sobre sus relaciones con familiares y amigos. En primer lugar quisiéramos conocer algo sobre la gente que es importante para Ud. con respecto a ciertos aspectos concretos como son:

1. Las personas que le proporcionan apoyo emocional
2. Las personas con las que Ud. se relaciona socialmente
3. Las personas que le ayudan con problemas prácticos
4. Las personas que le ayudan económicamente
5. Las personas que le proporcionan consejo y guía

A continuación Ud. tiene que escribir el nombre y apellido de las personas que son más importantes para Ud. en relación a cada uno de los cinco aspectos anteriormente señalados. Naturalmente alguna de las personas que Ud. mencione pueden ser importantes para Ud. con respecto a dos o más de tales aspectos (por ejemplo, puede haber una persona que sea importante para Ud. en relación al apoyo emocional y también al apoyo económico). Cuando esto ocurra, Ud. debe señalar a esta persona o personas en cada uno de los aspectos en los que ella es importante para Ud.

POR FAVOR SEÑALE A CONTINUACIÓN LAS PERSONAS QUE SON MAS IMPORTANTES PARA UD EN RELACIÓN A CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS.

1.APOYO EMOCIONAL

Nombre a las personas que son más importantes para Ud. a la hora de necesitar apoyo emocional. Para que le resulte más fácil pensar en estas personas, puede hacerse a sí mismo estas preguntas: Quiénes son las personas que lo reconfortan o calman cuando Ud. está molesto o enojado? Con respecto a qué personas se siente Ud. cercano? Con qué personas se siente confiado y habla de sus sentimientos personales?

.....
.....
.....
.....
.....

¹ Con las modificaciones realizadas en Arias, C. (2001) Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad. Tesis Magíster en Psicología Social, Mar del Plata, Universidad Nac. de Mar del Plata, inédito.

2. RELACIONES SOCIALES

Ahora indique las 10 personas con las cuales Ud. más se relaciona socialmente. Para ayudarle a pensar en ellas Ud. puede hacerse estas preguntas: A quién visita Ud. a su casa? A quién invita Ud. a que lo visite en su casa? Con quién hace Ud. actividades divertidas como ir al cine, ir a comer, ir a tomar algo, pasear?

.....
.....
.....
.....
.....

3. AYUDA PRACTICA

Indique las personas que más le ayudan en situaciones de resolver problemas prácticos. Para ayudarle a pensar en estas personas, puede preguntarse las siguientes cuestiones: A quién le pediría Ud. que le ayude a trasladar algo o hacer alguna tarea que requiera ayuda extra? A quién recurriría Ud. para que le cuide la casa, los niños, sus animales o plantas cuando lo necesita? A quién le pide prestado cosas como herramientas, electrodomésticos u otros aparatos, el coche u otras cosas?

.....
.....
.....
.....
.....

4. AYUDA FINANCIERA

Ahora ponga los nombres de las personas que le ayudan con sus problemas económicos o que le ayudarían si Ud. lo necesitase. Para ayudarle a pensar en estas personas puede hacerse estas preguntas: A quién le pediría dinero prestado como por ejemplo, el equivalente del dinero del alquiler del mes o el dinero de la hipoteca? Quién le compra cosas (como comida, ropa u otros objetos) cuando Ud. no tiene dinero?

.....
.....
.....
.....
.....

5. CONSEJO/ GUIA

Indique ahora las personas a las que Ud. pide o pediría consejo. Para facilitarle pensar en estas personas, puede hacerse las siguientes preguntas: Con quién habla Ud. cuando no está seguro de lo que tiene que hacer? Con quién habla Ud. cuando se siente confundido? Quién le suele proporcionar información útil o importante?

.....
.....
.....
.....
.....

Ahora que ya ha indicado quiénes son las personas más importantes para Ud. en relación a estos cinco aspectos, nos gustaría preguntarle algunas cuestiones sobre cada una de estas personas de su red social. A continuación presentamos estas preguntas con las respuestas que Ud. puede elegir en cada una de ellas. Son 7 preguntas a las que Ud. debería responder en la hoja de respuestas que aparece al final escribiendo en la casilla correspondiente el número que indique la respuesta que es más adecuada para cada una de estas personas con respecto a cada una de estas 7 preguntas. Si Ud. ha mencionado a una misma persona varias veces, conteste sólo una vez a las preguntas en relación a esa persona.

POR FAVOR, CONTESTE A CADA UNA DE LAS 7 PREGUNTAS SELECCIONANDO SUS RESPUESTAS SEGÚN LOS SIGUIENTES CRITERIOS.

A. FRECUENCIA

Con qué frecuencia habla Ud. con cada una de esas personas, bien sea directamente o por teléfono?

1. Casi todos los días
2. Alrededor de dos veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Alrededor de dos veces al mes
5. Alrededor de una vez al mes o menos

B. CERCANIA

En qué grado se siente Ud. próximo (con confianza) con cada una de esas personas?

1. Nada o muy poco
2. Bastante cercano
3. Muy cercano
4. Extremadamente cercano

C. EQUILIBRIO

Cree Ud. que existe un equilibrio en la relación con cada una de esas personas? Nos referimos a en qué medida Ud. da y recibe en esta relación.

1. Yo doy mucho más de lo que recibo
2. Yo doy más de lo que recibo
3. Damos y recibimos por igual
4. Yo recibo más de lo que doy
5. Recibo mucho más de lo que doy

D. RELACION

Cuál es la naturaleza de la relación que Ud. tiene con cada una de éstas personas? Indique si se trata de su marido/ esposa o pareja, de un familiar inmediato (padre, madre, hermano, hijo, etc) de un familiar extenso (primo, tío, suegro, cuñado, etc) de un compañero sexual, de un amigo, de un compañero de una actividad, conocido, vecino, etc.

E. SEXO

Es cada una de estas personas de su mismo sexo?

1. SI
2. NO

F. QUIEN CONOCE A QUIEN

Nos gustaría saber qué personas de las que Ud. ha mencionado en su lista se conocen entre ellas. Por conocer nos referimos a algo más que saber su nombre, a que exista entre ellas algún tipo de relación. Empezando por la primera persona de su lista, indique las personas de la lista que esta conoce, poniendo en la casilla correspondiente los números asignados a esas personas.

G. CIUDAD EN LA QUE RESIDE

Finalmente nos gustaría saber en qué lugar viven las personas que Ud. ha nombrado. Por esto le pedimos que en último casillero escriba el nombre de la ciudad en que cada una de ellas vive actualmente.

Nombre	A. Frecuenc.	B. Cercanía	C. Equilibr.	D. Relacion	E. Sexo	F. Quien conoce a quien?	G. Ciudad en la que reside
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							
37.							
38.							
39.							