

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**“EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL EN UNA MUESTRA DE ADULTAS
MAYORES QUE PARTICIPAN EN ORGANIZACIONES DE
TERCERA EDAD EN LA COMUNA DE QUILLOTA”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
Y AL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

HUMBERTO CARMONA BUSTAMANTE Y DANIELA ROJAS FIGUEROA

PROFESORA PATROCINANTE

MARÍA ELENA VALDOVINOIT

VIÑA DEL MAR, CHILE

NOVIEMBRE DEL 2000

matr.: 53592 Reg. 1711 c.1

Dedicada a mis padres Zunilda y Alejandro.

A mis abuelas Hilda y Armida.

AGRADECIMIENTOS

Siguiendo el mismo sentido de este estudio, queremos señalar a aquellas personas que nos brindaron apoyo, en cualquiera de sus formas, durante este arduo proceso.

En primer lugar, quisiéramos agradecer a las protagonistas de esta investigación: las adultas mayores pertenecientes a los clubes El Olivo, El Atardecer de San Pedro, Martita Larraechea de Freí y San Pedro, que colaboraron con gran entusiasmo en este estudio y nos acogieron desde un principio.

Además queremos destacar el gran apoyo que nos ha brindado nuestra profesora guía, María Elena Valdovinoitt, para poder llevar a cabo esta investigación, quien confió en la relevancia de nuestro estudio y vió más allá de los obstáculos, alentándonos por los hallazgos que poco a poco íbamos descubriendo y dando sugerencias que nos facilitaron el trabajo.

De la misma forma, deseamos agradecer al profesor Fernando Lobos por la atención que nos brindó y por las valiosas y gratificantes reflexiones que tuvimos con él, las cuales nos sirvieron para lograr un mayor aprendizaje y nos reforzaron los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la investigación y los años de estudio.

De manera especial queremos agradecer a la Casa del Adulto Mayor de Quillota, en particular a la coordinadora de esta institución, Lorena Pérez, por la inmensa acogida, preocupación y dedicación, a la vez de facilitarnos todos los recursos posibles y el acceso a las adultas mayores que participaron en nuestra tesis.

Otro agradecimiento importante es para nuestro amigo Boris Valdenegro quien nos orientó en el difícil trabajo del análisis de los resultados. Gracias por tu desinteresada ayuda.

Nos parece importantísimo destacar todo el apoyo brindado por nuestras familias, ya que gracias a ellas hemos llegado hasta acá y cumplido esta etapa. Especialmente agradecer a la abuela Armida por habernos abierto las puertas de su hogar y regalarnos con sus exquisitas comidas. A la tía Yoya, por la enorme confianza y el apoyo entregado. Al Ro, por la paciencia de aguantarnos en su pieza, ocupándole el computador, robándole horas de estudio y teniendo que presenciar nuestras acaloradas discusiones. Gracias al Andrés por el apoyo tecnológico, a Andrés Rojas papá por facilitarnos las tareas más concretas del trabajo, a la abuela Hilda, la brujita, la tía Tere, y la Flavia, por su cariño y sobretodo por el orgullo que demuestran por lo que hemos llegado a ser y hacer. Y muchas gracias también a la familia Carmona Bustamante, la Zuny, el tata, Jorge, Eve, Dani, Javi, Karlita, Marco y Benja, por entregarnos su incondicional apoyo y cariño, en particular por contagiarnos con la tranquilidad de sentir que estamos haciendo bien las cosas.

A nuestros amigos, la Vivi, David, Carola, Xime, Sandra y Miguel, machungo y machunga, Erwin, que de diversas formas, todas ellas importantes, nos ayudaron a obtener fortaleza, seguridad y confianza.

Agradecimientos Personales

Quisiera hacer un especial agradecimiento a toda mi familia, ya que sin el apoyo de ustedes me habría sido mucho más difícil realizar toda esta labor. Muchas gracias a todos por la enorme confianza que me brindan.

Gracias mamá, por ser mi mamá, por tu incondicional cariño y por estar siempre presente en mi vida. Porque sé lo importante que es para ti todo esto, no me es difícil pensar, que también es logro tuyo.

Gracias papá por tener la posibilidad de estar más cerca de ti y de poder también compartir este logro contigo.

A mi hermano Dani, que de la distancia y gracias a ella nos hemos unido más que nunca, gracias por tu cariño.

Al Jorge, quien contemplativo y hasta prudente, siempre me ha seguido en todo este proceso. Gracias por el apoyo y cariño que brindan todos tus gestos.

A mi hermana Eve y mi cuñado Marco, gracias por el desinteresado cariño y preocupación.

A mis sobrinitos: Gracias por todo, en especial, por aprender de sus gestos la importancia del cariño. A la Javi, gracias por tu delicado y profundo cariño, y por la compañía de hermana menor. A la Karlita, gracias por existir y por hacer notar tu presencia y cariño. Al Benja, gracias por tu cariño que me demuestras de tu singular manera.

Quiero hacer un agradecimiento importante a mi compañera de tesis y pareja. Gracias Daniela por confiar en mí, por tu enorme apoyo y amor, por las incontadas oportunidades en las que tuviste que tener mucha paciencia y en especial, quisiera disculparme por aquellas ocasiones en que pudiste sentirte sola, molesta o triste. Te quiero mucho.

Por último, quisiera agradecer a mi amiga Marcela Olavarría que desde la lejanía me hizo llegar su cariño y apoyo. A mi amiga Vivi, por tener la oportunidad de contigo crecer como persona y de compartir espacios que llenan el corazón: “aquellos que son los

imprescindibles.”. A mi amigo David, por ser parte de mi familia, y por ser mi compañero y amigo.

Humberto.

Simplemente quiero dar gracias a todas esas personas que siempre han estado conmigo de uno u otro modo. Creo que todas ellas aparecen en las páginas anteriores... me falta agregar a mi chica Feny, la Flavi y Alonsito, que siempre me animaron con su inocencia y ternura; y mi amiga Vero, con quien siempre pude contar.

Quiero dar un gracias especial a mis padres, ya que por ellos estoy aquí. Ambos me entregaron herramientas para enfrentar la vida, me han apoyado en todo lo que he emprendido y sé que se han esforzado por hacerme feliz. Los quiero mucho.

Por último, este trabajo se lo he dedicado a mis dos abuelas, a quienes tengo la suerte de tener a mi lado. Ambas son mujeres de esfuerzo y con un gran corazón, a quienes admiro y quiero muchísimo. Las dos también han estado en los momentos más importantes de mi vida, una durante mi infancia, la otra durante mi período de transición en la adolescencia.

Daniela.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	i
TABLA DE CONTENIDOS.....	v
LISTA DE TABLAS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN.....	x

Cap.		Pág.
1	INTRODUCCIÓN.....	1
	1. Introducción.....	1
	2. Definición del Problema.....	2
	3. Objetivos de la Investigación.....	4
	4. Hipótesis de la Investigación.....	5
	5. Relevancia de la Investigación.....	6
2	ANTECEDENTES GENERALES.....	8
	1. Situación del Adulto Mayor en Chile.....	8
	2. Casa del Adulto Mayor de Quillota.....	25
3	MARCO TEÓRICO.....	27
	1. Envejecimiento.....	27
	2. Salud Mental.....	41
	3. Apoyo Social.....	51
	4. El Apoyo Social en la Tercera Edad.....	74
	5. Consideraciones de la Perspectiva de Género para la Lectura del Estudio.....	82

Cap.		Pág.
4	METODOLOGÍA.....	89
	1. Diseño de Investigación.....	89
	2. Definición de las Variables.....	89
	3. Población del Estudio.....	91
	4. Selección de la Muestra.....	91
	5. Procedimiento.....	92
	6. Análisis de los Datos.....	94
	7. Técnica de Recolección de Información.....	94
5	RESULTADOS.....	97
	1. Análisis de Confiabilidad de los Resultados.....	97
	2. Descripción de la Muestra.....	99
	3. Análisis de las Variables de Investigación.....	107
	4. Agentes proveedores de Apoyo.....	110
6	DISCUSIÓN.....	111
	REFERENCIAS.....	120
	APÉNDICES.....	127
	Apéndice A: Encuesta.....	128
	Apéndice B: Cuestionario de Apoyo Social Comunitario.....	130
	Apéndice C: Cuestionario de Apoyo Social Percibido.....	132
	Apéndice D: Organizaciones de Adultos Mayores de Quillota.....	134

LISTA DE TABLAS

TABLA		PÁG.
1	Modificaciones en el tamaño y la composición por edades de la población chilena.....	10
2	Aumento de la población adulta mayor en Chile.....	11
3	Población de 60 años y más, según edades. Censos 1960, 1982, 1992....	11
4	Esperanza de vida a los 60, según sexo.....	12
5	Estado civil de la población adulta mayor, según sexo.....	14
6	Población adulta mayor según zona de residencia.....	20
7	Distribución de las edades al interior de la P.A.M. de la quinta región...	21
8	Distribución de las edades al interior de la P.A.M. de Quillota.....	23
9	Estado civil de la P.A.M. de Quillota.....	23
10	Nivel de alfabetismo en Quillota.....	24
11	Situación de pobreza de la población total de Quillota.....	24
12	Contenidos actuales del proceso de envejecer en Chile.....	39
13	Tramos de edad/ Totalidad de la muestra/ Zona de residencia.....	99
14	Estado civil de la muestra.....	100
15	Estado civil/ Zona de residencia/ Tramos de edad.....	101
16	Convivencia de hogar.....	101
17	Adultas mayores que viven acompañadas.....	102

TABLA	PÁG.
18 Convivencia de hogar/ Zona de residencia/ Tramos de edad.....	103
19 Convivencia de Hogar según Estado Civil.....	103
20 Nivel de escolaridad/ Totalidad de la muestra/ Zona de residencia.....	104
21 Distribución de los ingresos de la muestra.....	105
22 Participación de la muestra en otras organizaciones.....	106
23 Prueba T para las escalas de los cuestionarios por zona de residencia.....	107
24 Prueba T para las escalas de los cuestionarios por tramos de edad.....	108
25 Prueba T para las escalas de los cuestionarios por estado civil (casadas – viudas).....	109
26 Agentes percibidos como proveedores de apoyo por la muestra.....	110

LISTA DE FIGURAS

TABLA		PÁG.
1	Modelo del Efecto Principal del Apoyo Social.....	67
2	Modelo del Efecto “Buffer” del Apoyo Social.....	68
3	Intervención del efecto “Buffer” del Apoyo Social en la cadena de estrés- psicopatología.....	68

RESUMEN

Este es un estudio comparativo de tipo transversal, no experimental, que describe y evalúa el apoyo social, en sus dimensiones funcional y estructural, en una muestra de mujeres de 60 años o más, de bajos recursos, que participan en organizaciones comunitarias de tercera edad de la Comuna de Quillota. Para investigar la variable de estudio se utilizaron los cuestionarios de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero y Musitu, 1996) y de Apoyo Social Comunitario (Gracia, Herrero y Musitu, 1996). El análisis de los resultados se llevó a cabo mediante la prueba t de student, comparando las medias entre grupos según zona de residencia, edad y estado civil.

Los resultados no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en el Cuestionario de Apoyo Social Comunitario, y se encontró una diferencia significativa en el Cuestionario de Apoyo Social Percibido, entre el grupo urbano y el grupo rural.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La adultez mayor es un tema emergente en esta época, donde la mayoría de los países están experimentando un proceso sostenido de transición demográfica, que implica el envejecimiento paulatino de la población. Esta situación requiere un mayor conocimiento, análisis y comprensión de los procesos que rodean esta etapa, con el propósito de desarrollar políticas y programas dirigidos a promover el bienestar de los adultos mayores.

La tercera edad se caracteriza por una serie de cambios que ocurren tanto en la esfera individual como social. Por un lado, el adulto mayor se ve enfrentado a cambios tanto físicos como psicológicos, como por ejemplo, el aumento y la cronicidad de las enfermedades o la reducción de la capacidad funcional, alteraciones en la motivación, entre otras (Domínguez, 1982; Escobar y Marín, 1993). Además, la persona que envejece debe enfrentar pérdidas tales como la pérdida del trabajo, del rol social o productivo, muerte del cónyuge y/o cambio en la estructura familiar. En este contexto, es de suma importancia el modo como cada adulto mayor enfrente dichos cambios, los cuales requieren adaptación y un sentido propio.

Sin embargo, la adultez mayor ha sido principalmente analizada a partir de una perspectiva médico- biológica, que conceptualiza la vejez como una etapa de deterioro físico y mental, y de decadencia, lo cual ha influido en la forma de percibir y actuar respecto a las personas de mayor edad. Esto ha dado paso a estudios epidemiológicos o centrados en las enfermedades y problemas de salud, preferentemente.

En las últimas décadas este modelo se ha visto reemplazado por un modelo integral que considera el envejecimiento como un fenómeno biopsicosocial, en donde cobran relevancia los factores individuales y los factores del contexto social.

En este ámbito, el apoyo social es una variable de contexto que influye positivamente en el bienestar de las personas, fomentando directamente la salud o bien amortiguando las consecuencias negativas del estrés. En el caso de los adultos mayores, específicamente, esta variable se torna relevante para el afrontamiento de los sucesos que se viven en esta etapa.

De este modo, el presente estudio pretende contribuir a la comprensión y abordaje del apoyo social en el adulto mayor por medio de una perspectiva psicosocial, lo cual permite un posterior desarrollo de nuevos marcos de investigación e intervención en el área comunitaria. Por otra parte, el uso de los cuestionarios permite abarcar el apoyo social como un constructo multidimensional y a su vez, probarlos en el contexto nacional y en este grupo etáreo en específico.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

A pesar del gran interés que ha suscitado el tema del adulto mayor, en Chile existe escasa información que considere aspectos psicológicos y sociales al respecto. En este contexto son relevantes los estudios realizados por sociólogos como Carmen Barros y Oscar Domínguez, pero, específicamente desde la psicología se requiere una mayor participación que de cuenta de los procesos que rodean esta temática.

En relación con lo anterior, en el ámbito regional, se encuentra la investigación realizada por Pinochet y Tavano (1998) respecto al bienestar psicológico de adultos mayores de Valparaíso, en donde se plantea la necesidad de profundizar y estudiar la variable apoyo social en este grupo etáreo, a propósito de la relevancia que tomó esta variable en su estudio.

Por su parte, en la Comuna de Quillota existe la necesidad de estudios psicosociales que aborden esta temática, de modo de establecer líneas de acción concretas y específicas en beneficio de los adultos mayores de la Comuna, llevadas a cabo principalmente a través de la Casa del Adulto Mayor de Quillota.

En este contexto, la presente investigación pretende entregar un mayor conocimiento sobre la realidad de los adultos mayores desde una perspectiva psicosocial, específicamente respecto a las mujeres adultas mayores, las que en su mayoría componen las organizaciones de tercera edad que están vinculadas con la Casa del Adulto Mayor. A la vez este estudio se propone otorgar un respaldo científico a las líneas de acción comunitarias desarrolladas por esta entidad.

Dado los anteriores antecedentes, el problema de investigación queda enunciado a partir de las siguientes preguntas:

- a.- ¿Existirá alguna diferencia en el grado de apoyo social estructural entre el grupo de adultas mayores residentes en zona rural y el grupo de adultas mayores residentes en zona urbana?
- b.- ¿Existirá alguna diferencia en el grado de apoyo social funcional entre el grupo de adultas mayores residentes en zona rural y el grupo de adultas mayores residentes en zona urbana?
- c.- ¿Existirá alguna diferencia en el grado de apoyo social estructural de acuerdo a las variables sociodemográficas de edad y estado civil en la muestra?
- d.- ¿Existirá alguna diferencia en el grado de apoyo social funcional de acuerdo a las variables sociodemográficas de edad y estado civil en la muestra?
- e.- ¿Quiénes son los principales proveedores de apoyo percibidos por este grupo de adultas mayores?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En base a las preguntas planteadas, los objetivos de la investigación quedan establecidos del siguiente modo:

Objetivo General

- Describir y evaluar el apoyo social de una muestra de adultas mayores que participan en organizaciones de tercera edad de la comuna de Quillota.

Objetivos Específicos

- a) Describir la muestra en cuanto a variables sociodemográficas: edad, estado civil, convivencia, tipo de ingreso y zona de residencia.
- b) Describir y comparar los indicadores del apoyo social estructural en relación con la zona de residencia.
- c) Describir y comparar los indicadores del apoyo social funcional en relación con zona de residencia.
- d) Describir y comparar los indicadores de apoyo social estructural en relación con las variables sociodemográficas de edad y estado civil.
- e) Describir y comparar los indicadores del apoyo social funcional en relación con las variables sociodemográficas de edad y estado civil
- f) Identificar los agentes percibidos como proveedores de apoyo por la totalidad de la muestra y según zona de residencia, edad y estado civil.

4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hi 1: Los índices de las escalas de apoyo social comunitario no serán iguales entre el grupo de adultas mayores que viven en zona urbana y el grupo de adultas mayores que viven en zona rural.

Hi 2: Los índices de las escalas de apoyo social percibido no serán iguales entre el grupo de adultas mayores que viven en zona urbana y el grupo de adultas mayores que viven en zona rural.

Hi 3: Existirán mayores índices en las escalas de apoyo social comunitario en el grupo de adultas mayores con edades entre los 60 y 75 años en comparación con el grupo de adultas mayores con edades entre los 76 y más años.

Hi 4: Existirán mayores índices en las escalas de apoyo social percibido en el grupo de adultas mayores con edades entre los 60 y 75 años en comparación con el grupo de adultas mayores con edades entre los 76 y más años.

Hi 5: Existirán mayores índices en las escalas de apoyo social comunitario en el grupo de adultas mayores casadas en comparación con el grupo de adultas mayores viudas.

Hi 6: Existirán mayores índices en las escalas de apoyo social percibido en el grupo de adultas mayores casadas en comparación con el grupo de adultas mayores viudas.

5. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Relevancia teórica

- Considerando la escasez de investigaciones respecto a la tercera edad, este estudio permite aumentar el conocimiento científico en cuanto al apoyo social en adultas mayores.

Relevancia metodológica

- La investigación hace posible concretizar, revisar y validar los conceptos teóricos en la práctica empírica.
- Por otro lado, posibilita la aplicación del Cuestionario de Apoyo Social Percibido y el Cuestionario de Apoyo Social Comunitario en nuestro contexto nacional. Además hace factible trabajar en el diagnóstico y evaluación en forma concreta del apoyo social en esta población específica, y al mismo tiempo, permite establecer la validez del trabajo psicosocial como estrategia de intervención en la comunidad.

Relevancia práctica

- A partir de la información obtenida en esta investigación se puede otorgar respaldo científico a las líneas de acción comunitaria que se pretenden desarrollar en la localidad de Quillota. Además, permite generar conocimientos que faciliten la creación de futuras investigaciones derivadas de la temática estudiada.

Para concluir, se menciona a continuación la estructura de este trabajo: en el capítulo siguiente (cap.2) se exponen los antecedentes generales relacionados con la realidad de los adultos mayores chilenos a nivel nacional, regional y comunal, y se hace referencia a la Casa del Adulto Mayor de Quillota. Posteriormente (cap.3) se señalan los antecedentes teóricos, considerándose los aspectos relacionados con el envejecimiento, la salud mental y el apoyo social; además se incluye la perspectiva de género para orientar la lectura del estudio. En el capítulo 4 se presentan los aspectos metodológicos, seguidos de la presentación de los resultados (cap.5). Por último, se elaboran las discusiones y comentarios en base a los resultados obtenidos (cap.6).

CAPITULO 2

ANTECEDENTES GENERALES

1. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN CHILE

A partir de la segunda mitad de este siglo, los países latinoamericanos han comenzado a experimentar modificaciones en su demografía, producto de los grandes avances sociales y económicos. Estas modificaciones implican un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población (INE, 1999a).

Desde los años ochenta, Chile, en conjunto con Argentina, Cuba y Uruguay, se encuentra en una etapa avanzada de este proceso de transición poblacional. Las causas se deben principalmente a una disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, en conjunto con un aumento sustantivo en la esperanza de vida, producto de las mejoras en la atención sanitaria, el control de variadas enfermedades y los progresos en las tasas de mortalidad perinatal e infantil (Vega, 1997; SERPLAC, 1998; INE, 1999a; INE, 1999b).

Esta dinámica poblacional, en que cada vez habrá una mayor concentración de personas de edad, implica un gran impacto en el tejido social del país, con consecuentes cambios en todas las actividades, principalmente en los ámbitos de la salud, educación, cultura y economía. Dichos cambios conllevan una creciente demanda de servicios y atenciones propios de las necesidades que generan los adultos mayores (INE, 1999a). En esta perspectiva, se propone que en el sector salud existirá un nuevo perfil epidemiológico en el cual predominarán las enfermedades del adulto y del adulto mayor, debiendo adecuarse los sistemas de salud pública y privada, con un énfasis en programas de tipo preventivo, dado el alto costo de la salud curativa de estos grupos etáreos. Además será necesario trabajar con los

adultos mayores en la aplicación del nuevo concepto de salud basado en la importancia de la autonomía y la funcionalidad. En el ámbito económico se hará necesario flexibilizar las actuales disposiciones relativas a la edad de jubilación, dando lugar a la permanencia voluntaria, parcial o periódica de los adultos mayores en el trabajo. En el campo educativo, existirá una mayor demanda por parte de personas adultas y adultas mayores, especialmente en servicios de capacitación, desplazando paulatinamente la demanda de educación pre-escolar y básica. En cuanto al aspecto cultural, se plantea que una mayor presencia de adultos mayores autovalentes y activos incidirá en una percepción distinta del aporte que realiza este colectivo a la sociedad. La tendencia debiera orientarse hacia la incorporación de la experiencia y conocimiento de los mayores en las estrategias de desarrollo (Vega, 1997; SERPLAC, 1998).

1. 1. Situación Demográfica en Chile

Debido a los notables cambios demográficos verificados en Chile, en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad, junto con el aumento de la esperanza de vida, se produjeron modificaciones en el tamaño y en la composición por edades de la población. En otras palabras, desde una relativa alta representatividad de jóvenes (menores de 15 años) y bajo porcentaje de personas de 60 años y más, se pasó – en menos de 30 años- a un menor porcentaje de jóvenes y un aumento de los adultos mayores (INE, 1999a). Lo anterior se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 1: Modificaciones en el tamaño y la composición por edades de la población chilena.

EDAD	1960	1990	2000	2020
Población en miles de habitantes				
Total	7.608	13.099	15.211	18.774
0-14	2.984	3.938	4.328	4.291
15-59	4.055	7.981	9.333	11.480
60 y +	569	1.180	1.550	3.003
Distribución porcentual				
Total	100	100	100	100
0-14	39	30	29	23
15-59	53	61	61	61
60 y +	8	9	10	16

Fuente: I.N.E. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile y los adultos mayores. 1999

Para el año 2010 se plantea que en Chile existirán 50 adultos mayores por cada cien menores de 15 años y en el año 2034 estos montos se igualarán, lo que implica que a partir de esa fecha, los jóvenes comenzarán a ser reemplazados por los adultos mayores (INE, 1999b).

El Censo 1992 registró una población adulta mayor (personas de 60 años y más), de 1.305.557 personas, lo que equivale aproximadamente al 9,8 % de la población del país. Por su parte la encuesta CASEN 98 indicó 1.529.136 personas adultas mayores, que corresponderían al 10,5 % de la población del país. Se prevé que en los próximos 18 años (2018) el país duplicará el número de personas mayores, las que representarán aproximadamente el 16 % de la población, con una población superior a los 3 millones (SERPLAC, 1998). En la tabla 2 se puede observar el progresivo aumento que ha tenido la población adulta mayor en las últimas décadas.

Tabla 2: Aumento de la población adulta mayor en Chile

AÑO CENSO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN ADULTA MAYOR	
		N	%
1952	5.932.995	384.215	6.5
1960	7.374.115	499.800	6.8
1970	8.884.768	669.910	7.5
1982	11.329.736	954.888	8.4
1992	13.348.401	1.305.557	9.8

Fuente: I.N.E. Resultados generales Censo de Población y Vivienda, 1992.

El envejecimiento demográfico se observa también al interior de la población adulta mayor (P.A.M.). Así, en 1990 el porcentaje más numeroso de personas de edad se situaba entre los 60 y los 65 años de edad (41,9 %), en el año 1998 este porcentaje se ubicó en el tramo de los 66 y los 75 años de edad (41,7 %) y para el 2025 se estima que el porcentaje de los mayores de 80 años se duplicará (MIDEPLAN, 1998). Este incremento de los viejos entre los adultos mayores es una clara consecuencia de la mayor sobrevivencia de estos grupos. Por su parte, un seguimiento de los datos censales permite captar también el aumento de los grupos de edades más avanzadas al interior de la P.A.M.:

Tabla 3: Población de 60 años y más, según edades. Censos 1960, 1982, 1992.

EDAD	CENSO 1960		CENSO 1982		CENSO 1992	
	Población	%	Población	%	Población	%
60 – 64	183.055	2,5	295.371	2,6	428.513	3,2
65 – 69	128.220	1,7	248.261	2,2	307.911	2,3
70 – 74	84.455	1,1	181.132	1,6	229.218	1,7
75 – 79	51.705	0,7	115.000	1,0	163.851	1,2
80 – 84	30.801	0,4	69.535	0,6	102.889	0,8
85 – 89	12.148	0,2	29.909	0,3	47.493	0,4
90 – 94	5.404	0,1	9.819	0,1	17.268	0,1
95 y más	4.012	0,1	5.861	0,1	8.414	0,1
Población total	7.374.115	100,00	11.329.736	100,00	13.348.401	100,00

Fuente: I.N.E. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile y los adultos mayores. 1999

1. 2. Composición Interna de la P.A.M.

Según la distribución por tramos de edad, se indica que la mayoría de las personas que pertenecen a la P.A.M. tiene entre 66 y 75 años de edad, lo que corresponde al 34,6 %, el porcentaje restante (18,1 %) tiene 77 años y más, siendo esta cifra menor en hombres que en mujeres (MIDEPLAN, 1998).

En cuanto a la distribución por sexos, existe en general una mayor proporción de mujeres que hombres y la distancia crece a medida que aumenta la edad. El Censo 92 señala que de la población adulta mayor, el 56,3 % está constituido por mujeres, es decir: 734.440 personas, mientras que los hombres representan el 43,7 %, que equivale a 571.117 personas. La explicación de esta diferencia es que el hombre, a través del tiempo, ha manifestado sobremortalidad y la esperanza de vida al nacer de las mujeres es generalmente mayor que éstos (tabla 4).

Tabla 4: Esperanza de vida a los 60 años, según sexo

	AÑOS DE VIDA DESPUÉS DE LOS 60		
	1950	2000	2010
Hombres de 60 años	15 años más	19 años más	20 años más
Mujeres de 60 años	17 años más	23 años más	24 años más

Fuente: I.N.E. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile y los adultos mayores. 1999

Como se observa, un hombre de 60 años de edad, en 1950 vivía en promedio 15 años más, para el 2000 las estimaciones indican que vivirá 19 años más y 20 más en el 2010. En el caso de la mujer de 60 años, en promedio, vivía 17 años más en 1950, vivirá 23 años más en el 2000 y 24 más en el 2010 (INE, 1999a).

Se estima que en este año habrá 76 varones adultos mayores por cada 100 mujeres y esta relación se reducirá a 60 hombres en las personas mayores de 75 años. Esto pone de manifiesto la tendencia a la feminización de la población Adulta Mayor, situación que se incrementará en el tiempo (INE, 1999a).

La distribución por área de residencia de la P.A.M., indica que ésta se concentra mayoritariamente en zona urbana. Los porcentajes, según el Censo 1992, son un 83,5 % distribuido en zona urbana y un 16,5 % en zona rural.

En relación con el estado civil, al parecer, el hombre mayor tiende a evitar la condición de ausencia de pareja. En todas las categorías en que existe la presencia de pareja, es decir casado o conviviente, los hombres son mayoría (33,2 % en hombres versus un 23,6 % en mujeres) y en todas las categorías en que está implicada la “ausencia de pareja” (soltero, viudo o separado), los hombres están en minoría con respecto a las mujeres (33 % mujeres versus 10,1 % en hombres). De todas formas, la P.A.M. que se encuentra sin pareja es alta, equivaliendo a un 43,1 % (MIDEPLAN, 1998). Al respecto resulta interesante analizar el efecto que este hecho de estar sin pareja puede tener sobre los sentimientos de soledad de las personas, su aislamiento social y en definitiva sobre los aspectos psicosociales.

En términos generales, las categorías más comunes respecto al estado civil de la P.A.M. son el estar casado (52,4 %) o viudo (28,5 %). La mayoría de los adultos mayores son casados siendo mayoritario, a su vez, el porcentaje de hombres casados (30,5 %) que de mujeres casadas (21,9 %). En cuanto a la viudez, el porcentaje de mujeres viudas (23,0 %) es cuatro veces superior que en los hombres (5,5 %). Por su parte, la soltería es una condición en que las mujeres doblan a los hombres: 6,0 % y 2,8 % respectivamente. Por último, las personas que conviven conforman el 4,4 %, predominando los hombres (2,7 %); los

separados son en su mayoría mujeres (3,5 % versus un 1,7 % de hombres) (MIDEPLAN, 1998).

Por su parte, los datos del Censo 1992 arrojan tendencias similares respecto al estado civil:

Tabla 5: Estado civil de la población adulta mayor, según sexo.

	Total	Casado	Conviviente	Soltero	Viudo	Separado
Ambos sexos	1.305.557	684.590	40.872	150.833	364.120	65.142
Hombres	571.117	389.995	22.596	58.053	75.256	25.217
Mujeres	734.440	294.595	18.276	92.780	288.864	39.925

Fuente: I.N.E. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile y los adultos mayores. 1999

La condición de viudo aumenta a partir de los 55 años, siendo mucho más frecuente en el sexo femenino, y es especialmente marcada después de los 80 años. Esto se debe a la mayor expectativa de vida de las mujeres y a factores culturales relacionados con el hecho de que en las parejas, generalmente, el hombre es algunos años mayor. Se sabe que los hombres viudos tienden a casarse nuevamente (Escobar y Marín, 1993).

1. 3. Características Socioculturales de la P.A.M.

1.3.1. Características del hogar

La mayoría de las personas de edad (63,5 %) vive con tres o más personas en el hogar, ya sea acompañado de su cónyuge o de los hijos; y vive sola el 9,6 %, destacando que de cada tres adultos mayores, prácticamente dos son mujeres (MIDEPLAN, 1998).

Respecto a la jefatura de hogar, el 62,5 % es ejercido por hombres mayores y el 37,5 % por mujeres. A mayor edad aumentan las jefaturas de hogar femeninas y disminuyen las

masculinas, de este modo, pasados los 76 años de edad, el 46,6 % de la P.A.M. jefe de hogar es ejercido por una mujer (MIDEPLAN, 1998).

En este ámbito es conveniente recordar la situación generalizada de desventaja en las condiciones económicas que las mujeres jefas de hogar tienen respecto de los hombres, traduciéndose en menores ingresos y menor cobertura previsional, lo que redundaría en situaciones más acentuadas de pobreza; todo lo cual se agudiza si consideramos la mayor vulnerabilidad de las mujeres mayores de 60 años (Informe Comisión Nacional, 1995).

1.3.2 Características educacionales

El porcentaje de analfabetismo en las personas mayores de 60 años, según la CASEN 1998, corresponde al 15 %, siendo este porcentaje algo mayor, entre las mujeres (15,6 %) que entre los hombres mayores (14,1 %).

Cuando se analiza esta variable por área de residencia, urbana o rural, surge una notoria diferencia, dado que el mayor valor corresponde a mujeres analfabetas adultas mayores del área rural con un porcentaje de 42,2 % y los varones a 37,8 %. El área urbana, adopta cifras bastante menores, 10,6 % de hombres y 13,0 % de mujeres (INE, 1999a).

El promedio de años de estudio de la P.A.M. es de 6,3 años. Cuanto mayor es el quintil de ingresos, mayor es el número promedio de años de estudio. Por otra parte, la población de adultos mayores que reside en zona urbana dobla el promedio de años de estudio de la P.A.M. rural, tanto en hombres como en mujeres, principalmente en los tres primeros quintiles (MIDEPLAN, 1998).

Esta situación de escasa instrucción y analfabetismo de los adultos mayores es explicada, según el INE (1999a), como resultado de que en América Latina los adultos mayores, durante su infancia y adolescencia, vivieron en un ambiente institucional que no

favorecía la educación, ya sea porque la cobertura de los servicios era reducida o porque les resultaba imperioso incorporarse a la vida laboral desde muy temprana edad.

Por otra parte, es necesario resaltar las implicancias que puede tener una escasa educación o la condición de analfabeto en el modo de vivir la vejez. Se ha señalado que suelen tener una mejor vejez aquellas personas que poseen recursos materiales e intelectuales, indicando que la pobreza intelectual puede resultar tan negativa como la pobreza material. Incluso, aunque las personas tengan similares ingresos, aquellas instruidas viven mejor que las que no lo son, debido a que tienen mayores posibilidades de cultivar sus intereses y ocupaciones (Escobar y Marín, 1993).

1.4. Características Socioeconómicas

1.4.1. Actividad económica

Del total de la P.A.M., el 42,6 % de los hombres y el 11,7 % de las mujeres forman parte de la población económicamente activa. Por su parte, el 88,3 % de las mujeres adultas mayores y el 57,4 % de los hombres de este grupo etáreo pertenecen a la categoría de inactivos (MIDEPLAN, 1998).

Al interior del grupo de adultos mayores ocupados se observa que la mayor cantidad de personas económicamente activas se concentra en el tramo de edad entre los 60 y 65 años, donde el 62,9 % de los hombres y el 19,3 % de las mujeres pertenecen a esta categoría. En cambio, en el tramo de 76 años y más, sólo el 13,3 % de los hombres y el 2,5 % de las mujeres se mantienen ocupacionalmente activos. Es decir, a medida que aumenta la edad es menor la participación en la actividad económica (MIDEPLAN, 1998).

Las principales causas de inactividad de la P.A.M. son, por orden decreciente: a) el haberse jubilado o pensionado (50,0 %); b) el desempeño de labores en el hogar (28,9 %) y c)

enfermedad crónica o invalidez (11,6 %). La mayor causa entre las mujeres es la referida a las labores en el hogar (43,3 %), mientras que en los hombres el motivo está referido a la jubilación (71,7 %). La enfermedad es un factor determinante en un 16,1 % de la inactividad de los hombres y en un 9,4 % de los casos entre las mujeres. En su conjunto, este factor expresa una capacidad de autovalencia de la P.A.M. bastante mayor que la que tradicionalmente suele considerarse (MIDEPLAN, 1998).

Respecto a los componentes de los ingresos de los adultos mayores, el 98 % corresponde a entradas obtenidas privadamente y sólo el 2 % de los ingresos proviene de trasposos estatales vía subsidios monetarios. Cabe destacar que en los tres primeros quintiles, la entrada proveniente de la jubilación tiene un peso importante en el ingreso total; por su parte los ingresos provenientes vía montepío o pensión de viudez representan cerca del 12 % del ingreso autónomo en estos quintiles (MIDEPLAN, 1998)

1.4.2. Adulto mayor y pobreza

La vulnerabilidad de los adultos mayores no sólo tiene relación con las condiciones físicas, de salud y de educación, sino también en razón de que poseen menos recursos económicos que el resto de la población del país (Escobar y Marín, 1993).

El nivel socioeconómico de un individuo, según Escobar y Marín (1993), es el factor de mayor importancia en determinar la calidad de vida en la vejez. Estos autores señalan:

La falta de recursos materiales es causa directa o indirecta de procesos carenciales como la desnutrición, deficiencias vitamínicas, y de la producción de muchas enfermedades y situaciones que determinan la reducción en la expectativa de vida... De todos los ancianos pobres, la mayoría son mujeres y viudas, y personas que viven en zonas rurales (Escobar y Marín, 1993, p.57).

De acuerdo a los resultados de la encuesta CASEN 1998, la población adulta mayor pobre alcanza un 11 %, dicho porcentaje se traduce en un 2,5 % de indigencia y en un 8,5 % de pobreza no indigente. De la totalidad de la población pobre del país, la P.A.M. pobre representa el 5,2 %.

En cuanto a la distribución geográfica, la pobreza de los adultos mayores rurales casi dobla la pobreza urbana de este grupo etáreo (16,6 % y 9,7 %, respectivamente). El porcentaje de indigencia de las zonas rurales es más del doble que el de las urbanas: 4,6 % frente al 2,0 % (MIDEPLAN, 1998).

La observación de la distribución de la indigencia y la pobreza por sexo, indica que en las zonas urbanas, en general, no hay diferencias significativas; sin embargo, en las zonas rurales se observa una mayor proporción de mujeres pobres (17,6 %) respecto de los hombres (15,5 %), siendo significativo el porcentaje de mujeres no indigentes (13,1 %) respecto de los hombres en igual condición (10,9 %) (MIDEPLAN, 1998).

1.4.3. Salud

Según la CASEN 1998, el 77,6 % de la población de 60 años y más hace uso del sistema público de atención en salud. A menor ingreso, mayor presencia de afiliados al sistema público de salud.

Las principales causas de muerte de los adultos mayores son, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos o cáncer; en conjunto, estas enfermedades representan más del 50 % de las muertes en la P.A.M. Otra causa importante son las enfermedades respiratorias, que representan casi el 15 % de las muertes (Escobar y Marín, 1993).

Las enfermedades, en esta población, tienden a ser más prolongadas y frecuentes, con una mayor tendencia a cronificarse, especialmente en las personas mayores de 80 años. Producto de esta situación, se consume un mayor número de medicamentos que el resto de la población (Escobar y Marín, 1993).

El 8,1 % de los adultos mayores presenta alguna discapacidad. Las discapacidades en este grupo etáreo está más concentradas que en el total de población: 8,1 % versus 2,1 % (INE, 1999a).

A nivel nacional, en los adultos mayores con al menos un tipo de discapacidad, las mayores frecuencias son parálisis-lisiado, sordera total y ceguera total, hecho que a nivel regional se repite (INE, 1999a).

1.4.4. Vivienda

En relación con la vivienda, se constata que la gran mayoría de los adultos mayores vive en su propia vivienda (86,1%). El porcentaje de la P.A.M. rural propietaria de la vivienda que ocupa es aproximadamente cinco veces menor al porcentaje de propietarios en las zonas urbanas. Cabe destacar que, en general, las condiciones de la vivienda en que habita este grupo etáreo se ubican en el rango sin déficit (91,9 %), no obstante, un 8,1 % vive en viviendas deficitarias (MIDEPLAN, 1998).

1.5. Situación del Adulto Mayor a Nivel Regional y Comunal

1.5.1. Datos regionales

Población. En la región de Valparaíso, según el Censo 1992, existen 1.384.336 habitantes, de los cuales la población de adultos mayores corresponde a 162.445 personas, representando el 11,7 % del total de habitantes de la región.

Según los datos de la CASEN 98 el porcentaje de adultos mayores equivale a un 12,1%. Dicho porcentaje ocupa el segundo lugar dentro de las regiones con mayor concentración de adultos mayores del país, es decir, corresponde a una de las regiones más envejecidas; destacándose la distancia con el porcentaje nacional de adultos mayores (10,5 %) (MIDEPLAN, 1998). Se estima que para el año 2005, la quinta región tendrá la proporción más elevada de adultos mayores dentro de su población (INE, 1999b).

Distribución por área de residencia. La población de adultos mayores, según el Censo 1992, se concentra mayoritariamente en zona urbana, tanto a nivel nacional como de la región de Valparaíso. De este modo, el 91,2 % se ubica en zona urbana, mientras que el 8,8 % reside en zona rural.

La P.A.M. urbana alcanza a 148.111 habitantes, existiendo un mayor número de mujeres. En el área rural, el total de habitantes corresponde a 14.334, con una mayor representación de varones:

Tabla 6: Población adulta mayor según zona de residencia

P.A.M.	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Urbana	148.111	62.120	85.991
Rural	14.334	7.848	6.486

Fuente: Censo 92.

Distribución por tramos de edad. Al interior de la población de 60 años y más, las edades se distribuyen de la siguiente manera, según los últimos datos censales:

Tabla 7: Distribución de las edades al interior de la P.A.M. de la quinta región

EDAD	P.A.M.
60 – 64	53.292
65 – 69	38.358
70 – 74	29.120
75 y más	41.675
Total	162.445

Fuente: Censo 1992

Jefatura de hogar. Según el Censo de 1992, de cada cien hogares de la región, 23 tienen un jefe de hogar adulto mayor. La quinta región, en conjunto con la Metropolitana y la Octava región, tienen la principal concentración de jefes de hogar adultos mayores (INE, 1999b).

Entre las características más relevantes de la quinta región se puede señalar la alta jefatura de hogar femenina. En efecto, la región se encuentra dentro de las cuatro regiones con un porcentaje de mujeres jefas de hogar superior a la media nacional con un 38,0 %, que corresponde a 41.136 mujeres (MIDEPLAN, 1998).

Educación. La región de Valparaíso concentra una población analfabeta de 17.535 habitantes, lo que equivale al 10,8 %. La P.A.M. analfabeta de zona urbana corresponde al 8,4 % (hombres: 7,9 %, mujeres: 8,8 %), en zona rural existe un 35,5 % (hombres: 36,6 %, mujeres: 34 %), según datos censales de 1992.

Situación de pobreza. En la quinta región el porcentaje de adultos mayores pobres alcanza al 7,8 %, señalándose como una de las regiones que ha disminuido sus niveles de pobreza a menos de la mitad entre los años 1990 y 1998, según la encuesta CASEN 98.

Salud. De los datos encontrados respecto a este ámbito, se señala que la región de Valparaíso se encuentra por debajo del promedio nacional de adultos mayores afiliados al sistema público de salud (77,0 %).

1.5.2. Datos comunales

Población. Los datos del último Censo indicaron que en la Comuna de Quillota existe una población total correspondiente a 68.284 habitantes, de los cuales 33.296 personas son hombres y 34.988 pertenecen al sexo femenino. La población adulta mayor está compuesta por 8.139 adultos mayores, de los cuales 4.577 son mujeres y 3.562 son varones.

Distribución por zona de residencia. La mayoría de los adultos mayores reside en zona urbana, es decir, 7150 personas, mientras que en zona rural habitan 989 personas. En área urbana existe una mayor concentración de mujeres (3034 hombres v/s 4116 mujeres), en cambio en zona rural predomina el sexo masculino (528 hombres v/s 461 mujeres).

Distribución por tramos de edad. Al interior de la población adulta mayor, puede observarse una mayor concentración de personas entre los 60 y los 64 años de edad. Tal como ocurre a nivel nacional, la proporción disminuye a medida que aumenta la edad. A continuación se muestra la distribución de la P.A.M. según tramos de edad, sexo y zona de residencia:

Tabla 8: Distribución de las edades al interior de la P.A.M. de Quillota

RANGO DE EDAD	TOTAL	URBANO		RURAL	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
60 – 64	2.592	1.019	1.250	174	149
65 – 69	1.983	737	1.004	140	102
70 – 74	1.413	545	684	101	83
75 – 79	1.026	371	552	50	53
80 – 84	671	220	366	40	45
85 – 89	324	106	183	14	21
90 – 94	95	28	54	7	6
95 y más	35	8	23	2	2
Total	8.139	3.034	4.116	528	461

Fuente: INE, 1992

Estado civil. La mayor parte de los adultos mayores corresponde a la categoría de casado o viudo. Existen diferencias entre varones y mujeres, de tal modo que en los hombres, la mayoría está casado, mientras que en las mujeres, la proporción de casadas y viudas es muy similar.

Tabla 9: Estado civil de la P.A.M. de Quillota

	Soltero	Casado	Conviviente	Viudo	Separado
Total	975	4233	261	2272	398
Hombres	398	2390	136	454	184
Mujeres	577	1843	125	1818	214

Fuente: INE, 1992

Jefatura de hogar. No se encontraron datos respecto a la P.A.M.. De la población total de Quillota se observa que existe una mayor proporción de hombres jefes de hogar (75,2 %) que de mujeres (24,8 %). Otro dato relevante es que la población jefa de hogar asciende a 18.568 personas, según datos de encuesta CASEN 1998.

Educación. En la población total de la comuna existe un mayor porcentaje de personas alfabetizadas en zona urbana (96,35 %) que en zona rural (92,21 %). Por otra parte, en la zona urbana tiende a ser mayor la proporción de hombres alfabetizados que mujeres, ocurriendo lo contrario en zona rural:

Otros datos encontrados hacen referencia a la cantidad de personas analfabetas en la comuna de Quillota, tanto en localidad rural como urbana. Estos datos se indican en el cuadro a continuación:

Tabla 10: Nivel de analfabetismo en Quillota

	URBANO	RURAL
Total	1.668	618
Hombres	753	355
Mujeres	915	263

Fuente: INE, 1992

Situación de pobreza. No se encontraron datos respecto a la situación de pobreza de los adultos mayores en Quillota, sin embargo, existen datos del último Censo respecto a la población total de la comuna, que se resumen en el siguiente cuadro:

Tabla 11: Situación de pobreza de la población total de Quillota

	NÚMERO	PORCENTAJE
Total	71.804	100,0
No pobre	54.428	75,8
Total pobre	17.376	24,2
Pobre no indigente	15.227	21,2
Indigente	2.149	3,0

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación, encuesta CASEN 98

2. CASA DEL ADULTO MAYOR DE QUILLOTA

Esta institución es resultado del Programa Adulto Mayor desarrollado por la Ilustre Municipalidad de Quillota a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), consolidándose con una acción permanente a partir del año 1998.

El propósito orientador de esta entidad es prevenir deficiencias en la salud, tanto física como mental, de los adultos mayores.

Su objetivo es mejorar la calidad de vida de todos los adultos mayores de la comuna, a través de cuatro líneas de acción: Desarrollo Integral, Desarrollo Organizacional, Prestación de Servicios y Desarrollo Comunitario:

- Línea de Desarrollo Integral: Pretende brindar espacios al adulto mayor donde pueda adquirir y/o desarrollar habilidades y destrezas manuales, artísticas y productivas, además de fomentar estilos de vida saludables. Esta línea de acción se lleva a cabo mediante 17 talleres.
- Línea de Desarrollo Organizacional: Orientada a fomentar y/o fortalecer las organizaciones comunitarias de adultos mayores, a través de la conformación de directivas al interior de los talleres, capacitando en liderazgo, comunicación y elaboración de proyectos, asistiendo en la coordinación con organizaciones externas, etc.
- Prestación de Servicios: A través de esta línea de acción se brinda información a los adultos mayores respecto a prestaciones y beneficios sociales, a la vez que se apoya y asesora las consultas asistenciales que los usuarios requieran.
- Desarrollo Comunitario: Se orienta al establecimiento de una red de apoyo para el adulto mayor, con el objetivo de sensibilizar y modificar la percepción existente en

la población respecto a la tercera edad, a la vez de gestionar recursos y beneficios para estas personas. Esto se lleva a cabo a través de distintas actividades como la participación en el Consejo Comunal del Adulto Mayor, jornadas de reflexión, vinculación con instituciones tales como FOSIS, INP, SERVIU, SERNAM, PRODEMU, Comité Nacional y Regional del Adulto Mayor, entre otras, para mejorar y ampliar el acceso a beneficios; y celebraciones anuales de fechas importantes como el día internacional del adulto mayor, el día de la inauguración de la casa del adulto mayor y la clausura del programa municipal.

En esta línea de acción, además se realizan las supervisiones de los dos subprogramas FOSIS.

La Casa del Adulto Mayor tiene una cobertura de aproximadamente 1000 adultos mayores, considerando los que participan en los talleres de la institución y en las organizaciones comunitarias.

Esta institución mantiene vínculos con 27 organizaciones de adultos mayores dentro de la comuna, de las cuales 22 se ubican en zona urbana y 5 en zona rural.

Finalmente, el personal que trabaja en esta institución está conformado por la Coordinadora del Programa Adulto Mayor, asistente social Lorena Pérez A., una administrativa de apoyo y los monitores de talleres.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

1. ENVEJECIMIENTO

1.1. Concepto de Envejecimiento

Existen diversas formas de abordar el concepto de envejecimiento. Este puede hacer referencia al envejecimiento de la población de un país o al envejecimiento que experimentan los individuos. En la primera acepción se consideran los cambios demográficos relativos a la composición etaria, tratando al envejecimiento como un proceso relativo al aumento del porcentaje de adultos mayores de un país (Barros, 1991a). Desde esta perspectiva se observa, como se desarrolla en el primer capítulo, que Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica.

Por su parte, el envejecimiento, desde el punto de vista individual, no sólo se considera como un proceso biológico y/o psicológico, sino también como un proceso de construcción social, ya que los adultos mayores, como grupo, comparten un rango similar de oportunidades sociales y un mismo rol social (Barros, 1991b; Gracia, 1997).

Según Carmen Barros (1991a; 1993; 1994b; 1996) dentro del punto de vista general que conceptualiza el envejecimiento como un proceso social existe, a su vez, distintos enfoques. Entre ellos está el sociológico, que se centra en las características de la sociedad que influyen en la vida de los adultos mayores, como categoría social. Por otro lado, menciona el enfoque psicológico centrado en los individuos que envejecen y en el modo cómo enfrentan su proceso de envejecer. Y por último, la autora destaca el enfoque psicosocial, el

cual combina los dos anteriores, “interesándose por la forma cómo los individuos, miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona” (Barros, 1991a, pp.30). Siendo este último enfoque el que se considerará en el marco analítico del presente estudio.

A partir de esta perspectiva psicosocial se conceptualiza el envejecer como un “proceso de cambio – en las oportunidades que ofrece la sociedad y en las condiciones personales – que requieren por parte del individuo que las experimenta adaptarse a ellas” (Barros, 1999). De este modo, se consideran tanto las condiciones sociales compartidas por este grupo y, a la vez, el modo cómo los adultos mayores enfrentan su propio envejecer.

1. 2. El Envejecimiento: Un Fenómeno Biopsicosocial

El envejecimiento es un fenómeno universal, un proceso dinámico resultado de una compleja interacción de los procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio, trayendo consigo modificaciones en estos tres niveles (Domínguez, 1982; Villaseca, 1988; Correa, 1991).

Nivel biológico. Considerado desde este aspecto, el envejecimiento es un proceso natural, universal, inherente al hombre, dinámico y de gran variabilidad individual (Villaseca, 1988). A este nivel ocurren una serie de modificaciones corporales y mentales, aumentando la posibilidad de enfermar del adulto mayor y limitándose la capacidad de enfrentar, en forma autónoma, las tareas cotidianas, afectando especialmente a la población de más avanzada edad (Correa, 1991; Gracia, 1997; Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso, 1998).

Las enfermedades, en esta etapa, son más prolongadas y tienden a hacerse crónicas. Dentro de este grupo están: la hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas osteoarticulares y bronquiales (Escobar y Marín, 1993).

Entre los cambios que ocurren al envejecer se puede mencionar que, en forma general, existe una disminución de las capacidades funcionales de la persona, dando lugar al enlentecimiento de los reflejos, deterioro de las articulaciones, disminución de la audición y visión, cambios circulatorios, baja natural en el proceso metabólico, cambios en el tejido cerebral, lapsos en la memoria, entre otros (Domínguez, 1982; Villaseca, 1988; Correa, 1991; OCAM Valparaíso, 1998).

Es importante tener en consideración que al enfatizar el aspecto biomédico, que conceptualiza la vejez en términos de deterioro, existe la tendencia de forjar un estereotipo negativo de los adultos mayores considerándolos como incapaces y dependientes (Villaseca, 1988; Barros, 1989, 1991a, 1994 b; OCAM Valparaíso, 1998), lo cual no tiene relación con la gran mayoría de las personas de tercera edad en Chile, ya que la incapacidad física real afecta aproximadamente sólo al 20% y esto ocurre a una edad avanzada (OCAM Valparaíso, 1998); sin embargo esta concepción ha influido en la percepción que la sociedad chilena posee respecto a la vejez (Barros, 1991a). Al respecto Scherler (1992) señala que “la enfermedad, por mucho que sea más frecuente en la última etapa de la vida, es un estado distinto a la vejez. El deterioro del organismo varía de un individuo a otro, y en un individuo dado, según los órganos...” (pp.170).

Nivel psicológico. Desde la psicología, se considera a la vejez como una etapa más de la vida, en la que cada capacidad humana evoluciona de manera diferente (López, 1996).

A este nivel, también se desarrollan una serie de cambios, en lo cognitivo, motivacional, afectivo y de personalidad. Entre los cambios cognitivos que ocurren al envejecer, los más estudiados son los que tienen relación con la memoria y la inteligencia. En cuanto a la memoria, los adultos mayores presentan principalmente problemas de recuperación

y dificultades para almacenar la información a largo plazo (Ardila, 1985; Belloch, 1994). Principalmente tienen problemas para reorganizar el material mantenido en la memoria, para prestar atención a varias cosas a la vez o para manejar información excesiva, pero si se presenta el material en forma adecuada, si se le ayuda a la persona a codificar, organizar y recuperar el material, las diferencias con los jóvenes se anulan o disminuyen (Ardila, 1985; Papalia y Wendkos, 1990). Las causas de pérdida de memoria pueden ser biológicas pero también pueden ser debido a factores psicosociales tales como la falta de hábito de recordar, nivel bajo de inteligencia, falta de motivación, entre otras. De lo mencionado, se puede deducir que la pérdida de memoria no es inevitable o irreversible (Moragas, 1991). Paralelamente a las deficiencias que se producen en la memoria, a medida que se envejece surge una declinación de las habilidades y funciones que componen la inteligencia. Con la edad no se pierden las habilidades intelectuales adquiridas a lo largo de la vida, especialmente en aquellas situaciones y tareas que requieren habilidades verbales pero sí en el caso de las habilidades espaciales, que son las que incluyen las pruebas típicas de inteligencia (Ardila, 1985; Belloch, 1994). En definitiva, no se puede afirmar que la vejez es sinónimo de declinación intelectual y cognitiva, ya que si bien es indudable que hay pérdidas, en especial en la memoria a largo plazo, un aprendizaje extra puede compensarlas (Belloch, 1994), incluso esta declinación puede prevenirse con un medio ambiente estimulante y que apoye al adulto mayor para que mantenga sus aptitudes intelectuales (Domínguez, 1987; Moragas, 1991). Además, los datos señalan que al menos hasta los 75 – 80 años de edad no hay un decremento intelectual significativo (Moragas, 1991; OCAM Valparaíso, 1998).

Por último, es importante considerar que no es la regla general una disminución del rendimiento debido a la edad, existen variables que influyen en el funcionamiento intelectual de las personas, tales como la capacidad intelectual previa, los años de escolaridad, ingreso

económico, el entrenamiento profesional o tipo de actividad laboral y los aspectos biográficos, como el grado de éxito profesional, la satisfacción general con la propia existencia, variables de personalidad relacionadas con la tendencia a la sociabilidad y actividad, entre otras (Zegers, 1993).

Se afirma que con los años disminuye la motivación y el interés por las cosas, pero al parecer, esto se debe más a razones culturales que a razones biológicas (Ardila, 1985). De hecho, diversos autores (Domínguez, 1982; Villaseca, 1988; Papalia y Wendkos, 1990; Barros, 1991b) señalan que las condiciones sociales, en especial las creencias negativas o estereotipos asignados a los adultos mayores, influyen en que éstos adquieran actitudes de apatía, resignación y desgano.

En cuanto al área afectiva, parece ser que el trastorno más habitual en los adultos mayores es la depresión, el cual surge principalmente como reacción frente a los sucesos que a este grupo etéreo le toca vivir, como por ejemplo, la pérdida de seres queridos - en especial del cónyuge-, la aparición de trastornos físicos que disminuyen la autonomía y fomentan la dependencia y el aislamiento social, la jubilación, etc. (Ardila, 1985; Selby, 1986; Papalia y Wendkos, 1990; Belloch, 1994). La depresión en los adultos mayores adquiere una forma algo diferente ya que los síntomas somáticos o fisiológicos son más frecuentes que los estrictamente emocionales o psicológicos, por lo que suelen ser desapercibidos; de este modo es importante tener en consideración que las actitudes de decaimiento, de apatía o de desgano, no son síntomas del envejecimiento sino pueden sugerir la posibilidad de una depresión (Villaseca, 1988; Belloch, 1994). Por otra parte, las tasas de intento de suicidio son bastante elevadas (Ardila, 1985; Papalia y Wendkos, 1990; Belloch, 1994), existen también problemas de hipocondría, reacciones paranoides, ansiedad, problemas derivados de enfermedades como la de Alzheimer y la demencia senil, entre otros (Ardila, 1985; Selby, 1986; Villaseca, 1988).

De todos modos, cabe destacar que la aparición de psicopatología en la vejez ha sido sobredimensionada siendo muy semejante a las otras etapas del ciclo vital (Villaseca, 1988).

Respecto a los cambios en la personalidad, existen diversas posturas. Según Ardila, (1985) y Moragas (1991), aparentemente existiría una continuidad longitudinal de la personalidad. Este último, (Moragas, 1991) plantea que la personalidad se mantendrá más estable a mayor nivel de educación y en la medida en que se posea un buen estado de salud. Además señala que los cambios que se presentan parecen deberse, en su mayor parte, a una respuesta a las condiciones nuevas que experimentan las personas que envejecen. Por último, menciona que las personas que se mantienen activas, con responsabilidades y plena aptitud funcional, apenas demuestran cambios de personalidad. Por su parte, Ardila (1985) indica: “El envejecimiento afecta muy poco la personalidad. Pero en cambio la personalidad sí afecta considerablemente el envejecimiento” (p.78). Este autor plantea un cambio en la personalidad de los adultos mayores que tiene relación con una mayor tendencia a la introversión, influida por los problemas perceptuales, motivacionales, de memoria, atención, etc., que hacen que la persona prefiera encerrarse en sí misma. Por último, Villaseca (1988) plantea que en la adultez mayor se acentuarían los rasgos de personalidad previa. Señala además algunas características de personalidad de los adultos mayores: a) menor capacidad de adaptación, la cual los volvería temerosos, desconfiados, algo rígidos y conservadores; b) fuerte tendencia al egocentrismo, debida a una carencia de tareas establecidas y una mayor disponibilidad de tiempo libre; c) labilidad e inestabilidad emocional producto de los múltiples cambios; y d) adhesión a las formas de adaptación conocidas o utilizadas anteriormente aunque éstas sean muy deficientes.

Las tareas centrales psicológicas de esta etapa son el conocimiento y aceptación de sí mismo y la adaptación a los cambios biopsicosociales (Villaseca, 1988). Para Erickson (1963, en Papalia y Wendkos, 1990), el último estadio consiste en lograr la integridad del yo que constituye la culminación de la resolución triunfante de las crisis de los estadios anteriores. Esta tarea implica un amor del yo, la aceptación de la vida que se ha vivido y la aceptación de la cercanía de la propia muerte. En oposición puede surgir la desesperación, expresada en el sentimiento de que el tiempo es corto, por lo que ya es imposible intentar otra vida y probar caminos alternativos (Erickson, 1976, en López, 1996).

Nivel social. Desde esta perspectiva el concepto de vejez es una construcción social, varía de unas sociedades a otras y de unos momentos históricos a otros (López, 1996). Se considera a la vejez como un destino social, por cuanto la cantidad (promedio de años vividos) y calidad de vida de los miembros de una sociedad, dependen del papel que en ella se les asigne y de las características culturales que se les atribuyan (Villaseca, 1988).

En el contexto nacional, según C. Barros (1999), las oportunidades que ofrece la sociedad chilena a las personas que envejecen son discriminatorias y dificultan lograr un buen envejecer. Esta autora señala cuatro cambios que se producen en la sociedad junto al hecho de envejecer que influyen en las condiciones sociales de vida de los adultos mayores (1991a,b; 1993; 1994b; 1996; 1999):

1. Respuesta social al deterioro biológico propio del envejecer: basada en el “modelo médico tradicional” que conceptualiza la vejez en términos de déficits y de incapacidad, acentuando la percepción de vejez como un proceso degenerativo, lo cual se traduce en que los adultos mayores adopten una actitud fatalista, sentimientos de apatía, resignación y temor, que restan incentivos para buscar formas para mantenerse

activos (Barros,1991a,b; 1993; 1994b; 1999). Además de esto los sistemas de salud están mal adecuados puesto que existe una carencia de servicios de salud que ayuden a atenuar e incluso a evitar riesgos de deterioro (Villaseca, 1988; Barros, 1993; 1994b).

2. Pérdida de la ocupación, junto con la disminución del ingreso y el deterioro de la identidad social: a medida que las personas envejecen se retiran de la fuerza de trabajo ya sea porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus puestos a los más jóvenes y/o por la discriminación en las contrataciones. En muchos casos se impone a la persona que se retire de su trabajo, ocurriendo en variadas ocasiones que los trabajadores desearían seguir trabajando pero se les impide (Barros 1991a, b; 1993; 1994b; Sánchez, 1990).

La jubilación trae consigo una conjunto de consecuencias. La consecuencia más inmediata del retiro es la económica, disminuyen los ingresos, lo cual influye en la dificultad de los adultos mayores para satisfacer sus necesidades tales como comprar remedios, pagar medios adecuados de locomoción, etc. En segundo lugar, las personas jubiladas pasan a ser consideradas como cargas de la sociedad, personas que “no hacen nada” y por lo tanto “no son nadie” socialmente, lo que va en desmedro de su identidad social y de las oportunidades que la sociedad les ofrece, de ahí que se tienda a percibir a los adultos mayores como inútiles y surja el riesgo de exclusión social (Villaseca, 1988; Barros 1991a, b; 1993; Sánchez, 1990). De este modo, los adultos mayores jubilados pierden su posición social, en una sociedad donde la productividad es esencial, y así, al no trabajar, surge un sentimiento de inutilidad y confusión en cuanto a la función social que les corresponde (Baró, 1985). El problema es que hasta el momento la sociedad no ha creado actividades o un rol alternativo al de trabajador (Barros 1991a; Barros, 1993; Sánchez, 1990).

3. La ideología del “viejismo” y la desvalorización de la vejez: las respuestas sociales al deterioro biológico y el retiro del trabajo productivo se combinan para constituir los fundamentos de las ideas sobre la vejez y los adultos mayores. Dichas creencias forman parte de la cultura chilena y atribuyen a la vejez un conjunto de cualidades como propias, incuestionables e inmodificables, sin sustentarse en una base objetiva. La ideología del “viejismo” considera a la vejez como una etapa de decadencia física y mental, y proyecta sobre los adultos mayores una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez, que repercute sobre los ancianos acabando ellos mismos por percibirse de tal manera, adoptando una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece, inhibiendo cualquier iniciativa de superación (Villaseca, 1988; Barros 1991a, b; 1993; 1994b).

Relacionado con este tema, O. Domínguez (1982) habla de la cultura “edaica”, en donde “la edad pasa a ser un atributo cultural que segrega y discrimina a favor de la juventud y en contra de la vejez, independientemente de la vigencia de sus capacidades” (pp.21). Señala, además, que esta cultura influye incluso en los propios adultos mayores quienes terminan por convencerse de que son incapaces de aprender nuevas habilidades y se crean una imagen pobre de si mismos.

4. Ausencia de un rol social para el adulto mayor: en la sociedad falta una definición sociocultural del rol o conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores y en cuyo desempeño éstos podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social. De ahí que cada adulto mayor tiene que crearse por sí mismo una rutina de actividades en que ocupar su tiempo y muchos se restringen a quedarse en su hogar, sintiéndose aislados y poco útiles (Barros 1991a, b; 1993; 1994b). Moragas (1991) habla del “rol sin rol” del adulto mayor, es decir una posición social

en que no se poseen obligaciones, puesto que principalmente las obligaciones en la sociedad son laborales.

Al respecto Villaseca (1988) plantea que los adultos mayores “debieran constituirse en agentes educativos para la comunidad y en activos participantes en la transferencia de experiencias psicológicas y sociales que no están sujetas al veloz cambio científico y tecnológico actual” (p.10). Así, Baró (1985) señala algunos ejemplos de actividades que realizan los adultos mayores en otros países, como por ejemplo, en Jamaica, donde las mujeres de edad avanzada que han sido madres ofrecen consejos sobre cómo amamantar, o en Bélgica, donde estas mujeres cuidan los hijos de la mitad de la población de madres trabajadoras. De todos modos, el autor indica: “de nada vale cuán importante sea, la función de esas madres ancianas no es socialmente aceptable o reconocida. A nadie le importa”(p.88).

En un estudio realizado por Carmen Barros (1991a), los adultos mayores opinaron respecto a las oportunidades que Chile ofrece a quienes envejecen. La mayoría opinó que nuestra sociedad no les brinda oportunidades, señalando en primer lugar la ausencia de servicios ya sean centros, clubes, casas de reposo o consultorios médicos especializados. En segundo lugar, mencionaron la inexistencia de oportunidades de trabajo a pesar de que muchos de ellos quieren y pueden trabajar. Por último, destacaron las deficiencias en las jubilaciones ya sea porque consideraron que su monto era bajo, que existen muchas trabas en la tramitación y /o por el limitado acceso a este beneficio.

Sánchez (1990) menciona algunos eventos comunes que afectan la vida de los adultos mayores y a los cuales deben adaptarse. Entre éstos señala el retiro del trabajo y los cambios en la salud (temas desarrollados en los párrafos anteriores), los cambios en el ciclo familiar,

como lo es la etapa del nido vacío, es decir, cuando el último hijo abandona el hogar, la etapa de ser abuelo o abuela, y la etapa de la viudez. También menciona los cambios de residencia o relocalización de tipo comunal o institucional, fuente importante de adaptación a la vejez. Este cambio residencial puede ser allegarse a la casa de familiares, cambiarse a una vivienda más pequeña o económica, o bien, ingresar a una institución para personas de edad avanzada, que en muchas ocasiones es involuntario y que trae consigo un conjunto de consecuencias generalmente negativas ya que las personas pierden su independencia.

Además de mencionar los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren en el proceso de envejecimiento, es relevante señalar las propuestas que intentan promover un envejecimiento satisfactorio.

1.3. Envejecimiento Exitoso

Según C. Barros (1996; 1999) un envejecimiento en condiciones exitosas y con bienestar depende de la combinación de tres factores:

- Las características del entorno social y las oportunidades de condiciones sociales de vida que ofrece la sociedad, que, como se mencionó en párrafos anteriores, en Chile son menoscabantes.
- Las condiciones personales, es decir, los eventos vitales y las dificultades cotidianas que experimentan los individuos, es decir los cambios, las limitaciones y las pérdidas personales, tales como enfermedades, muerte de seres queridos, cambios en la situación familiar, problemas económicos, etc.
- El modo de adaptación o enfrentamiento a ambas condiciones por parte de los individuos que envejecen. Esta adaptación depende en gran parte de la plasticidad de los adultos mayores y de la capacidad de asumir un papel activo en la construcción de su propio envejecimiento.

En Chile, los adultos mayores suelen enfrentar las condiciones sociales de vida de un modo que se caracteriza por “significar la vejez como un período donde el deterioro es algo esperable y natural, causado en pequeña parte por una disminución en las condiciones físico orgánicas y en gran parte por las características de la sociedad” (Barros, 1996, p.72). De esta manera, la actitud más generalizada que asumen frente al envejecer es de resignación y apatía frente a lo que les acontece, lo que los conduce a autolimitarse y aislarse (Barros, 1996).

Para conseguir un envejecimiento exitoso, Rowe y Kahn (1997, en Barros, 1999) proponen tres factores:

1. Evitar o prevenir el riesgo de enfermedad o discapacidad, por medio de una dieta adecuada, ejercicio físico y la asistencia a los servicios médicos.
2. Mantener un buen funcionamiento físico y mental, a través de la realización de actividades útiles, relacionarse con otros intercambiando principalmente apoyo afectivo, desarrollar la percepción de autoeficacia y la capacidad de enfrentar situaciones estresantes.

En este punto, cabe señalar un estudio de la OMS (1989, en Gracia, 1997) en el cual se observó que una vida socialmente activa durante la tercera edad, en comparación con el escaso mantenimiento de relaciones sociales, se asocia a una mayor satisfacción con la propia vida, así como con una mayor capacidad funcional.

3. Mantenerse comprometido con la vida al realizar actividades valoradas y al relacionarse con otros, siendo especialmente importante el intercambio de apoyo afectivo. Es en este ámbito en donde se introduce la variable apoyo social, con sus consecuentes efectos en la salud y el bienestar de las personas.

Carmen Barros (1999) presenta en forma esquemática los contenidos actuales o usuales del proceso de envejecer en Chile, comparándolos con los contenidos que se requieren para lograr un envejecer exitoso y con un buen nivel de bienestar:

Tabla 12: Contenidos actuales del proceso de envejecer en Chile

	Contenidos Actuales	Contenidos requeridos para envejecer exitosamente
Ideas sobre vejez	Etapa de deterioro esperable y natural	Etapa de cambios cuya calidad depende de lo que uno haga
Creencias sobre sí mismo	Pasivo, resignado	Papel activo. Responsable de la calidad de su envejecer
Sentimiento	Temores a enfermar y discapacitarse, a la soledad, a no tener recursos	Confianza en la propia capacidad
Estados anímicos y disposiciones a actuar	Resignarse, autolimitarse Dejarse estar, aislarse Sucumbir al abatimiento	Preocuparse y responsabilizarse por buscar el modo de envejecer mejor Esforzarse por salir adelante Valor para luchar y tesón para proseguir frente a los obstáculos

Fuente: Barros, 1999.

Este modelo destaca la posibilidad de intervenir en el proceso de envejecimiento, diferenciándose del modelo médico que considera el envejecer como el desarrollo de un deterioro inalterable e inevitable del organismo. De ahí que permite tomar medidas y crear estrategias de acción abocadas a favorecer un envejecimiento más satisfactorio, ya sea interviniendo en las condiciones sociales y/o en los propios individuos que envejecen, requiriendo especialmente la involucración de estos últimos en su propio proceso.

En relación con lo anterior, C. Barros (1999) señala:

Conviene que el adulto mayor entienda que las condiciones que le ofrece la sociedad son el contexto en el que ir construyendo su propia manera de envejecer. Junto con esto tiene que darse cuenta que la calidad de su envejecer depende, en parte, de su capacidad de adaptarse, es decir, de enfrentar, interpretar y dar respuesta a lo que le ocurre (p.4).

Los adultos mayores son capaces de resolver los problemas que les ocurren y compensar las pérdidas y limitaciones (o restricciones) pero esto implica enfrentarlos, es decir, otorgarles un significado que los haga aceptables, con un estado de ánimo positivo que motive a seguir adelante y con una disposición a actuar que les permita responder y adecuarse a las circunstancias, de modo que ellas afecten lo menos posible a su bienestar (Barros, 1994b; 1996).

2. SALUD MENTAL

2.1. Antecedentes

El estudio de la salud mental ha sido comúnmente abordado desde un enfoque médico-psiquiátrico, el cual se ha remitido a definir esta temática en base a los trastornos psicopatológicos. Esto ha llevado por un lado, a entender la salud mental como la presencia o ausencia de enfermedad, y por otro, a definir y abordar los trastornos mentales desde la esfera curativa más que preventiva (Sánchez, 1988; Alfaro, 1993; Álvaro y Páez, 1996).

No obstante lo anterior, se reconoce la existencia de otros modelos explicativos sobre salud mental, tales como los modelos psicosociales y los sociológicos (Álvaro y Páez, 1996). De todos modos, independiente del modelo que se considere, es imposible encontrar uno que incluya las diversas definiciones y acercamientos a este fenómeno. Las concepciones sobre salud mental varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnósticos utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. En términos de Álvaro y Páez (1996):

... designar a una persona o un grupo social mentalmente sano o enfermo varía según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. Entonces, el que una persona sea considerada como enferma o con un deterioro en su bienestar psicológico, no sólo depende de alteraciones emocionales o de la personalidad sino también de las actitudes de la sociedad con relación a este tipo de alteraciones (p.382).

Desde la psicología, existen diferentes perspectivas sobre el tema, incluyendo entre ellas, las que aluden a los factores psicosociales como fundamentales para entender la salud mental (Páez et al., 1986; Sánchez, 1988; Alfaro, 1993; Álvaro y Páez, 1996). Siguiendo a Gyarmati (1993, en Varela, 1997), básicamente, se pueden distinguir dos modelos genéricos

en salud mental, el modelo psiquiátrico y el modelo basado en el concepto de bienestar psicosocial. Al respecto, Páez et al. (1986) define el primer modelo como negativo, puesto que considera la salud mental a partir de la cantidad de sujetos que sufren un trastorno psíquico (prevalencia) o la cantidad de sujetos que han comenzado a sufrir una enfermedad mental en un momento dado (incidencia). Por otro lado, define al segundo modelo como positivo, donde la salud y el bienestar de la población se deducen a partir de la cantidad de sujetos, que de alguna forma sufren de malestar psicológico, pero donde este malestar tiene como referencia un estado de bienestar, felicidad y desarrollo personal. En esta última orientación, la presencia de síntomas es una condición necesaria para definir salud mental, sin embargo no es un determinante de ésta.

El panorama anterior daría cuenta, según Álvaro y Páez (1996) del problema de confusión entre salud y enfermedad mental, ya que enfermedad y salud mental no son situaciones que permitan definir a una de ellas como la ausencia de la otra. En términos de Páez et al. (1986):

... salud y enfermedad (si utilizamos todavía los viejos términos) son dos caras de una misma moneda, y no realidades opuestas (bienestar-malestar...), es decir, que no hay enfermedad sin salud, y viceversa; que ambas dependen de la "calidad de vida" de unas personas y comunidad(es), es decir, son las resultantes o el resultado del nivel de calidad de vida bio- psicosocial de una comunidad; que, por tanto, esos niveles y problemas de salud están en, o pertenecen a, o los adquirimos de y los devolvemos a la comunidad (Páez et al., 1986. p.17)

Por su parte, Alfaro (1993) plantea que las definiciones y modelos de salud mental, en general, presentan dos importantes limitaciones. Por un lado, existe la dificultad relacionada con que las definiciones son elaboradas en base a la enfermedad, que consideran la salud como efecto residual y/o sólo como ausencia de enfermedad. Y en segundo lugar, estas definiciones

son genéricas, por lo que no permiten ser operacionalizadas fácilmente ya que no entregan precisiones sobre sus componentes y sobre sus determinantes. Esto impide determinar los factores sociales y personales que protegen, fomentan o arriesgan la salud. Es importante según Sánchez (1988) y Alfaro (1993) hacer estas precisiones, dado que cualquier intento de intervención que valore la prevención y la promoción, requiere de definiciones positivas y operacionalizables.

Por otra parte, Alfaro (1993) señala la dificultad en la definición del campo de la salud mental, ya que se tiende a confundir la forma de operar de ésta con el modelo médico de la psiquiatría, plantea entonces concebir el campo de la salud mental como una instancia en que intervendrían diferentes ciencias sociales y del comportamiento, las cuales tendrían como finalidad obtener mejores niveles de bienestar psicosocial en la comunidad, y no sólo discriminar criterios de presencia o ausencia de enfermedad mental.

2.2. Concepto de Salud Mental

La definición de salud mental tiene estrecha relación con el concepto de salud en general, el cual ha evolucionado desde una concepción médico biologicista, centrado en la presencia o ausencia de enfermedad, a una concepción que se abre a la inclusión de los factores psicológicos y sociales. Es así como la Organización Mundial de la Salud conceptualiza la salud como “aquel estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencias” (OMS, 1946 en Sánchez, 1988).

Por su parte, en el contexto nacional esta concepción también se ve reflejada en el planteamiento del Ministerio de Salud:

El concepto de salud, y en especial la salud mental, no sólo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino que las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones sociales a lo largo de la vida... (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000, p.9)

Específicamente en el tema del adulto mayor, Carmen Barros (1992) ha señalado que la salud en esta etapa de la vida, no se refiere solamente a la ausencia de enfermedad sino que lo que interesa es si se ve afectada o no su capacidad funcional. Además indica que el nivel de bienestar no sólo depende de la satisfacción de las necesidades básicas de este grupo etéreo, sino que estaría mediado por las oportunidades que brinda el contexto social, en cuanto permiten actualizar las potencialidades y obtener una vida satisfactoria y con sentido.

De esta forma la salud mental adopta una perspectiva psicosocial, la que para Álvaro y Páez (1996) pretende integrar la salud física y mental, con el objetivo de no negar el carácter endógeno de algunas patologías mentales, pero considerando a su vez lo social como una característica relevante en el origen de los trastornos psicológicos, los que en su mayoría no poseen un carácter psicótico sino que se presentan generalmente en formas de malestar psicológico de baja intensidad y se distribuyen diferencialmente en los diversos grupos sociales.

Por otro lado, de acuerdo con estos autores, y como se mencionó en el apartado anterior, el concepto de salud mental presenta una cierta ambigüedad, en la medida en que dista de ser universalmente aceptado e incorpora en su definición aspectos valorativos. Es decir, varía según los autores y las distintas definiciones y modelos teóricos tanto psicológicos

como sociológicos o médicos. Además se unen los problemas derivados de la medición de este concepto, que tienen relación con la diversidad de enfoques metodológicos y de instrumentos de medición, lo que hace que las estimaciones sean variables

Sin embargo, los autores encuentran que, a pesar de que la salud mental sea en parte una construcción simbólica e históricamente determinada, se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes, aunque complementarias:

1. *Salud Mental como Ausencia de Síntomas*: Desde esta postura se utilizan criterios nosológicos de la psiquiatría, donde se incluyen la presencia relativa de síntomas, duración de éstos y el funcionamiento no integrado. Su medición se hace a través de cuestionarios estandarizados o entrevistas estructuradas realizados por personal técnico o investigadores clínicos. Sin embargo, esta definición es insuficiente, ya que excluye a numerosas personas que sin ser diagnosticadas, sufren un deterioro en su bienestar psicológico.
2. *Salud Mental como Bienestar Subjetivo, Físico y Emocional*: Esta concepción define la salud mental como un equilibrio positivo de afectos, en que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas. Aquí, tanto la afectividad positiva como la negativa son polos de un mismo continuo, por lo que, la relación entre ellas sirve como un indicador de felicidad o bienestar. De este modo, una alta afectividad negativa estaría asociada a ansiedad y estrés, mientras que una baja afectividad positiva estaría asociada a depresión. Lo normal sería un equilibrio afectivo con un predominio de niveles moderados de afectividad positiva, considerándose como atípicos tanto los niveles altos de afectividad positiva como negativa.

3. *Salud Mental como Calidad de Vida*: Esta postura se basa en un concepto difuso, que se refiere tanto a los aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos. En esta definición se incorporan además, aspectos sociales, físicos y psicológicos tales como la salud física, la salud mental, la integración y el bienestar general. Operacionalmente, se incluyen preguntas de satisfacción global con la vida, así como la satisfacción con dominios específicos de ésta (p.ej: la vivienda, el ocio, el trabajo, etc.).

La satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes esenciales en esta perspectiva, para lo cual se utilizan escalas de satisfacción vital e inclusive indicadores sociales o comunitarios, como tasa de desempleo, de mortalidad, ingreso, etc. Generalmente, las escalas de calidad de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del sujeto, como capacidad de afrontamiento, estrés percibido, etc.

4. *Salud Mental como Presencia de Atributos Individuales Positivos*: El principal exponente de esta perspectiva es Jahoda (1958) en Álvaro y Páez, 1996), quien considera la salud mental como el grado de éxito obtenido en diferentes esferas de la vida como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la resolución de conflictos, entre otros. Según esta autora, existen diferentes formas de concebir la salud mental a partir de los diferentes componentes que la conforman, como son el dominio del ambiente, autorrealización, autoestima, integración del yo, autonomía y adecuada percepción de la realidad. Por otro lado, Warr (1987, en Álvaro y Páez, 1996) destaca dentro de esta perspectiva el bienestar emocional, la competencia, la autonomía, la

aspiración y el funcionamiento integrado como los principales componentes de la salud mental.

2.3. Modelo Psicosocial de Salud Mental

El modelo psicosocial, en términos generales, plantea que la emergencia de los síntomas y del trastorno psicológico están determinados tanto por factores socioculturales como psicológicos, de manera que la presencia de salud o malestar se vincula con la interacción entre el sujeto y su entorno (Páez et al., 1986; Sánchez, 1988; Alfaro, 1993).

Distintos investigadores han realizado estudios basados en este modelo. Así, Alfaro (1993), ha señalado al estrés como un factor determinante en la aparición y mantención de los síntomas de salud mental, donde mediarían factores individuales, tales como la percepción de control del medio o de autoeficacia, y factores de contexto o sociales como los grados de integración, de pertenencia y el apoyo emocional, instrumental y material que se tenga, los que pueden ser entendidos como factores de riesgo y protección de los problemas de salud mental. El hecho de operacionalizar las distintas dimensiones o factores que influyen en la salud mental, según este autor, permite utilizarlos como indicadores positivos de bienestar psicosocial y como resultado de esto, permiten solventar en forma concreta la dimensión psicosocial de la salud mental, pudiendo convertirse en una propuesta que facilite el reconocimiento, la medición y la intervención, ya sea en el ámbito preventivo, curativo, de la rehabilitación y la promoción en el ámbito local, y en especial, en pensar en la posibilidad de un programa multisectorial.

Por su parte, Páez et al (1986) ha planteado distintas dimensiones, ampliamente interrelacionadas, que contendrían los factores relacionados con la emergencia de síntomas o la manifestación de un determinado grado de bienestar / malestar psicológico:

1. *Factores Macrosociales*: Factores que actuarían como predisponentes de sintomatología.

Entre éstos, el autor menciona la edad, el estado civil, el origen étnico, la clase social y el rol sexual, destacando estos dos últimos factores como los más relevantes.

Respecto a la clase social, se ha observado que el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo está asociado a una mayor probabilidad de presentar síntomas y a recibir un diagnóstico más severo, un tratamiento de menor especificidad (menos psicoterapéutico y más medicamentoso) y una estancia más larga en hospitales, en comparación con las otras clases sociales. Además, las personas que pertenecen a una clase social baja no sólo poseen menos recursos materiales sino también psicológicos, con lo que su control del medio es menor y sus estrategias de afrontamiento resultan más deficitarias y menos exitosas (Álvaro y Páez, 1996; Barros, 1996). Por otra parte, se ha propuesto (Páez et al., 1986; Álvaro y Páez; 1996) que las personas con problemas psicológicos tienen mayor probabilidad de pertenecer a una clase social baja o quienes por su estado mental tienen mayores probabilidades de sufrir una movilidad social descendente, aunque se ha encontrado evidencia empírica, ésta tiene menos fuerza que las investigaciones que avalan lo anteriormente expuesto. Sin embargo Álvaro y Páez (1996), creen que más que ser explicaciones opuestas, son realidades complementarias.

El otro factor macrosocial relevante es el rol sexual. El hecho de ser mujer, se relaciona con una peor salud mental que los hombres, con un mayor deterioro psicológico general, síntomas de ansiedad y depresión, independientemente de su estatus social y familiar.

Respecto a las diferencias en cuanto a la depresión, Álvaro y Páez (1996), concluyen que, en su mayoría, éstas tienen relación con la situación social de desventaja que ocupan las mujeres respecto a los hombres. Las causales podrían explicarse a partir de factores como la socialización diferencial, la asignación diferenciada de roles, diferencia en la expresión de las emociones, de modos de afrontamiento y de las posiciones en el mercado laboral.

Por otra parte, la mujer presenta una mayor longevidad, mayor morbilidad y menor mortalidad que el hombre. Al parecer, a las mujeres, culturalmente les es más fácil reconocer y expresar su enfermedad, lo cual favorece un diagnóstico precoz y una mayor adhesión a las prescripciones médicas (Páez et al., 1986).

2.- *Factores Microsociales*: Estos factores actúan como determinantes de vulnerabilidad y producción de síntomas psicológicos, en particular de síntomas depresivos y ansiosos. A su vez, permiten esclarecer la influencia de los factores macrosociales en la salud mental. Se incluyen los sucesos de vida estresantes, el apoyo social y las habilidades sociales de control del medio.

Los sucesos de vida estresantes son aquellos percibidos como amenazas hacia el bienestar físico o psicológico. La evidencia empírica señala que son los sucesos negativos los que influyen en el desarrollo de síntomas psicopatológicos.

El apoyo social, según Páez et al. (1986), se considera como el mediador social más importante del estrés, actuando como amortiguador del efecto de éste.

Las habilidades sociales de control del medio frente un evento estresante son aquellas conductas que se dirigen a resolver y enfrentar la situación problemática, con una creencia de ser capaz de resolver el problema y controlando las emociones.

3.- *Factores psicológicos*: Estos factores intervienen como mediadores en la configuración de la personalidad y en la aparición de síntomas depresivos y ansiosos; corresponderían al plano individual que se pone en interacción con su entorno. Entre ellos se mencionan la autoestima, autoimagen, estrategias de afrontamiento, esquemas cognitivos, estilo de atribución, niveles de expectativas, entre otros.

En definitiva el modelo psicosocial utiliza al menos dos tipos de factores para comprender, describir y explicar la emergencia de los síntomas en la salud mental. Un tipo de factores son los relacionados con la individualidad del sujeto, particularmente en lo que se refiere a cogniciones, conductas y formas de actuar y responder a las distintas situaciones de su vida, logrando adaptarse de mejor o peor forma; y otro tipo de factores que están relacionados con el entorno social, los que han sido abordados principalmente a partir del concepto de apoyo social (Alfaro, 1993). La relevancia de este concepto tiene relación con los efectos que provoca en la salud y el bienestar de las personas, fomentando directamente la salud o bien amortiguando las consecuencias negativas del estrés.

3. APOYO SOCIAL

3. 1. Antecedentes

El creciente interés por el estudio de esta variable surge en los comienzos de los años 70, a partir de los trabajos realizados separadamente por Cassel, Cobb y Caplan. Sin embargo, no puede obviarse el trabajo pionero de Emile Durkeim, realizado en 1897, respecto a los determinantes sociales del suicidio, donde observó que este hecho ocurría más frecuentemente en personas con pocos lazos sociales íntimos y se propuso que la pérdida de integración social o anomia es incompatible con el bienestar psicológico (Díaz-Veiga, 1987; Barrón, Lozano y Chacón, 1993; Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

En años posteriores, Cassel (1974, en Gracia et al., 1995) y Cobb (1976, en Gracia et al., 1995), mediante estudios diferentes, comprobaron que las personas sufrirán consecuencias negativas sobre su salud, al enfrentarse a situaciones vitales estresantes, a menos que experimenten estos sucesos en compañía de pares significativos o en un contexto significativo de apoyo. Por su parte, Caplan (1974, en Gracia et al., 1995) destacó la importancia de los grupos primarios en el bienestar de las personas, y su mayor aporte fue el estudio de los sistemas informales de apoyo y sus ideas respecto al rol que debe asumir el profesional en la prevención.

A partir de estos tres trabajos, se dio paso a un gran número de investigaciones realizadas por científicos sociales y de la salud, como también a un amplio desarrollo de programas de prevención e intervención basados en el apoyo social (Gracia, et al., 1995).

Las razones por las cuales ha surgido este creciente interés han sido señaladas por Cohen y Syme (1985, en Barrón et al., 1993). Una de ellas es su posible rol en la etiología de enfermedades y problemáticas psicosociales. Otra razón es el rol que puede desempeñar en programas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Por último, el concepto de apoyo social ha contribuido en la integración teórica acerca de las relaciones entre los factores psicosociales de riesgo y el desarrollo de los problemas sociales.

Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de trabajos que han surgido, el principal problema que se presenta de estos estudios es que no existe una definición universalmente aceptada de apoyo social (Díaz-Veiga, 1987).

3. 2. Definición de Apoyo Social

Para comenzar, cabe mencionar la frase tan renombrada: “existen tantas definiciones de este término como autores interesados en el tema”. Y es que el concepto apoyo social es complejo y tiene un carácter multidimensional, abarca diversos términos o constructos, los cuales adquieren importancia en la medida que cada investigador lo considere necesario según lo que pretenda evaluar (Martínez y García, 1995).

Como es común en las Ciencias Sociales, aún no se ha encontrado una definición de apoyo social que sea capaz de incorporar todos los conceptos a los que éste hace referencia. Para resolver esta problemática conceptual, Vaux (1988, en Gracia et al., 1995) ha planteado que es necesaria una taxonomía multidimensional. Para Lareiter y Baumann (1992, en Gracia et al., 1995) dicha taxonomía debería considerar los siguientes componentes:

1. Integración social: se refiere al grado de participación e implicación de un individuo en su comunidad y sociedad en general.

2. Red de apoyo: aquella parte de la red social capaz de brindar apoyo a una persona.
3. Clima de apoyo: hace referencia a la calidad de las relaciones y de los sistemas sociales que mantiene un sujeto, p.ej., la familia, amigos, trabajo, etc.
4. Apoyo proporcionado o recibido: dice relación con la existencia de transacciones que suponen ayuda ya sea desde la perspectiva del que la otorga como del que la recibe.
5. Apoyo percibido: percepción de un individuo respecto a la disponibilidad de ayuda en caso de necesitarla.

Ahora bien, en un intento por encontrar una conceptualización del apoyo social que integre la mayor cantidad de elementos comunes de otras definiciones y recoja los aspectos teóricos más referenciados, diversos autores (Díaz-Veiga, 1987; Barrón, 1992; Barrón y Chacón, 1992; Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995; Gracia, 1997) han concordado en la definición propuesta por Lin (1986, en Gracia et al., 1995) que conceptualiza el apoyo social como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales- percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis” (p.22).

Esta definición se articula en torno a cuatro ejes:

1. *Funciones del apoyo*: se mencionan las funciones instrumentales y las expresivas. La función instrumental hace referencia a actos que la persona realiza para lograr unos fines que difieren de los medios para alcanzarlos, por ejemplo, buscar empleo, recibir educación, etc. Por su parte, la función expresiva deriva de acciones expresivas, es

decir, acciones que la persona realiza y cuyo fin son ellas mismas, como por ejemplo, compartir problemas emocionales, intercambiar experiencias vitales, etc.

2. *La percepción-recepción del apoyo:* se considera que tanto la ayuda recibida -o “real”- como la ayuda percibida son importantes para el bienestar de las personas. La ayuda recibida se refiere a las transacciones reales de ayuda que se producen con respecto a un individuo. Por su parte, la ayuda percibida consiste en la evaluación que el individuo hace de esa ayuda.
3. *Los ámbitos o fuentes de apoyo:* en la definición se consideran tres niveles en los que se produce o puede producirse apoyo, éstos son la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas. Cada nivel proporciona un tipo de ayuda específica. La comunidad (ámbito más global) proporciona un sentimiento de pertenencia y de integración en la estructura social; las redes sociales producen sentimientos de vinculación, representando la existencia de vínculos reales con otras personas; y, por último, en el nivel más íntimo, las relaciones de confianza generan sentimientos de compromiso, los que provocan que las personas asuman normas de reciprocidad y cierta responsabilidad por el bienestar de los demás. De este modo, una relación basada en el sentido de pertenencia es menos sólida que una basada en el vínculo y, a su vez, ésta es menos sólida que una relación basada en el compromiso.
4. *La ayuda en situaciones cotidianas o de crisis:* la distinción entre ambos permite identificar el punto en que las relaciones sociales son capaces de fomentar el bienestar y proteger contra la enfermedad.

3. 3. Perspectivas Teóricas

El apoyo social ha sido abordado fundamentalmente a partir de dos perspectivas generales, una cuantitativa o estructural y la otra es una dimensión cualitativa o funcional.

3.3.1. **La perspectiva estructural**

Este enfoque enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas que rodean al proceso del apoyo social. El interés se centra en los elementos más identificables y objetivos de la red de relaciones sociales de una persona, es decir, en la existencia o cantidad de relaciones sociales (Gracia et al., 1995; Gracia, 1997; Sánchez, 1998).

Para una mejor comprensión de lo enunciado, se hace necesario distinguir entre los términos red social, apoyo social y red de apoyo. La *red social* hace referencia a las características estructurales observadas en las interacciones sociales, mantenidas por un individuo, grupo o comunidad; en palabras simples, es el entramado formado por las relaciones humanas. Por su parte, el *apoyo social* hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual. El concepto de *red de apoyo* es más restringido y se refiere al subconjunto de relaciones sociales, dentro de la red social, que desempeñan funciones de apoyo. De esta manera, la red social es la estructura de las relaciones sociales que proporciona el marco indispensable para que el apoyo social sea accesible a las personas, pues de otra forma, sin lazos sociales no es posible que una persona pueda acceder al apoyo social (Díaz-Veiga, 1987; Gracia et al., 1995; Gracia, 1997). Sin embargo, la mera existencia de relaciones no implica necesariamente la previsión de apoyo,

incluso es posible que estas relaciones sean origen de estrés o de conflictos (Páez et al., 1986; Durá y Gracés, 1991; Barrón, 1992; Martínez y García, 1995; Sánchez, 1998).

Desde la perspectiva estructural se han estudiado principalmente dos aspectos: el análisis de la integración y participación social y el análisis de redes sociales, considerando de las últimas tanto las variables estructurales (tamaño, densidad, etc.) como las variables de la interacción (multiplicidad, reciprocidad, etc.). En ambos casos se analizan los aspectos objetivos del apoyo social y, por tanto, la interpretación que los individuos hagan de su ambiente ocupa un lugar secundario (Gracia et al., 1995; Gracia, 1997).

3.3.1.1. *Análisis de la integración y participación social.* Este enfoque considera al apoyo social en términos de integración y participación. Por integración social se entiende la participación y compromiso – o implicación- de una persona con su comunidad o sociedad. De este modo, se operacionaliza el concepto de apoyo social en términos de existencia o cantidad de relaciones sociales (Díaz-Veiga, 1987) y así, cuanto mayor sea el número de relaciones sociales mayor será también el grado de integración/participación y, por consiguiente, habrá mayor apoyo social disponible. Sin embargo, si bien la existencia de relaciones sociales constituye el nivel básico del análisis, no es suficiente para que ocurran los procesos de apoyo social (Gracia et al., 1995; Martínez y García, 1995).

Estos estudios intentan identificar el potencial para el bienestar, en términos de apoyo social, a través de una única magnitud que es el número de relaciones sociales que mantiene la persona. Se han destacado por su rigor en el diseño y la metodología de investigación y, en especial, han contribuido a indicar la relevancia de lazos sociales como el matrimonio, el número de contactos con amigos y parientes, o la pertenencia y asistencia a organizaciones

religiosas, en el mantenimiento de un buen estado de salud y bienestar (Díaz-Veiga, 1987; Gracia et al., 1995).

Según Gracia et al. (1995), las críticas al análisis de la integración y participación social abarcan dos aspectos principales. El primero alude a la identificación de la integración con la frecuencia de contactos. Al respecto, varios autores sugieren que la integración no sólo se constituye como una mera suma de contactos sino que además es un concepto subjetivo que está estrechamente vinculado al sentimiento de pertenencia e identidad con la comunidad, para lo cual se hace necesario si su importancia en el apoyo social deriva de la cantidad de relaciones que posee la persona o, por el contrario, de su grado de compromiso con su comunidad.

La segunda crítica se refiere al cuestionamiento respecto a que todas las relaciones puedan provocar el mismo efecto en el bienestar de las personas. En este sentido, el autor plantea que algunos investigadores han estudiado las relaciones más significativas indicando la importancia de incorporar el aspecto funcional al menos en un primer nivel inicial.

3.3.1.2. *Análisis de las redes sociales.* Este enfoque define al apoyo social como producto de las interacciones sociales de un sujeto en una determinada red social, con características estructurales específicas. Por lo tanto, intenta describir los vínculos sociales que posee una persona, o un gran número de personas, en un punto de referencia determinado, prestando atención a múltiples aspectos y efectos de las relaciones, y donde las características individuales ocupan un segundo plano (Díaz-Veiga, 1987).

Existen numerosos parámetros para analizar la estructura de la red social. A continuación se presentan las variables más utilizadas, según Gracia et al. (1995), para

describir las redes sociales, divididas en dos grandes grupos, las variables tradicionales y las variables de interacción:

a) Variables tradicionales:

- El tamaño de la red: entendido como el número de personas que forman la red social de un individuo (Barrón et al., 1993; Horwitz, 1993; Gracia, 1997), de las cuales se consideran principalmente a las más significativas para el individuo puesto que los recursos sociales disponibles para un sujeto son mayores conforme éste sitúa sus interacciones más próximas al ámbito de las relaciones de confianza. Así, cuanto más significativa es una relación más influye en el conjunto de la estructura relacional del individuo. Por otra parte, se ha encontrado que esta dimensión se relaciona positivamente con un buen estado de salud (Barrón et al., 1993; Gracia, 1997), pero sólo hasta un determinado tamaño donde un incremento adicional puede no suponer más ayuda. Por último, cabe destacar que en términos generales, la información que proporciona el tamaño de la red social resulta insuficiente para evaluar la importancia que posee esa red en el ajuste de sus miembros (Gracia et al., 1995).

- La densidad: se refiere a la medida en que los miembros de una red social se conocen y se relacionan mutuamente, independientemente del individuo central. Al parecer, la densidad será óptima y contribuirá al bienestar, en función de los sujetos, sus necesidades y de la situación específica de cada individuo (Díaz-Veiga, 1985; Horwitz, 1993; Gracia et al., 1995). En general, “cuanto mayor sea la densidad, mayor será la exposición de la situación personal ante la red, lo que contribuirá a un aumento de respuestas emocionales en los miembros” (Gracia et al., 1995, p.38).

b) Variables de interacción:

- Multiplicidad: referida a la existencia de relaciones que cumplen más de una función o que incluyen más de un tipo de actividad (Díaz-Veiga, 1987; Horwitz, 1993; Gracia et al., 1995). Gracia et al. (1995) señala que las personas con las que el individuo establece relaciones de confianza son capaces de satisfacer gran cantidad de necesidades de apoyo, en cambio aquellas personas de la red que son más distantes tienden a proporcionar conductas específicas de apoyo dependiendo del tipo de relación establecido con el individuo.

- Reciprocidad, direccionalidad o simetría: se refiere al “equilibrio o desequilibrio del intercambio producido en la relación entre dos personas” (Díaz-Veiga, 1987, p. 134) y tiene relación con la bidireccionalidad de los intercambios de apoyo, en una proporción equitativa, entre los miembros de una relación. Diversos estudios señalan la importancia de la equidad en las relaciones entre personas, destacando que no sólo es positivo para la salud el hecho de recibir apoyo por parte de otros sino también lo es el proporcionar apoyo a los demás y la simetría de la equidad percibida en el intercambio. De esta manera se plantea que los intercambios recíprocos óptimos son equitativos, mientras que la ausencia de reciprocidad puede generar sentimientos negativos (Gracia et al., 1995).

- Variables temporales, de frecuencia y geográficas: se consideran dentro de este tipo de características, las variables como la frecuencia de contacto, la duración de la relación, la antigüedad, el tiempo invertido en el contacto y la dispersión o distancia geográfica en las relaciones (Díaz-Veiga, 1987; Gracia et al., 1995).

- Homogeneidad: hace alusión al grado de semejanza y congruencia entre los miembros de una red social en una dimensión determinada, tales como similares características demográficas, experiencias, valores, actitudes, nivel cultural, etc. Este concepto emerge al observar que la frecuencia e intensidad de las relaciones entre las personas está en función de sus similitudes en las características sociales y psicológicas. Algunos autores manifiestan la conveniencia de poner en contacto a aquellos individuos que han sufrido experiencias semejantes, puesto que esta similitud fomenta entre ellos el intercambio de experiencias, un elevado nivel de empatía, la obtención de feedback y modelo de roles adecuados. Al respecto, se ha detectado que las personas mayores que cuentan con amigos próximos de la misma edad tienen un mejor ajuste psicológico (Díaz-Veiga, 1987; Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995).

Estos estudios se caracterizan por sus esfuerzos en operativizar conceptos a través de medidas objetivas, entendidas como la información entregada por los miembros de una red respecto a un individuo. La principal crítica alude a un problema en la definición de la red social, puesto que en este tipo de análisis sólo se consideran las personas más significativas, por lo tanto se estaría tomando en cuenta exclusivamente la red de apoyo de una persona. Algunos autores señalan que el utilizar sólo la red de apoyo convierte al apoyo en una constante y no en una variable, pudiendo crearse una imagen errónea de las relaciones sociales, olvidando el hecho de que éstas conllevan conflictos, además del apoyo (Gracia et al., 1995).

3.3.2. La perspectiva funcional

Esta dimensión se centra en los aspectos cualitativos del apoyo social, ocupándose de analizar la medida en que las relaciones sociales satisfacen diferentes necesidades o, en otros términos, desempeñan diferentes funciones; así como también se centra en la percepción y/o recepción del apoyo social (Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995; Gracia, 1997; Sánchez, 1998). Según Díaz-Veiga (1987), desde esta perspectiva se intenta “agrupar las consecuencias positivas que para las personas tiene el acceso y mantenimiento de relaciones sociales”(p.129).

3.3.2.1. *Funciones del apoyo social*

En la definición de apoyo social dada por Lin et al. (1986, en Gracia et al., 1995) se menciona que las funciones de apoyo pueden agruparse en dos grandes tipos: las funciones instrumentales y las funciones expresivas. Tal como se señaló en párrafos anteriores, la función instrumental se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas, tales como buscar empleo, recibir educación, obtener ayuda en el cuidado de los hijos, etc., lo cual implica que los fines buscados difieren de los medios para alcanzarlos. En cambio, la función expresiva hace referencia a las relaciones tanto como un fin en si mismas, como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir problemas emocionales, intercambiar experiencias vitales, etc. (Gracia et al., 1995; Gracia, 1997).

Además de esta taxonomía, existe una amplia gama de definiciones y distinciones entre múltiples funciones de apoyo, asignadas por diferentes autores. En general, hay tres tipos de apoyo que son mencionados y reconocidos por la mayoría de los autores (Barrón et al., 1993; Barros, 1993; Horwitz, 1993; Martínez y García, 1995; Gracia et al., 1995; Sánchez, 1998):

1. *Apoyo emocional*: hace referencia al área afectiva, se relaciona con conductas que expresan sentimientos de empatía, afecto, simpatía y confianza (Barrón et al., 1993; Horwitz, 1993; Barros, 1993; Gracia et al., 1995). Se plantea que este tipo de apoyo es el más importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar. En efecto, su pérdida tiene un impacto negativo sobre la salud. Para explicar este mecanismo se destacan tres posibles explicaciones. La primera hipotetiza que este tipo de apoyo aumenta la autoestima del individuo por el hecho de sentirse valorado y aceptado por los demás, lo cual ayudaría a tener buenas relaciones sociales y, por tanto, a resolver las situaciones sociales estresantes. Otro mecanismo hipotetizado, basado en la teoría de la atribución, es que al darse cuenta de que otras personas comparten las mismas dificultades, se reduciría la gravedad y la amenaza percibida de los eventos negativos (Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995). Por último, se considera el apoyo emocional como motivador, animando al sujeto a persistir en su intento de solucionar los problemas, logrando convencerlo de que pueden ocurrir mejoras en su situación problemática y ayudándole a soportar la frustración.
2. *Apoyo informacional y estratégico (también denominado "cognitivo")*: definido como el proceso a través del cual las personas buscan información, consejo y/o guía, que les sirva de ayuda para superar sus problemas (Barrón et al., 1993; Horwitz, 1993; Barros, 1993; Gracia et al., 1995). No es fácil separar este tipo de apoyo del apoyo emocional.

Si bien teóricamente la distinción es clara, en la práctica esta distinción se dificulta puesto que el recibir consejo puede ser percibido por el receptor como expresión de cariño y preocupación por él (Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995).

3. *Apoyo material, tangible o instrumental*: prestación de ayuda directa o servicios que facilitan resolver problemas prácticos o que contribuyen a crear condiciones de vida más favorables (Barrón et al., 1993; Horwitz, 1993; Barros, 1993; Gracia et al., 1995). Al parecer, este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar porque “reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades y preocuparse por un mayor crecimiento personal” (Gracia et al., 1995, p.48). Es especialmente relevante en el caso de personas con bajos ingresos o con carencia de recursos materiales. Al igual que el apoyo cognitivo, el apoyo material puede considerarse a su vez como apoyo emocional. Barrón et al. (1993), señalan que “en ocasiones, tanto el informacional como el tangible pueden considerarse asimismo como apoyo emocional, siempre que no se den por obligación (por ejemplo, cuando el donante es un profesional)” (p.212).

Se puede apreciar que estas funciones pueden insertarse dentro de los grupos mencionados por Lin (1986, en Gracia et al., 1995). De este modo, el apoyo emocional recogería la función expresiva, en tanto que el apoyo informacional como el apoyo material o tangible, serían parte de las funciones instrumentales (Gracia et al., 1995).

3.3.2.2. *Percepción – recepción del apoyo social*

Otro tema del cual se ocupa la perspectiva funcional tiene relación con dos términos que se encuentran en discusión respecto a su pertinencia en el estudio del apoyo social. Los términos se denominan apoyo percibido y apoyo recibido.

El apoyo social percibido hace referencia a las percepciones de apoyo que tienen las personas con respecto a sus relaciones sociales; el segundo término alude a “las transacciones reales de apoyo que se producen entre la persona y su entorno” (Gracia et al., 1995, p.49). La polémica se refiere a si se debe tener en cuenta sólo los aspectos objetivos del apoyo o si hay que tomar en consideración también la dimensión subjetiva del mismo (Barrón y Chacón, 1992).

El concepto de *apoyo percibido*, según Gracia et al. (1995), se reconoce como importante puesto que en la percepción va incluida ya la evaluación que el individuo realiza de los procesos en que se ve implicado y por otra parte, “constituye la única vía para conocer las representaciones psicológicas que los individuos mantienen sobre sus sistemas de apoyo” (p.52). Además, es ampliamente reconocido que la percepción de apoyo, es decir, el prever que se obtendrá apoyo cuando sea necesario, facilita el enfrentamiento de las situaciones problemáticas, independientemente de acceder o no a los recursos con los que se creía contar. En este sentido, en ocasiones, el sólo hecho de que la persona se sienta rodeada de otros, capaces de comprenderla y de escuchar sus problemas, puede ayudarla a superar sus dificultades personales.

Entre las críticas realizadas a los estudios del apoyo social percibido, Gottlieb (1985, en Gracia et al., 1995), señala que este tipo de investigaciones no permiten una comprensión acabada de los procesos que subyacen la conducta de las relaciones próximas puesto que

adoptan una perspectiva psicológica en vez de una perspectiva transaccional. De este modo, no se consideran las conductas implicadas en el intercambio social ni se atiende a los procesos sociales que constituyen apoyo social. Más bien, señala el autor, esta perspectiva “evalúa la sensación psicológica de apoyo – una representación cognitiva cuya correspondencia con la realidad es incierta” (p.53). Así, es posible que se realicen inferencias muy sesgadas sobre el objeto de estudio.

Por su parte, el estudio del *apoyo social recibido* permite analizar las transacciones que se dan entre la persona y su entorno, relegando a un segundo plano la experiencia subjetiva de esos intercambios. De este modo, el recuento de las conductas presumiblemente de apoyo escapa al sesgo perceptivo (Gracia et al., 1995).

Como parte del concepto de apoyo recibido se considera tanto la opinión del que provee apoyo como del que lo recibe, obteniéndose así información respecto a la transacción, desde estas dos perspectivas diferentes pero complementarias. De todas maneras, comúnmente el acuerdo que se obtiene entre ambos individuos no pasa del 50-60% (Gracia et al., 1995).

Los cuestionamientos que surgen a partir de este tipo de estudio, según Gracia et al. (1995), señalan como insuficiente la mera enumeración de las conductas de apoyo, considerando que la percepción de las conductas de apoyo depende del momento en que éstas se presenten y/o de la persona que la provea, pudiendo evaluarse negativamente en caso de que no sea el momento apropiado o la persona idónea; y alternativamente, hay conductas que en apariencia no parecen ser de apoyo pero que pueden resultar útil a una persona. Estos ejemplos evidencian la necesidad de introducir el elemento subjetivo para valorar el modo

cómo se percibió. Se hace preciso conocer qué conductas suponen apoyo social y bajo qué circunstancias esas conductas son percibidas como tales.

Por último, como refiere el autor, la principal crítica que se ha hecho al apoyo social recibido es su escaso efecto sobre el bienestar y el ajuste psicosocial del individuo. Sin embargo, esta crítica, según el autor, es aún prematura en su juicio. Todavía es necesario aclarar la confusión conceptual existente y “depurar las medidas de apoyo recibido para eliminar de ellas todo lo que no sea estrictamente “apoyo”” (Gracia et al., 1995, p.57).

3.4. Efectos del Apoyo Social

De todo lo anteriormente expuesto es posible entrever, en términos generales, que el apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar de las personas. A principio de los 70, Caplan (1974, en Gracia et al., 1995) planteó explícitamente esta idea, y desde entonces numerosos estudios han intentado demostrar la relación entre estas variables.

Sin embargo, los mecanismos específicos que dan cuenta de la relación entre apoyo social y la salud aún no han sido demostrados. Se han hipotetizado dos formas fundamentales de actuación o dos tipos de efectos (Durá y Garcés; 1991; Barrón, 1992; Barrón y Chacón, 1992; Barrón et al., 1993; Barros, 1993; Gracia et al., 1995).

3.4.1. Efecto Principal o Directo

Esta teoría sostiene que el apoyo social fomenta directamente la salud y el bienestar, independientemente del nivel de estrés que experimente una persona (Barrón, 1992; Barrón y Chacón, 1992; Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995; Sánchez, 1998). De este modo, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social

mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes. Cabe destacar que lo anterior no significa que en presencia de estresores sociales el apoyo social deje de actuar, sino que ejerce una influencia independiente de éstos (Barrón, 1992; Barrón y Chacón, 1992). Gráficamente, esta hipótesis se representa de la siguiente manera:

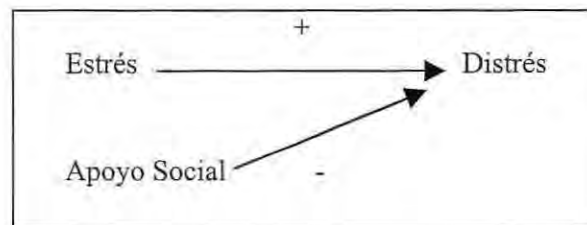


Fig. 1: Modelo de Efecto Principal del Apoyo Social

3.4.2. Efecto Amortiguador o “Buffer”

Este modelo sostiene que el apoyo social, en condiciones de estrés elevado, protege a los individuos de los efectos o las influencias negativas del estrés sobre el estado de ánimo y el funcionamiento psicológico, y facilita los procesos de afrontamiento y adaptación, reduciendo así las posibilidades de enfermedad física o mental, en general, de patologías inducidas por el estrés. De este modo, sin la presencia de estresores sociales el apoyo social no tendrá impacto sobre el bienestar y la salud, constituyéndose así, como un moderador bajo el cual los eventos vitales estresantes ejercen un menor impacto. Inversamente, a un nivel bajo o en ausencia de apoyo social, el estrés tendrá efectos perjudiciales o incrementará la probabilidad de aparición de problemas (Durá y Garcés, 1991; Barrón y Chacón, 1992; Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995; Sánchez, 1998). Esto se grafica del siguiente modo:

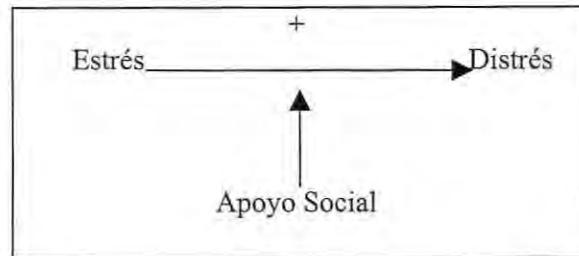


Fig. 2 : Modelo del Efecto "Buffer" del Apoyo Social

Ahora bien, para cumplir este papel protector, el apoyo social puede intervenir en dos puntos de la cadena causal que relaciona estrés con psicopatología: (Barrón, 1992)

- Entre los sucesos vitales estresantes y la reacción de estrés, atenuando o previniendo la respuesta de evaluación de este último.
- Entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico, al reducir o eliminar la reacción de estrés, o por influencia directa en las conductas de enfermedad o procesos fisiológicos.

Esto se grafica en el siguiente cuadro:

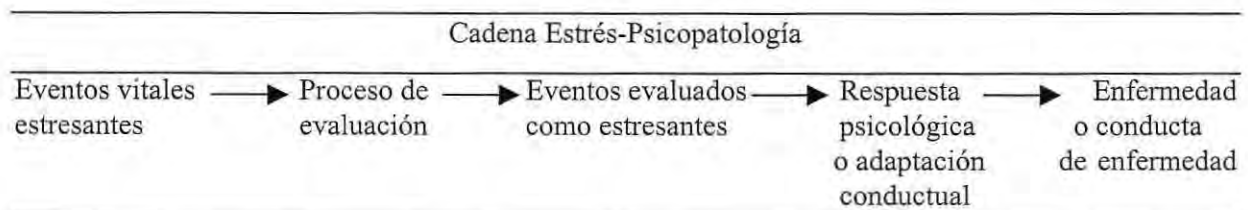


Fig. 3: Intervención del efecto "Buffer" del Apoyo Social en la cadena estrés-psicopatología.

Ambas hipótesis han recibido un abundante respaldo empírico y la mayoría de los autores opina que no son incompatibles. Al parecer, el tipo de efecto que ejerce el apoyo social depende del modo como se lo considere o conceptualice en una investigación. Así, se ha observado que los efectos directos del apoyo social aparecen en investigaciones que usan medidas estructurales; en cambio, los efectos protectores ocurren cuando se conceptualiza el apoyo social según su dimensión funcional (Barrón et al., 1993; Gracia et al., 1995; Sánchez, 1998)

Es interesante conocer el estudio de Argyle (1992) quien ha observado que los efectos del apoyo social son diferentes según el tipo de relación que se establezca entre los individuos. Señala que se ha descubierto que las relaciones sociales más íntimas, especialmente las relaciones familiares, tienen efectos amortiguadores, puesto que actúan principalmente en situaciones de estrés. Por su parte, las relaciones de amistad producen consecuencias favorables independientemente del nivel de estrés, o sea, tienen un efecto directo.

3.5. Evaluación del Apoyo Social

Díaz -Veiga (1987) destaca las deficiencias conceptuales y metodológicas en el abordaje del apoyo social. Señala, en primer lugar, la gran diversidad conceptual del constructo y, como consecuencia de esto, la elaboración de muy distintas medidas que intentan conocer y analizar parámetros asociados al apoyo social, desde diferentes perspectivas. En cuanto a los instrumentos de evaluación, indica que la estrategia de elaboración más comúnmente utilizada consiste en construir técnicas (rápidas, aplicables y convenientes a los propósitos del estudio), que en gran parte de los casos apenas cuentan con una fiabilidad y validez adecuadas.

Respecto a lo anterior, la autora es categórica:

En resumen, se podría afirmar que conceptualización y definiciones confusas dan lugar a instrumentos de medida imprecisos, que no pueden reunir (y no reúnen) características de rigor (Díaz-Veiga,1987, p.128).

Además, afirma que esta diversidad en lo que hace referencia a las conceptualizaciones e instrumentos de evaluación utilizados, dificulta realizar comparaciones entre los hallazgos de los distintos estudios, siendo imposible establecer conclusiones.

Gracia et al.(1995), plantea que existen estudios sobre apoyo social sustentados en instrumentos bien diseñados. Sin embargo, se hace difícil comparar los resultados o los instrumentos debido a que, comúnmente, dichos trabajos se plantean objetivos muy diferentes. Indica que por este motivo “es difícil imaginar un instrumento que pudiera adaptarse a todas las situaciones y que pudiera ser empleado en todo tipo de investigación” (p.67).

De los instrumentos de evaluación que se han utilizado, Vaux (1992, en Gracia et al., 1995) señala cuatro aspectos que reflejan la precariedad de éstos:

1. La existencia de numerosos instrumentos creados con pocos ítemes, lo cual limita la fiabilidad y no representa adecuadamente lo que se quiere medir.
2. La existencia de pocos instrumentos con una aceptación general.
3. Se encuentran pocas medidas con propiedades y fiabilidad reconocidas.
4. En vista del gran crecimiento del concepto de apoyo social, se hace necesario renovar los esfuerzos de medición.

Instrumentos de medida del apoyo social

Los instrumentos que evalúan el apoyo social varían según la perspectiva o dimensión que se considere de esta variable. Gracia et al. (1995) mencionan y examinan los instrumentos más utilizados en cada una de estas perspectivas. En este apartado, sólo se señalarán los instrumentos; para una mayor profundización se recomienda revisar directamente la fuente bibliográfica, considerando también el examen realizado por Díaz-Veiga (1987).

Perspectiva estructural.

Es importante recordar que, en esta dimensión, se realizan dos tipos de análisis: la integración y participación social, y el análisis de redes sociales.

En cuanto al análisis de integración y participación social, los instrumentos considerados como relevantes por los autores son:

- 1.- Índice de redes sociales (Berkman y Syme, 1979)
- 2.- Escala de interacción y satisfacción con la comunidad de vecinos (Lin et al., 1979)
- 3.- Cuestionario de apoyo social comunitario AC-90 (Gracia y Musitu, 1990)

Respecto al análisis de las redes sociales, cabe mencionar que gran parte de los instrumentos utilizados proporcionan también índices de la dimensión funcional y son:

- 1.- Cuestionario de la Red Social SNQ (Hirsh, 1979)
- 2.- Escala de Relaciones Sociales SRS (McFarlane et al., 1981)
- 3.- Cuestionario de Apoyo Social SQS (Sarason et al., 1983)
- 4.- Entrevista de la Red de Apoyo Social SSNI (Fisher, 1982)

- 5.- Entrevista de Apoyo Social ASSIS (Barrera, 1981)
- 6.- Escala de los Recursos Sociales SSR (Vaux y Harrison, 1985)
- 7.- MISS (Veiel, 1990)

Perspectiva Funcional

En esta dimensión, la evaluación también varía dependiendo de que se considere el apoyo percibido o bien, el apoyo recibido.

Los instrumentos más utilizados para medir apoyo social percibido (o percepciones de apoyo) son:

- 1.- Entrevista de Apoyo Social ASSIS (Barrera et al., 1981)
- 2.- Escala de las Relaciones Sociales SRS (McFarlane et al., 1981)
- 3.- Cuestionario de Apoyo Social SSQ (Sarason et al., 1983)
- 4.- DIRF (Hirsch, 1979)
- 5.- Escala de Apoyo Social Percibido para Amigos y Familia PPS (Procidano y Heller, 1983)
- 6.- Inventario de Relaciones Familiares FRI (Holahan y Moos, 1982)
- 7.- Inventario de las Relaciones Laborales WRI (Holahan y Moos, 1982)
- 8.- Lista para la Evaluación del Apoyo Interpersonal ISEL (Cohen y Hoberman, 1983)
- 9.- SPS (Russel y Cutrona, 1984)
- 10.- Escala de la Provisión de Relaciones Sociales PSR (Turner et al., 1983)
- 11.- Escala de Kaplan Revisada RKS (Turner et al., 1983)
- 12.- SSA (Vaux et al., 1983)
- 13.- Escala de Apoyo Social Percibido (Rodríguez-Marín et al., 1989)

Por último, las medidas de apoyo social recibido, o bien, de las conductas de apoyo son:

- 1.- Inventario de Conductas Sociales Proveedoras de Apoyo ISSB (Barrera et al., 1981)
- 2.- Conductas de Apoyo Social SSB (Vaux et al., 1987)
- 3.- Inventario de Recursos Sociales en personas mayores (Díaz-Veiga, 1992)

Como puede apreciarse, la evaluación del apoyo social aún se encuentra en una fase primitiva, convirtiéndose en un tema controvertido.

Lo relevante, al momento de realizar una evaluación es determinar específicamente los aspectos ha considerar del apoyo social puesto que cada uno de ellos tiene efectos diferentes sobre el bienestar de las personas. Además se hace necesario especificar los objetivos de la investigación para determinar las medidas ha utilizarse. De este modo, los análisis de redes (estructurales) serán más adecuados cuando se busca obtener un conocimiento global y objetivo de las relaciones sociales que mantiene un sujeto, mientras que un análisis funcional será más indicado para estudiar asociaciones entre apoyo social y salud o bienestar (Díaz-Veiga, 1987).

4. APOYO SOCIAL Y TERCERA EDAD

Como se ha señalado, la tercera edad se caracteriza por un conjunto de cambios a los cuales es necesario adaptarse. Se producen cambios en la salud, alteraciones de rol y una progresiva adaptación ante la muerte de familiares y amigos. También ocurren importantes cambios en la configuración, características y uso de la red social y la red de apoyo. En efecto, se produce una verdadera transformación en la red social: finaliza la crianza de los hijos, se abandonan progresivamente las relaciones de trabajo, los parientes y amigos van falleciendo, entre otros (Gracia et al., 1995; Gracia, 1997).

Gracia et al. (1995) y Gracia (1997) señala que, si bien en la tercera edad se produce una reducción en el tamaño de la red del adulto mayor, se ha demostrado que el apoyo social no necesariamente tiende a disminuir, por ejemplo, a menudo, los contactos sociales que se pierden al abandonar el trabajo se sustituyen por un nuevo grupo de amigos con los que se entra en contacto a través de organizaciones y asociaciones. Por su parte, Baró (1985) recalca también esta reducción de contactos sociales y destaca que, producto de esto, es la calidad de las relaciones que aún se mantienen la que adquiere súbitamente mayor importancia para los adultos mayores.

La composición de la red de los adultos mayores es diferente según el nivel socioeconómico. Entre los sectores socioeconómicos bajos la composición de la red de relaciones de la que se recibe apoyo es más restringida y, además, los tipos de apoyo recibidos son calificados como de peor calidad, a diferencia de los estratos medios en donde la red es más amplia y los apoyos recibidos son evaluados de mejor calidad (Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor, 1995; Barros, 1996).

A medida que avanza la edad se registra un incremento en el apoyo derivado de los sistemas informales. De hecho, la mayoría de los adultos mayores acude a éstos en busca de ayuda, más que a los profesionales o sistemas formales (Gracia et al., 1995; Gracia, 1997). La familia, los amigos y los vecinos son los componentes principales de estos sistemas informales de apoyo (Sánchez, 1994).

4.1. La Familia

La familia es la fuente más importante de apoyo y ayuda para la población adulta mayor, especialmente para la más dependiente y necesitada, constituida principalmente por las personas mayores de 80 años (Sánchez, 1994; Gracia, 1997). En el contexto chileno, Carmen Barros (1994a; 1996) ha observado que la mayoría de los adultos mayores considera que la relación con la familia, en particular los hijos y el cónyuge, es más importante que la que mantienen con sus amigos; incluso la autora indica que no hay ninguna fuente de apoyo que puede reemplazar el apoyo que brinda la familia.

Aragonese (1993) ha señalado las condiciones que los adultos mayores necesitan encontrar en el ámbito de la familia:

Las tareas específicas de la familia para con el anciano son el apoyo afectivo, el estímulo intelectual, el desarrollo de la identidad, el promover un sentido de pertenencia y, en síntesis, ser una instancia básica de socialización y personalización (p.80).

Son principalmente los hijos y el cónyuge, quienes proveen ayuda al adulto mayor tanto en el quehacer cotidiano como en situaciones de crisis (Redondo, 1990; Sánchez, 1994). El apoyo que brindan es de tipo social, funcional, económico o material, y apoyo emocional de forma continuada (Papalia y Wendkos, 1990; Aragonese, 1993; Sánchez, 1994; Gracia et al., 1995). Además, el apoyo que estas personas proporcionan durante la enfermedad del adulto

mayor es de suma importancia, al otorgarles cuidados durante largos períodos de tiempo (Gracia et al., 1995).

En las parejas de adultos mayores, es el cónyuge la principal fuente de apoyo, particularmente en aquellos casos en que la mujer es menor de 75 años; sin embargo, esta asistencia no suele tener reconocimiento. En este caso, cuando ambos cónyuges viven, la ayuda que brindan los hijos es secundaria en términos de tiempo y variedad de funciones (Sánchez, 1994). De todos modos, es el hombre el que recibe más apoyo de su esposa que viceversa (Domínguez, 1987; Sánchez, 1994). Al parecer, esto guarda relación con el hecho de que existe una mayor proporción de viudas que viudos y también está relacionado con las pautas culturales existentes (Sánchez, 1994), es decir, con los diferentes roles que cumplen hombres y mujeres en nuestra sociedad, en donde es la mujer la principal encargada de cuidar a los otros.

En el caso de los adultos mayores viudos, son generalmente las hijas los principales componentes de sus redes sociales. Lo mismo ocurre en el caso de las mujeres mayores de 60 años y de los hombres mayores de 75 años (Sánchez, 1994; Gracia, 1997), y esto nuevamente tiene relación con las pautas culturales mencionadas. Según Gracia et al. (1995), el apoyo que brindan las hijas es principalmente instrumental, como transporte, ayuda en las compras, reparaciones domésticas, aseo, ayuda durante la convalecencia, el cuidado del hogar, entre otras.

La percepción que tienen los adultos mayores con respecto a los agentes que podrían proveerles afecto y ayuda incondicional también varía según los distintos estratos socioeconómicos. Así, las personas de estrato socioeconómico bajo señalan recibir este apoyo en mayor medida del cónyuge, en cambio los estratos medios-altos evalúan mejor a sus hijos (Informe Comisión Nacional, 1995; Barros, 1996). Además, se ha observado que la calidad de

los vínculos con los hijos es peor entre los sectores socioeconómicos bajos que entre los medios (Barros, 1996).

Según una encuesta de la OPS (en Sánchez, 1994), entre un 50 y un 75% de las personas de edad avanzada vive en hogares de varias generaciones, generalmente con el cónyuge, uno o más de los hijos, y nietos. Estos tipos de hogares parecen estar relacionados con un nivel socioeconómico bajo, lo cual afecta a los adultos mayores de bajos recursos. Es posible que en esta situación ocurran conflictos producto de las diversas necesidades e intereses experimentados por las distintas generaciones, lo cual puede afectar el bienestar de los adultos mayores; sin embargo, Sánchez (1994) ha señalado:

Los problemas en la dinámica familiar que pueden afectar a los ancianos serían así el resultado de privaciones y presiones económicas que ocasionan tensiones y a veces llevan a las personas de edad avanzada a sentir que son una carga para otros. Esto bien puede afectar los niveles de satisfacción con la vida e incluso la autoestima; sin embargo, la mayoría de los ancianos declara estar satisfecha con sus relaciones familiares a pesar de las dificultades y de las diferencias intergeneracionales (p.363).

Al respecto, en el contexto nacional, Domínguez (1987) indica que el 75,5% de la población adulta mayor se siente satisfecha con sus relaciones con los familiares con quienes viven.

Entre los integrantes de la familia nuclear existe el grado más intenso de interacción, obligaciones y apoyo emocional (Horwitz, 1984). Las nociones de reciprocidad y obligación que se dan al interior de la familia se explican principalmente a partir de las normas culturales existentes y/o a las necesidades económicas y de salud de los adultos mayores (Sánchez, 1994; Gracia, 1997).

El apoyo entre los adultos mayores y los miembros de su familia es recíproco. Lo que más valoran los primeros es la ayuda que ellos pueden brindar a los demás - que a veces es mayor que la recibida- esto les permite percibirse como personas útiles, lo cual les da sentido a

su vida y les ayuda a mantener una autoestima positiva (Villaseca, 1988; Sánchez, 1994; Informe Comisión Nacional, 1995). Dentro de la ayuda que brindan los adultos mayores a sus familiares se destaca el brindar compañía, dar casa, preocuparse por la alimentación, otorgar ayuda económica y vestuario (Domínguez, 1987; Forttes, 1993).

Las personas mayores indican que intentan hacer sus cosas por sí mismos, evitan buscar ayuda en otros, no les gusta molestar a sus hijos y mucho menos, depender económicamente de ellos, excepto en el caso de estar enfermo, donde es percibido como legítimo el solicitar ayuda. Principalmente los mayores de 80 años y, en especial, las mujeres adultas mayores son quienes requieren de mayor ayuda (Barros, 1992, 1994a; Informe Comisión Nacional, 1995). De hecho, las últimas reciben más ayuda de sus familiares que los hombres (Domínguez, 1987).

En América Latina se mantiene la noción de interdependencia familiar, la cual considera a la familia como la principal institución mediadora entre el individuo y su medio, y la principal fuente de apoyo para el individuo (Sánchez, 1994). El mismo autor señala:

Estas normas de interdependencia hacen hincapié en que una persona no puede hacerlo todo ni hacer todas las cosas bien y que, por lo tanto, el solicitar ayuda de los demás no supone una devaluación de la persona que la requiere (Sánchez, 1994, p. 364).

De este modo, esta noción de interdependencia conduce a que los adultos mayores perciban la ayuda recibida de sus hijos desde la perspectiva de la reciprocidad esperada, que consiste en creer que los hijos tienen una responsabilidad con ellos basada en la retribución de la crianza brindada y el amor filial (Sánchez, 1994). Así, el grado de satisfacción que los adultos mayores manifiestan sentir en la relación con sus familiares expresa el cumplimiento o no de las expectativas depositadas en ellos (Redondo, 1990). Por otra parte esta noción

implica también que el adulto mayor ayuda a sus hijos en la medida de sus posibilidades, es decir, no hay necesariamente un intercambio equitativo

En cuanto a las obligaciones con respecto al brindar ayuda, éstas le conciernen a la familia inmediata y se espera mayormente que así ocurra, en un continuo que va desde el cónyuge y los hijos adultos, especialmente las hijas. Luego nietos, hermanos y otros parientes (Sánchez, 1994).

4.2. Las Amistades

Los amigos de los adultos mayores, generalmente, tienden a ser personas de similar edad y con similares características y recursos. Proporcionan diversos tipos de asistencia tales como el brindar compañía, compartir confidencias, proveer servicios o ayuda en tareas cotidianas o situaciones de crisis (de corta duración) y compartir actividades (Sánchez, 1994; Gracia, 1997). Sin duda la función más importante que cumplen es brindar apoyo afectivo - especialmente en el caso del adulto mayor viudo - al compartir experiencias similares, otorgando reciprocidad y comprensión empática, lo cual favorece un mejor estado de ánimo de la persona y una mejor adaptación a largo plazo (Sánchez, 1994). Además, es importante destacar que las relaciones de amistad reafirman los sentimientos de autoestima y de valía personal en los adultos mayores y pueden ser un importante mecanismo para la integración de la persona mayor a la comunidad (Gracia, 1997).

Las amistades se desarrollan en un contexto voluntario y menos normativo que en el caso de la familia, y se caracterizan por la igualdad y el consenso. El apoyo en las relaciones de amistad no es obligatorio y está basado en la reciprocidad y en el afecto (Gracia, 1997).

En Chile, hay diferencias por estrato socioeconómico en relación con los amigos. En los sectores socioeconómicos bajos se tiene menos amigos y se valora más como fuente de

apoyo a los vecinos. Esto se explica por la proximidad geográfica, razón por la cual se ven más frecuentemente y se puede, por lo tanto, contar más con ellos. Sin embargo, estas relaciones suelen ser más superficiales y versar sobre asuntos prácticos (Barros, 1996). La autora señala que en los estratos más bajos se percibe cierto temor frente a la amistad, hay desconfianza y reticencia a entablar relaciones de amistad profundas. Por su parte, en los sectores medios se tiene más amigos, a los que se valora considerablemente, la mayoría de las veces (Barros, 1996).

4.3. Sucesos Vitales

Existen investigaciones respecto a ciertos sucesos vitales que ocurren en la tercera edad y que influyen en el apoyo social de los adultos mayores.

Al respecto, se ha estudiado la jubilación y su relación con la variable apoyo social, planteando que el efecto de ésta en la red social y los niveles de apoyo derivados van a depender del tipo de actividad laboral desempeñado y de la composición de la red social del individuo que jubila. De este modo, si el trabajador mantiene relaciones íntimas con compañeros de trabajo, el jubilar tendrá un efecto negativo sobre su bienestar debido a una reducción de su red de apoyo. En cambio, si la red del trabajador es ajena a las relaciones de trabajo, el efecto de la jubilación sobre la composición de su red de apoyo será menor (Gracia et al., 1995).

Otro suceso importante que se ha estudiado es el efecto que produce en los adultos mayores la pérdida de un ser querido. Se ha observado que en esta etapa la pérdida puede producir un efecto especialmente negativo en la salud de las personas e, incluso, la muerte.

Las personas mayores que quedan viudas, a menudo, mueren en el transcurso de los dos años siguientes de la muerte del cónyuge y, al parecer, el riesgo de mortalidad se incrementa

si se compara con personas casadas. Por esto adquiere suma importancia el papel que pueden desempeñar las relaciones sociales en el alivio de esta situación, ayudando a la persona a adaptarse a ésta (Gracia et al., 1995).

5. CONSIDERACIONES DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LA LECTURA DEL ESTUDIO

Para comenzar, es necesario, en primer lugar distinguir entre los conceptos de sexo y género. El primero hace referencia a una categoría biológica, masculino y femenino, determinada por la constitución genética, aceptada por la mayoría de las personas como atributos inherentes, como un hecho inalienable e indiscutible de la misma existencia humana (Pearson, Turner y Todd-Mancillas, 1993). Por su parte, en términos de los autores, “género es el conjunto de conductas aprendidas que la propia cultura asocia con el hecho de ser hombre o ser mujer” (p.28). Cada cultura enseña a los hombres sobre el ideal de la masculinidad y a las mujeres sobre el ideal de la feminidad; y con frecuencia este proceso consigue fundir, en un solo concepto, el sexo y el género aunque teóricamente sean cuestiones diferentes.

El género, entonces, es entendido como una construcción social y simbólica, en la medida en que son los significados de la diferencia biológica los que delimitan las fronteras del mundo dividido en categorías en función del sexo (Montecino y Rebolledo, 1996; Lamas, 1997; Pastor, 1998). Así, se plantea que las características sexuales anatómicas proporcionan un referente mediante el cual las distintas culturas vinculan un amplio espectro de diferencias sociales (Bonilla, 1998).

A través del género, como categoría, se organiza la vida social del individuo, la familia y la sociedad. Prescribe y define los parámetros de la experiencia humana individual de modo tal que la vida de la mujer es diferente de la del hombre y por los que cada individuo reconoce que posee una identidad de un particular género o subjetividad a través del cual ellos mismos interpretan sus propias experiencias (Nicolson, 1997). De este modo, el género es un medio

crucial de categorización y estratificación en todas las sociedades; es un punto central para la identidad individual y las expectativas y oportunidades en la vida (Nicolson,1997; Bonilla, 1998).

Es así como los papeles sexuales son asignados en función de la pertenencia a un género, marcando la diferente participación de los hombres y mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas; e incluyendo las actitudes, valores y expectativas que una sociedad conceptualiza como femenino o masculino (Lamas, 1997; Bonilla, 1998). En un sentido amplio, este desarrollo de la individualidad genérica supone también una forma de integración social (Bonilla, 1998).

La investigación psicológica ha intentado delimitar, desde diversas teorías, los mecanismos por los que las personas se adecuan a los papeles prescritos y los comportamientos y patrones de actividades apropiadas e inapropiadas para su sexo, aceptando o rechazando las funciones, distintas y desiguales, que la sociedad asigna al género (Bonilla, 1998). Entre éstas teorías se encuentran las psicoanalíticas, las del aprendizaje y las cognitivas.

La teoría del aprendizaje social de Bandura es un importante sistema teórico para describir los procesos que intervienen en el desarrollo humano (Hyde,1995). Mischel (1966, en Hyde, 1995) la ha utilizado para explicar la adquisición de la identidad de género. Señala, que dicho proceso se realiza principalmente a través de la imitación y el aprendizaje por observación de la conducta de otros. Así, tanto los niños como niñas aprenden conductas de ambos progenitores a partir de la observación y en función del poder que tenga la persona que ejerce el modelo para ellos, suponiéndose que la niña tiende a imitar más a su madre y a otras adultas de su mismo género que a los adultos del género opuesto. Para el autor (1977, en Jayme y Sau, 1996) lo que determina la adquisición de la identidad de género son las

consecuencias de las primeras tentativas por realizar conductas tipificadas sexualmente, esto quiere decir que, si al niño se le anima a comportarse de acuerdo a los roles masculinos y se le refuerza cada vez que lo hace, irá generalizando las conductas a distintas situaciones a la vez que irá aprendiendo lo que es propio (e impropio) para cada sexo de acuerdo a las consecuencias que percibe para las distintas conductas. En este aprendizaje, los padres van reaccionando de forma diferenciada ante las conductas características de género de su hija o hijo.

En general, todas las perspectivas psicológicas concuerdan en que la adquisición de la identidad de género se produce en la primera infancia y durante un período crítico (Jayme y Sau, 1996; Bonilla, 1998). En este proceso, los principales agentes son la familia (especialmente la madre), el grupo y la escuela (Nicolson, 1997).

Por su parte, la perspectiva psicosocial, se centra más en el sistema social, enfatizando que el comportamiento diferencial de hombres y mujeres es producto de procesos que ocurren en la interacción social, en donde factores como el rango o posición, la función o papel social y las creencias o expectativas genéricas tienen gran influencia (Bonilla, 1998).

Este cambio de enfoque también implica una reformulación del modelo de socialización familiar. Es así como Bonilla (1998) señala:

...la socialización debe ser entendida como un proceso continuo que se extiende a través de todo el ciclo vital, tanto en lo que respecta a la evolución de los procesos de sexuación como a la construcción de género (p.151- 152).

La teoría del rol social, característica de este enfoque, postula que las diferencias de género pueden explicarse de acuerdo a los papeles sociales, originados a partir de la división del trabajo entre sexos, que separan a dueñas de casa y trabajadores asalariados. Estos distintos papeles van asociados a expectativas respecto a su desempeño y a determinadas

características personales que requieren, las que se encuentran a la base de los estereotipos de género. La asignación diferencial de papeles orienta las motivaciones y el aprendizaje de habilidades en una dirección estereotípicamente masculina o femenina, limitando la capacidad de las mujeres y varones para trascender las posiciones asignadas. Por otro lado, las expectativas influyen directamente sobre el comportamiento, de modo que las personas tienden a comportarse de modo consistente con esos papeles y con las consecuencias que se esperan de su desempeño. En conclusión:

las diferencias en los papeles y posiciones sociales son tanto causa como efecto de las expectativas diferenciales que, debido a su carácter prescriptivo, actúan canalizando las actitudes y elecciones de los sujetos, reforzando las distinciones entre los sexos (Bonilla, 1998, p. 157).

En esta línea, Marcet (1993, en Jayme y Sau, 1996) señala que se espera que cada sexo sea exitoso en un solo ámbito, ya sea privado o público, preparándolo para ello, educándolo para que desee estar y disfrute en ese ámbito y para que valore su felicidad en función del éxito en él.

Se observa, entonces, que se produce una diferenciación de género, que no se explica tanto por la biología o la socialización de rasgos internalizados sino por una construcción social, arraigada en la división jerárquica del mundo en función del sexo. Este hecho afecta especialmente a la división entre la esfera doméstica y el ámbito laboral, entre familia y trabajo, y supone que, en las interacciones diarias y en diversos contextos, las mujeres son infravaloradas y están en desventaja con respecto a los varones, lo que incide en la configuración propia de los sujetos, envueltos en la dinámica de la asimetría de género. Esta asimetría genérica atraviesa el ámbito del sujeto y constituye un nudo social y personal, desde el cual se instala la discriminación fruto de la desigual valoración de posiciones y actitudes

consideradas como la esencia de mujeres y varones (Montecino y Rebolledo, 1996; Pastor, 1998).

Como resultado de esta diferenciación, se sitúa a todas las mujeres, y ellas mismas se sitúan, dentro del discurso sobre la capacidad reproductiva femenina y otras cualidades asociadas, tales como la crianza, la atención física del hogar, la asistencia emocional personalizada a todos los miembros de la familia y la vigilancia y los cuidados de la salud, característico de las sociedades patriarcales como el rasgo determinante de lo que es natural, en donde el hecho de que una mujer no tenga hijos o presente otras características contrarias al rol del cuidado infantil, tales como aspirar o conseguir un cierto poder social, se considera “antifemenino” y de alguna manera perjudicial para la mujer. La mujer verdaderamente femenina debe comportarse del modo que se considera socialmente apropiado para su género, es decir, colaboradora, dependiente y con actitud maternal (Nicolson, 1997). Por su parte, lo masculino se asocia al trabajo, lo social, lo público y es equivalente a independencia y autonomía (Lamas, 1997).

5. 3. Mujer Adulta Mayor

De las cuestiones relacionadas con los adultos mayores se habla siempre en términos generales, sin distinciones entre los dos sexos. La mayoría da por sentado que para las mujeres no es un gran problema ser adulta mayor, puesto que han tenido un papel no muy activo en el mundo del trabajo ni en la sociedad (Squarcialupi, 1985).

Por otra parte, si bien es conocido que existen más mujeres adultas mayor que hombres así como más viudas que viudos, los análisis que se hacen en torno a la tercera edad convierten a las adultas mayores en un mero dato estadístico (Squarcialupi, 1985).

Según Kalish (1991), de las investigaciones en los últimos años se ha establecido el doble peligro que concurren las mujeres adultas mayores en comparación con los hombres: ser mujer y ser “vieja”. El autor describe algunos aspectos que señalan que, al parecer, las desventajas de las mujeres se producen a lo largo de toda su vida:

- Más de la mitad de las mujeres no están casadas en el presente, la gran mayoría son viudas y por lo tanto se ven forzadas a la compañía de otras mujeres mayores, debido a la falta de hombres y a la improbabilidad de que tengan grandes familias.
- Las mujeres mayores viven con un salario considerablemente más bajo que el de los hombres, ya se haga la comparación entre mujer y hombre trabajadores y/o mujeres y hombres no trabajadores.
- Las mujeres mayores tienen más probabilidades de vivir solas que los hombres mayores, esto ocurre en una edad en que el transporte puede ser un problema y el miedo por la seguridad física personal reduce la movilidad.

Gracia (1997) hace alusión a este tema y menciona que la mujer adulta mayor, con frecuencia, se encuentra en situación de alto riesgo:

No sólo la población anciana de edad avanzada contiene una mayor proporción de mujeres sino que, además, es mayor la probabilidad de que la mujer anciana sea viuda, divorciada, viva sola, sea pobre o sufra una enfermedad crónica (p.138).

Sin embargo, Kalish (1991) sostiene que se ha observado que las mujeres se adaptan a los cambios con mayor rapidez y emocionalmente están mejor preparadas para la vejez, en comparación con los hombres.

En cuanto a la viudez, el autor afirma que las diferencias entre los sexos son el resultado de tres factores: a) Las mujeres viven más que los hombres; b) Las mujeres se casan con hombres más viejos que ellas; c) Existen más viudos que viudas que se vuelven a casar.

En el contexto nacional C. Barros (1992) ha encontrado que alrededor del 25% de las adultas mayores no reciben beneficios de seguridad social y reciben menores ingresos que los hombres. Además señala que el hecho que las mujeres mayores de 80 años sean muchas más que los hombres.

En cuanto a la salud, la autora sostiene que a medida que se envejece, existe una percepción de empeoramiento de la salud, siendo destacable que, si bien las mujeres empiezan por percibirse peor, a medida que aumenta la edad ésta percepción es menos acentuada. Por otro lado, son las mujeres quienes pierden en mayor proporción que los hombres la capacidad de desempeño autónomo y, por consiguiente, necesitan más asistencia que los hombres de similar edad, pudiéndose duplicar esto en el segmento de 80 años y más.

Relacionado con la adulta mayor y su familia, es importante rescatar a B. Belmar (1991), quien señala que, en muchos casos, los adultos mayores, en especial la abuela, es un elemento de estabilidad dentro del núcleo familiar, en situaciones como las separaciones, la salida de la madre joven a trabajar fuera del hogar, madre adolescente, etc. La autora indica que es principalmente la abuela quien permite subsistir al grupo familiar, de modo tal que mantiene un rol importante al interior de su familia.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo comparativo, por lo tanto, se utilizará un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo (Hernández et al., 1991).

2. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

2.1. Variables en Estudio

Variable	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Apoyo Social	Estructural	- Integración Comunitaria - Participación Comunitaria - Apoyo Social en Sistemas Informales - Apoyo Social en Sistemas Formales	Cuestionario de Apoyo Social Comunitario
	Funcional	- Apoyo Emocional - Apoyo de Consejo - Apoyo de Ayuda - Apoyo Funcional Total - Reciprocidad Emocional - Reciprocidad de Consejo - Reciprocidad de Ayuda - Reciprocidad Total	Cuestionario de Apoyo Social Percibido

2.2. Definición Conceptual de las Variables

- Apoyo social: se define como “Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales – percibidas o recibidas – proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, pudiéndose brindar tanto en situaciones cotidianas como de crisis” (Lin, 1986; en Gracia, Herrero y Musitu, 1995, p.22)

a) Dimensión estructural: Condiciones objetivas de la red de apoyo social del individuo que apuntan a determinar su nivel de integración y participación social (Gracia et al., 1995), entendiendo por integración social la “participación e implicación de una persona en la vida social de la comunidad o de la sociedad” (Lareiter y Baumann, 1988; en Gracia et al., 1995, p.31).

b) Dimensión Funcional: Características de la red de apoyo que el sujeto percibe como beneficiosas para su bienestar físico y/o mental, pudiendo estas ser instrumentales o expresivas (Gracia et al., 1995).

- Variables Sociodemográficas: zona de residencia (rural o urbana), edad, estado civil.

2.3. Definición Operacional de las Variables

- Nivel de Apoyo Social Estructural: Índice obtenido de los puntajes de las escalas de Integración y Participación Comunitaria, Apoyo Social en Sistemas Formales y Apoyo Social en Sistemas Informales, arrojados por el Cuestionario de Apoyo Social Comunitario.

- Nivel de Apoyo Social Funcional: Índice obtenido de los puntajes de las escalas Apoyo Funcional Total, Reciprocidad Total, Apoyo Emocional, Apoyo de Consejo, Apoyo de Ayuda, Reciprocidad Emocional, Reciprocidad de Consejo y Reciprocidad de Ayuda, arrojado por el Cuestionario de Apoyo Social Percibido.

3. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población en donde se llevó a cabo la investigación, fueron adultas mayores de 60 años y más que participan hace más de un año en organizaciones comunitarias de tercera edad, de zona urbana y rural de la comuna de Quillota.

4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra de este estudio es de tipo no probabilística con sujetos voluntarios (Hernández et al., 1991). Se compone de 60 mujeres adultas mayores de bajos ingresos, que participan en organizaciones de tercera edad, de las cuales, el 50 % pertenece a organizaciones rurales y el 50% restante a organizaciones urbanas, de dicha comuna.

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante dos pasos:

1.- En conjunto con la Casa del Adulto Mayor de Quillota se escogieron 4 organizaciones, 2 rurales y 2 urbanas, con más de un año de funcionamiento, de carácter civil y con disposición para cooperar en la investigación. Se observó que las organizaciones que cumplían con estos criterios estaban compuestas en su mayoría por mujeres adultas mayores. Por este motivo la muestra finalmente quedó constituida por mujeres.

De este modo, se acordó considerar una muestra de 60 personas, 50% y 50% por cada zona de residencia, y 15 personas por cada organización.

2.- En cada organización seleccionada, se realizó una encuesta, previa a los cuestionarios, a cada participante con el fin de discriminar si cumplía con los criterios requeridos.

Los criterios para la selección de las sujetos fueron los siguientes:

- Mujeres sin dificultades de comprensión y/o memoria
- Permanencia por más de 1 año en la organización
- Nivel de ingresos bajos

- Edad igual o superior a 60 años

5. PROCEDIMIENTO

5.1.- Conformación de la muestra: Se estableció contacto con la Casa del Adulto Mayor de Quillota con el propósito de acceder a los adultos mayores que residen en la Comuna. Para esto se acordó implementar la investigación en organizaciones comunitarias de tercera edad, a modo de facilitar el acceso a este grupo etáreo. Posteriormente se seleccionaron las organizaciones en base a criterios preestablecidos (ver sección anterior).

Una vez seleccionadas las organizaciones, se elaboró una encuesta con el fin de obtener datos sociodemográficos de la muestra: tiempo de permanencia en la organización, edad, estado civil, con quien vive, zona de residencia, nivel de educación, ingresos, organizaciones en las que participa y enfermedades. Además de entregar esta información, la encuesta permitió discriminar entre los sujetos que se adecuaban a los criterios de selección de la muestra al interior de cada organización (ver sección anterior).

5.2.- Validación y adaptación de los instrumentos de evaluación: Se procedió a adaptar los cuestionarios a la población de estudio, previa evaluación por parte de jueces expertos, modificándose la modalidad de evaluación a tipo de entrevista personal, la persona gramatical de los reactivos y algunos encabezados, de acuerdo al contexto chileno y, específicamente a las características de la muestra.

Posteriormente se procedió a pilotear las pruebas. Se realizó una prueba piloto de modo grupal y autoadministrado con el objetivo de observar la posibilidad de llevar a cabo los cuestionarios del modo como han sido creados y para determinar la plausibilidad de aplicarlo de esa forma en el contexto chileno. A partir de esto se observaron dificultades en la

comprensión de los ítems y en el tiempo de ejecución, resultando pruebas inconsistentes e incompletas. De acuerdo a estos resultados, se realizó un segundo piloteo, agregándose las modificaciones previamente mencionadas, el cual resultó ser más efectivo para la comprensión de los adultos mayores y para la obtención de la información por parte de los investigadores. En general, el tiempo promedio estimado para contestar ambos cuestionarios fue de 25-30 minutos.

Producto de los resultados obtenidos en estos últimos procedimientos, se agregaron las siguientes modificaciones:

- Aumento del tamaño de la letra, por dificultades comunes de visión.
- Anexo de una hoja con las alternativas de respuestas del Cuestionario de Apoyo Social Percibido, entregada a los entrevistados, para facilitar su respuesta.

5.3.- Aplicación de los Cuestionarios: En primera instancia los investigadores fueron presentados por la coordinadora de la Casa del Adulto Mayor de Quillota en cada organización.

Debido a que cada organización se reúne una vez por semana, alrededor de 1 hora y media a dos horas, y de acuerdo al tiempo promedio de cada entrevista, fue necesario asistir a cada organización por un período de tres semanas, aplicando aproximadamente tres a cuatro cuestionarios, más la encuesta, por visita.

6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El tratamiento y procesamiento de los datos se desarrolló de la siguiente manera:

- Análisis de la confiabilidad de los resultados (Alfa Cronbach) de cada cuestionario.
- Descripción de la muestra de acuerdo a las variables sociodemográficas: edad, zona de residencia, estado civil, ingreso, escolaridad, convivencia de hogar.
- Análisis de la variable en estudio:
 1. Comparación de medias, mediante prueba T de Student para cada escala de cada cuestionario por zona de residencia, tramos de edad y estado civil.
 2. Cálculo de frecuencia relativa de los agentes mencionados como proveedores de apoyo por la muestra.

7. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La obtención de los datos se llevó a cabo mediante la aplicación del Cuestionario de Apoyo Social Comunitario (Gracia, Herrero y Musitu, 1996) y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero y Musitu, 1996).

Cuestionario de Apoyo Social Comunitario (AC-90)

Instrumento creado por Gracia y Musitu, en 1990. Proporciona medidas estructurales del apoyo social, apuntando hacia los niveles y estratos más externos de las interacciones sociales. Otorga un índice del grado de integración y del sentido de pertenencia a una comunidad.

En la presente investigación se utilizará una versión más reciente del cuestionario, realizada por Gracia, Herrero y Musitu, en 1996, que consta de las siguientes escalas:

- 1.- Integración Comunitaria: evalúa el sentimiento de pertenencia, identificación o integración en el barrio o comunidad.
- 2.- Participación Comunitaria: recoge el grado de participación del individuo en su barrio o comunidad.
- 3.- Apoyo Social en Sistemas Informales: entrega información respecto a la percepción, en términos de apoyo social, que el individuo mantiene respecto a los recursos informales de la comunidad.
- 4.- Apoyo Social en Sistemas Formales: entrega información respecto a la percepción, en términos de apoyo social, que el individuo mantiene respecto a los recursos formales de la comunidad.

La confiabilidad del cuestionario indica un coeficiente alfa de Cronbach de 0.849 y tiene validez en todos los grupos etáreos mayores de 18 años. El tiempo de aplicación promedio, según el autor, es de 7 minutos.

Cuestionario de Apoyo Social Percibido

Instrumento creado por Musitu, Gracia y Herrero, en 1996. Proporciona medidas respecto a la dimensión funcional del apoyo social, en lo referido a la percepción de las funciones de apoyo emocional, de consejo y de ayuda, así como la reciprocidad percibida en el apoyo funcional emocional, de consejo y de ayuda.

El cuestionario consta de las siguientes escalas:

- 1.- Apoyo Emocional: evalúa la percepción de poder recibir afecto y de ser valorado en situaciones cotidianas o de crisis por parte de los sujetos de la red de apoyo.

- 2.- Apoyo de Consejo: evalúa la percepción de poder recibir información relevante para la resolución de problemas en situaciones de crisis o cotidianas por parte de los sujetos de la red de apoyo.
- 3.- Apoyo de Ayuda: evalúa la percepción de poder recibir prestación de recursos materiales o servicios en situaciones de crisis o cotidianas por parte de los sujetos de la red de apoyo.
- 4.- Apoyo Funcional Total: promedio obtenido de las tres escalas anteriores (apoyo emocional, de consejo y de ayuda).
- 5.- Reciprocidad Emocional: evalúa la percepción de poder entregar afecto en situaciones que los sujetos de la red de apoyo lo requieran.
- 6.- Reciprocidad de Consejo: evalúa la percepción de poder entregar información relevante para resolución de problema en situaciones en que los sujetos de la red de apoyo lo requieran.
- 7.- Reciprocidad de Ayuda: evalúa la percepción de poder entregar prestación de recursos o materiales o servicios en situaciones en que los sujetos de la red de apoyo lo requieran.
- 8.- Reciprocidad Total: promedio obtenido de las tres escalas de reciprocidad (reciprocidad emocional, de consejo y de ayuda).

La confiabilidad del cuestionario presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.991. La validez discrimina las puntuaciones en todos los grupos etáreos mayores de 18 años. El promedio del tiempo de aplicación del cuestionario, de acuerdo a los autores, es de 10 a 15 minutos.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

1. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta la confiabilidad (Alfa Cronbach) de los instrumentos aplicados en la muestra.

Cuestionario de Apoyo Social Comunitario

Se calculó la confiabilidad total del instrumento y la confiabilidad por cada escala. En este proceso se eliminaron algunos ítems que dificultaron la comprensión por parte de la muestra, distorsionando los datos. De este modo, los resultados fueron:

- Análisis Confiabilidad Total

α Cronbach: 0, 8203

Ítems Eliminados: 4, 9, 11

- Escala de Integración Comunitaria

α Cronbach: 0, 6945

Ítem Eliminado: 4

- Escala de Participación Comunitaria

α Cronbach: 0, 6725

Ítems Eliminados: 9, 11

- Escala de Apoyo Social en Sistemas Informales

α Cronbach: 0,7570

- Escala de Apoyo Social en Sistemas Formales

α Cronbach: 0,7126

Cuestionario de Apoyo Social Percibido

Para el análisis de confiabilidad total y por escalas, se obtuvieron las siguientes puntuaciones:

- Análisis Confiabilidad Total

α Cronbach: 0,9218

- Escala de Apoyo Emocional

α Cronbach: 0,9011

- Escala de Apoyo de Consejo

α Cronbach: 0,8805

- Escala de Apoyo de Ayuda

α Cronbach: 0,7973

2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

2.1. Edad

El promedio de edad de la muestra es de 69,8 años, y las edades fluctúan entre los 60 años y los 90 años. Como se observa en la tabla 13, la mayoría de las adultas mayores de la muestra (81,7 %) tiene edades comprendidas entre los 60 y 75 años. El 18,3 % se encuentra en el tramo de edad de 76 años en adelante.

Por zona de residencia, el promedio de edad de las mujeres urbanas (70,9) es aproximadamente dos años superior al promedio de edad de las mujeres rurales (68,7 años). Además, se observa que tanto en área urbana como rural, predominan las adultas mayores “jóvenes” (60 – 75 años) por sobre las de mayor edad, con un 93,3 % y un 70 %, respectivamente. Otro aspecto importante es que hay una mayor presencia de las mujeres de más edad (76 y más años) en la zona rural que en la localidad urbana (30% versus 6,7%).

Tabla 13: Tramos de edad/ Totalidad de la muestra/ Zona de residencia

TRAMOS EDAD	TOTAL		ZONA DE RESIDENCIA			
			URBANO		RURAL	
	N	%	N	%	N	%
60 – 75	49	81,7	28	93,3	21	70,0
76 – Más	11	18,3	2	6,7	9	30,0
Total	60	100,0	30	100,0	30	100,0

2.2. Estado Civil

Como se aprecia en la tabla 14, la categoría más frecuente es la viudez, correspondiendo a más de la mitad de la muestra (53,3%). La segunda mayoría está constituida por mujeres casadas que ocupan un tercio del total (33,3%). Las mujeres solteras y separadas tienen la misma proporción, correspondiente a un 6,7% (menos de una doceava parte) y no existen personas en la categoría de conviviente.

Tabla 14: Estado civil de la muestra.

ESTADO CIVIL	N	%
Viuda	32	53,3
Casada	20	33,3
Soltera	4	6,7
Separada	4	6,7
Conviviente	0	0,0
Total	60	100,0

Las distribuciones del estado civil de la muestra según la zona de residencia tienden a ser similares, predominando las viudas (50 % urbano y 56,7 % rural) y las casadas (con un 36,7% urbano y 30 % rural), como se observa en la tabla 15.

Tabla 15: Estado civil/ Zona de residencia/ Tramos de edad

ESTADO CIVIL	ZONA DE RESIDENCIA				TRAMOS DE EDAD			
	URBANA		RURAL		60 – 75		76 - MÁS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Viuda	15	50,0	17	56,7	23	46,9	9	81,8
Casada	11	36,7	9	30,0	19	38,8	1	9,1
Soltera	1	3,3	3	10,0	3	6,1	1	9,1
Separada	3	10,0	1	3,3	4	8,2	0	0
Conviviente	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
Total	30	100,0	30	100,0	49	100,0	11	100,0

De acuerdo con la tabla anterior, en el tramo de edad de 60 a 75 años existe un mayor número de mujeres casadas y viudas, predominando estas últimas (46,9 %) por sobre las primeras (38,8 %). Por otro lado, en el tramo de edad de 76 y más años, existe una gran mayoría de mujeres viudas (81,8 %) por sobre las mujeres casadas y solteras, que ocupan menos de una décima parte cada una (9,1 %).

2.3. Convivencia de Hogar

En la tabla 16 se observa que la gran mayoría de las mujeres de la muestra vive acompañada (81,6%), mientras que un 18,3% vive sola.

Tabla 16: Convivencia de hogar.

CONVIVENCIA	N	%
Sola	11	18,3
Acompañada	49	81,6
Total	60	100,0

De las mujeres que viven acompañadas, más de la mitad (59,2%) vive con algún familiar, en especial con hijos solos o hijos con familia. Un 22,4% vive con su pareja y familia, y un 18,4% vive solamente con su pareja. En términos más generales, se observa que todas las mujeres que viven acompañadas están con uno o más miembros de su familia, sea nuclear o extensa.

Tabla 17: Adultas mayores que viven acompañadas.

CONVIVENCIA CON OTRO	N	%
Familia	29	59,2
Con pareja y familia	11	22,4
Con pareja	9	18,4
Total	49	100,0

En la tabla 18, se observa que en ambas localidades las adultas mayores viven de preferencia con su familia; sin embargo, hay más mujeres que viven solas en la zona rural (30%) que en la zona urbana (6,7%).

Por tramos de edad, las mujeres más jóvenes (60 – 75 años) viven principalmente con su familia y se distribuyen en forma similar en las otras categorías, mientras que las de más edad (76 y más años), la mayoría vive con la familia y en segundo lugar viven solas, sin que ninguna viva únicamente con su cónyuge (tabla 18).

Tabla 18: Convivencia de hogar/ Zona de residencia/ Tramos de edad

CONVIVENCIA	ZONA DE RESIDENCIA				TRAMOS DE EDAD			
	URBANO		RURAL		60 – 75		76 – MÁS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sola	2	6,7	9	30,0	7	14,3	4	36,4
Familia	17	56,6	12	40,0	23	46,9	6	54,5
Pareja y Familia	6	20,0	5	16,7	10	20,4	1	9,1
Pareja	5	16,7	4	13,3	9	18,4	0	0,0
Total	30	100,0	30	100,0	49	100,0	11	100,0

Según el estado civil, como se aprecia en la tabla 19, la mayoría de las mujeres viudas vive con algún familiar (78,1%); las mujeres casadas viven con su pareja y familia o únicamente con su pareja, en proporciones similares (55% y 45%, respectivamente); las mujeres solteras viven principalmente solas (75%) y las separadas con su familia (75%).

Tabla 19: Convivencia de Hogar según Estado civil

CONVIVENCIA	ESTADO CIVIL							
	VIUDA		CASADA		SOLTERA		SEPARADA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sola	7	21,9	-	-	3	75,0	1	25,0
Familia	25	78,1	-	-	1	25,0	3	75,0
Pareja y Familia	-	-	11	55,0	-	-	-	-
Pareja	-	-	9	45,0	-	-	-	-
Total	32	100,0	20	100,0	4	100,0	4	100,0

2.4. Escolaridad

La muestra presenta un promedio de 4,6 años de estudio. Considerando la zona de residencia, se observa que las personas de localidad urbana sobrepasan por más de un año al promedio de años estudiados del área rural (5,3 años en zona urbana y 4 años en zona rural).

Considerando la totalidad de la muestra, la mayoría consta con estudios básicos incompletos (65%), sólo un 11,7 % completó la educación básica y un 5 % la educación media. Por su parte, las mujeres analfabetas alcanzan un 11,7% y no se encuentran mujeres con estudios superiores. Según zona de residencia, lo más relevante de destacar es que en la zona rural existe un mayor número de mujeres analfabetas en comparación con la zona urbana.

Tabla 20: Nivel de escolaridad/ Totalidad de la muestra/ Zona de residencia

ESCOLARIDAD	TOTALIDAD MUESTRA		ZONA DE RESIDENCIA			
			URBANO		RURAL	
	N	%	N	%	N	%
Sin Escolaridad	7	11,7	2	6,7	5	16,7
Básica Incompleta	39	65,0	19	63,3	20	66,6
Básica Completa	7	11,7	5	16,7	2	6,7
Media Incompleta	4	6,6	1	3,3	3	10,0
Media Completa	3	5,0	3	10,0	0	0,0
Estudios Superiores	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	60	100,0	30	100,0	30	100,0

2.5. Ingreso

La muestra tiene un ingreso promedio de 61.900 pesos. Al considerar la zona de residencia, el promedio de ingresos de la zona urbana y rural son semejantes (\$61.300 y \$62.500, respectivamente).

Los ingresos de más de dos tercios de la muestra provienen de la jubilación y el montepío (71,6 %). Del porcentaje restante, el ingreso que tiene mayor proporción es el proveniente del trabajo o jubilación del cónyuge (20% de la totalidad de la muestra), seguido por la pensión asistencial (6,7 %), y en último lugar, el ingreso a partir del trabajo actual (sólo una persona):

Tabla 21: Distribución de los ingresos de la muestra.

INGRESO	N	%
Jubilación	23	38,3
Montepío	20	33,3
PASIS	4	6,7
Trabajo o jubilación del cónyuge	12	20,0
Trabajo actual	1	1,7
Total	60	100,0

2.6. Organizaciones en las que participan

La mayor parte de las mujeres de la muestra (58,3%) participan en al menos una organización, además de la organización a la que pertenece. Por zona de residencia, ocurre esta misma tendencia, con un 63,3% en localidad urbana y 53,3% en zona rural, observándose una mayor participación en las adultas mayores urbanas.

Según la edad, se observa que son las mujeres más viejas (tramo entre 76 y más años) quienes participan mayormente en más de una organización, en comparación con las mujeres de menor edad, con un 72,7% versus un 55,1%, respectivamente.

Tabla 22: Participación de la muestra en otras organizaciones

Participa en Otra Organización	RESIDENCIA				TRAMO EDAD			
	URBANO		RURAL		60 – 75		76 - MÁS	
Si	19	63,3%	16	53,3%	27	55,1%	8	72,7%
No	11	36,7%	14	16,7%	22	44,8%	3	27,3%
Total	30	100,0%	30	100,0%	49	100,0%	11	100,0%

Las mujeres entre los 60 y 75 años participan en juntas de vecinos, clubes deportivos, grupos de iglesia y centros de madres (aparte del club de tercera edad). Por su parte, las mujeres mayores participan principalmente en grupos de iglesia.

3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

3.1. Descriptores Estadísticos y Comparación de Medias

- Zona de Residencia

Urbano N = 30

Rural N = 30

Al comparar las medias urbanas y rurales en cada escala de los cuestionarios, se observó una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre éstas en la escala de Apoyo Emocional del Cuestionario de Apoyo Social Percibido, presentando la zona rural una media superior a la media de la zona urbana. En las otras escalas no se hallaron diferencias significativas, como se observa en la tabla siguiente:

Tabla 23 : Prueba T para las escalas de los cuestionarios por zona de residencia.

ESCALAS	URBANO		RURAL		SIG
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Integración Comunitaria	10,76	1,85	10,56	1,94	0,728
Participación Comunitaria	16,73	2,16	16,03	2,69	0,737
Apoyo Soc. Sist. Informales	13,33	5,79	12,93	4,63	0,156
Apoyo Soc. Sist. Formales	10,26	2,65	8,96	2,15	0,199
Apoyo Emocional	7,58	1,97	8,23	1,18	0,038*
Apoyo Consejo	7,24	1,84	8,28	1,25	0,077
Apoyo Ayuda	7,65	1,74	7,89	1,71	0,704
Apoyo Total	7,49	1,72	8,12	1,27	0,249
Reciprocidad Emocional	3,82	0,81	4,04	0,93	0,516
Reciprocidad Consejo	3,76	0,94	3,94	0,98	0,837
Reciprocidad Ayuda	4,09	0,,90	4,04	0,94	0,777
Reciprocidad Total	3,92	0,86	4,00	0,86	0,682

- Tramo de Edad

60 – 75 N = 49

76 – Más N = 11

Como se aprecia en la tabla 24 , no se encontró diferencias significativas en ninguna de las escalas de los cuestionarios al comparar las medias de cada tramo de edad.

Tabla 24: Prueba T para las escalas de los cuestionarios por tramos de edad.

ESCALAS	60 – 75		76 – MÁS		SIG
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Integración Comunitaria	10,69	1,93	10,54	1,69	0,628
Participación Comunitaria	16,32	2,40	16,63	2,73	0,326
Apoyo Soc. Sist. Informales	13,53	5,03	11,36	5,81	0,771
Apoyo Soc. Sist. Formales	9,53	2,59	10,00	2,00	0,435
Apoyo Emocional	7,87	1,72	8,08	1,29	0,665
Apoyo Consejo	7,70	1,65	8,05	1,64	0,951
Apoyo Ayuda	7,69	1,70	8,10	1,80	0,748
Apoyo Total	7,75	1,56	8,07	1,44	0,746
Reciprocidad Emocional	3,89	0,83	4,09	1,08	0,370
Reciprocidad Consejo	3,79	0,97	4,11	0,88	0,427
Reciprocidad Ayuda	4,04	0,88	4,19	1,07	0,615
Reciprocidad Total	3,92	0,80	4,13	0,95	0,875

- Estado civil

Casadas N = 20

Viudas N = 32

Al comparar las medias entre las mujeres casadas y las viudas, no se hallaron diferencias significativas para ninguna de las escalas de los instrumentos. Cabe destacar que se consideraron estas dos categorías de estado civil porque son las que tienen mayor representatividad en la muestra.

Tabla 25: Prueba T para las escalas de los cuestionarios por estado civil (casadas – viudas)

ESCALAS	CASADAS		VIUDAS		SIG
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Integración Comunitaria	10,70	1,71	10,93	1,83	0,543
Participación Comunitaria	16,35	2,68	16,87	1,96	0,608
Apoyo Soc. Sist. Informales	12,55	4,07	13,50	5,28	0,666
Apoyo Soc. Sist. Formales	9,60	2,56	9,59	2,61	0,796
Apoyo Emocional	8,16	1,55	7,81	1,68	0,761
Apoyo Consejo	7,99	1,39	7,56	1,80	0,340
Apoyo Ayuda	7,86	1,47	7,73	1,87	0,523
Apoyo Total	8,00	1,23	7,69	1,68	0,343
Reciprocidad Emocional	4,10	0,66	3,75	0,93	0,080
Reciprocidad Consejo	3,95	1,03	3,79	0,90	0,655
Reciprocidad Ayuda	4,21	0,80	3,92	0,97	0,181
Reciprocidad Total	4,08	0,72	3,85	0,85	0,248

4. AGENTES PROVEEDORES DE APOYO

En este apartado se señalan las frecuencias en que las mujeres de la muestra mencionan a las personas que perciben como proveedoras de apoyo. Dicha información se obtuvo a partir del Cuestionario de Apoyo Social Percibido.

En primer lugar, se encuentran los hijos, señalados por la mayoría de las mujeres como proveedores de apoyo (73,3%). En segundo lugar, los amigos o vecinos son mencionados en un 50 %. La familia extendida es nombrada por un 46,7 % (tabla 26). Esta última se compone en su mayor parte por hermanos, también incluye sobrinos, nueras o yernos y nietos. De las 20 mujeres casadas, sólo 9 mencionaron a su pareja.

Tabla 26: Agentes percibidos como proveedores de apoyo por la muestra

RELACIÓN	N	%
Hijos	44	73,3
Amigos / Vecinos	30	50,0
Familia Extendida	28	46,7
Pareja	9	45,0

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

En esta investigación se intentó describir y evaluar el apoyo social de una muestra de adultas mayores organizadas de la comuna de Quillota, mediante la comparación de la variable de estudio por zona de residencia, tramos de edad y estado civil. En este apartado se discuten los principales resultados del estudio, señalándose en primer lugar, una explicación general respecto al hecho de no haber encontrado, mayormente, diferencias significativas. Posteriormente se plantea una posible explicación de la diferencia encontrada, dando paso a la discusión de acuerdo a los objetivos del estudio. Por último, se desarrollan algunas observaciones y se mencionan las limitaciones y proyecciones surgidas a partir de lo investigado.

En primer lugar, cabe destacar que se encontró sólo una diferencia significativa al comparar la variable de estudio en cuanto a zona de residencia, edad y estado civil. Esta situación podría explicarse por las características de la muestra, las cuales presentan semejanzas en varios aspectos, tales como el pertenecer a un mismo género, a una misma zona geográfica, poseer un semejante nivel de ingresos y nivel socioeconómico, años de estudios, similar organización familiar, estilo de vida y capacidad funcional. Todo esto influiría en que las respuestas no hayan presentado variaciones importantes.

La diferencia estadística significativa se encontró al comparar la variable de estudio por zona de residencia, obteniendo una mayor puntuación el grupo rural por sobre el grupo urbano, en la escala de Apoyo Emocional del Cuestionario de Apoyo Social Percibido. La bibliografía existente no hace referencia a este escenario en especial, sin embargo, es posible plantear un acercamiento. En la zona rural aún se mantienen algunas características del hogar

propias de las sociedades agrícolas- artesanales en donde, según C. Barros (1976) éste era una unidad económica y una unidad de parentesco en la que convivían varias generaciones. De este modo, al parecer, la adulta mayor de dicha zona estaría más integrada al interior de su familia, con un estatus similar al de los demás miembros por el hecho de estar desarrollando un rol productivo. Todo esto favorecería a que la adulta mayor se sienta valorada y reconocida, con una motivación por expresar sus problemas y sentimientos con sus parientes, especialmente sus hijos, que fueron mencionados por la gran mayoría de la muestra.

Esta situación podría estar ocurriendo en menor medida en la zona urbana la cual, si bien no posee las características propias de lo urbano, podría estarse viendo influenciada mayormente por factores de la modernización, en donde, según Valdés y Araujo (1997) la comunidad, el parentesco y las redes familiares van perdiendo importancia dando paso a la individualización; o, en términos de C. Barros (1976): surge una tendencia a la organización nuclear de la familia y al aislamiento entre las generaciones. Así, es posible que, en lo referente al apoyo emocional, la adulta mayor de zona urbana no se sienta tan valorada o con la importancia que podría tener la mujer mayor de zona rural.

En cuanto a la similitud de las puntuaciones según zona de residencia, tanto en el apoyo social estructural como funcional, puede explicarse por el hecho de que la comuna, en general, mantiene características agrícolas rurales. Al respecto, Valdés y Araujo (1997) han observado que la modernización agraria, en el valle del Aconcagua, no ha modificado mayormente los estilos de vida, las creencias y costumbres ligadas al campo o a una cultura tradicional rural. De este modo, puede plantarse que en Quillota, a pesar de la introducción de la urbanización, se hace difícil delimitar claramente entre lo urbano y lo rural, especialmente en las personas mayores de 60 años, en quienes prima una tradición rural.

Respecto a los resultados según tramos de edad, no se encontró diferencias significativas en las puntuaciones de las adultas mayores en ninguno de los cuestionarios de apoyo social. La explicación se sustenta en investigaciones que afirman que la edad parece estar asociada al apoyo en las personas mayores de 80 años puesto que existe un decremento significativo de los contactos sociales establecidos (Fernández-Ballesteros, 1992; Gracia, 1997). Esto podría relacionarse con lo planteado por C. Barros (1992), quien sostiene que a mayor edad, en especial a partir de los 80 años, ocurre un decremento de la capacidad funcional de la persona. Al respecto, en la muestra, existen sólo cuatro mujeres de 80 años y más, las cuales no se diferenciaron de las demás en cuanto a su funcionamiento ni tampoco en cuanto al apoyo social. En este sentido, la edad pasa a ser sólo un criterio para demarcar o diferenciar una etapa de otra pero no es determinante de los cambios que puedan ocurrir en cada individuo. Esta observación permite sugerir que en vez de comparar a este grupo etéreo por edades, se lo compare según capacidad funcional.

En cuanto al estado civil, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social estructural entre adultas mayores casadas y viudas. Este resultado puede explicarse a partir de la variable género. La mayoría de las mujeres de la muestra realizan actividades que giran en torno al desempeño propio de su rol, es decir, el quehacer doméstico, el cual, como sostiene M. Lagarde (1990), no sólo abarca el trabajo que se realiza en la casa sino también todas las actividades referidas al cuidado e integración a la cultura a los demás miembros de su familia. Esto implica relacionarse e involucrarse con el entorno, especialmente el barrio o la comunidad, en el cual, la mayoría ha vivido por largo tiempo, asimilándolo como algo propio, como lo expresaron las adultas mayores durante las entrevistas realizadas. Esta vinculación con su comunidad también se ve reflejada en la participación de la mayoría de las mujeres de la muestra en distintas organizaciones

comunitarias de su barrio, tales como club de tercera edad, junta de vecinos, centro de madres y/o organizaciones de iglesia, entre otras. En conclusión, al parecer sería el rol genérico femenino el que incide en el apoyo social estructural de la muestra, el cual es compartido tanto por las casadas como las viudas.

Por su parte, las no diferencias significativas en el apoyo social percibido entre casadas y viudas pueden ser posibles de explicar en base a lo planteado por O. Domínguez (1987) y C. Barros (1992), quienes señalan que las mujeres reciben mayor apoyo de sus hijos y familiares, en comparación con los hombres, los que esperan y reciben ayuda principalmente de su esposa. En este contexto, se propone que las mujeres de la muestra, tanto casadas como viudas, se apoyarían principalmente en sus hijos y familiares, por lo que el estado civil no influiría significativamente en la percepción de apoyo. Esto se vería reflejado en datos obtenidos en el presente estudio, los que expresan que más de la mitad de las mujeres casadas de la muestra no mencionaron a su pareja como fuente de apoyo y por otra parte, la mayoría señaló a sus hijos y familiares como los principales proveedores de apoyo.

Luego de haber discutido los resultados en base a los objetivos planteados en este estudio, se presentarán a continuación distintas observaciones que cobraron relevancia en la investigación:

Al parecer, la familia es la fuente de apoyo social más importante para las adultas mayores, especialmente los hijos, quienes fueron señalados por la gran mayoría de la muestra, en el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Esto ha sido corroborado por distintos estudios, tanto en el extranjero (Redondo, 1990; Sánchez, 1994; Gracia, 1997) como en nuestro país (Barros 1992; 1994; Aragonese, 1993). Por otro lado, se observa que el apoyo que las mujeres señalan recibir de sus hijos no sólo proviene de aquellos con quienes conviven, sino también de los que no o de los que se encuentran a mayor distanciamiento geográfico. Esta

situación es posible explicarla a través del principio de “intimidad a distancia” señalado por C. Barros (1989), el cual indica que a pesar de que las distintas generaciones de la familia viven separadas, reconocen estrechos lazos de afecto e interactúan con frecuencia. En este sentido, la separación de residencia no implica aislamiento y lo que importa no es tanto la proximidad geográfica sino el compromiso afectivo que existe entre los miembros de la familia.

Otro aspecto importante de resaltar es que, si bien los instrumentos utilizados en este estudio no permiten establecer puntos de corte para determinar si la muestra posee un alto, medio o bajo apoyo social, el hecho de haberlos utilizados en forma de entrevista personal permitió captar y observar a los investigadores aspectos cualitativos en las respuestas. Como consecuencia de esto, en el desarrollo del Cuestionario de Apoyo Social Comunitario, los investigadores observaron una percepción favorable, de la gran mayoría, respecto a su barrio, en el cual varias han vivido por largo tiempo. Expresaron comúnmente sentimientos de satisfacción respecto a los sistemas informales en los que participan, como la propia organización de tercera edad, destacando que se relajan y olvidan sus problemas y les mejora su estado de ánimo, pero indicando a su vez una cierta reticencia a compartir su vida privada con el grupo. Por último, se observó una percepción favorable de los sistemas formales de apoyo, haciendo referencia principalmente a los sistemas de salud. Sin embargo, cabe destacar que estas observaciones no están sujetas a una metodología científica, por lo que se requieren futuros estudios que puedan dar cuenta de estos temas.

Por otro lado, analizando los ítems de los cuestionarios, es posible plantear que el contenido de ellos hace alusión a características que son propias del rol femenino, tales como el brindar ayuda, el expresar sentimientos y problemas, realizar actividades relacionadas con el quehacer doméstico (cuidar a los nietos o la casa), dar consejos, o bien, el desenvolvimiento

en el barrio, la participación en organizaciones comunitarias, relaciones con los sistemas formales.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio tiene relación con la falta de información respecto a los instrumentos utilizados. En primer lugar, no se han encontrado registros de investigaciones que hayan aplicado estos cuestionarios en población adulta mayor por lo que los resultados no son posibles de ser contrastados. Por otra parte, aunque estos instrumentos se han aplicado en otras poblaciones, se encuentran en una fase experimental, faltando la respuesta a un análisis específico de los datos que arrojan. Lo anterior implica que cada investigador que utiliza estos instrumentos elabore su propio modo de analizar la información recolectada y, en este sentido, este sea un estudio piloto o exploratorio de los cuestionarios.

Por último, el hecho de que el tema del apoyo social en el adulto mayor tenga un carácter incipiente, implica escasa información al respecto, en especial desde una perspectiva psicosocial y aplicada en el contexto chileno o latinoamericano, que permita dar mayor sustento teórico y empírico a los resultados de este estudio.

Proyecciones

De acuerdo a los diferentes aspectos establecidos en torno al apoyo social y las adultas mayores en esta investigación, es posible plantear las proyecciones de acuerdo a dos ejes centrales: la elaboración de diferentes cuestionamientos que permitan dar paso a futuras líneas de investigación; y, en el ámbito de la aplicación, sugerir intervenciones dirigidas a la promoción del bienestar en la población estudiada.

En primer lugar, se plantea la necesidad de perfeccionar los instrumentos utilizados, como consecuencia de las limitaciones de este estudio al respecto. Para esto, se sugiere estandarizar las pruebas de manera de facilitar el análisis de los resultados. Además se propone modificar los ítemes presentados en negación del Cuestionario de Apoyo Social Comunitario, con el fin de facilitar la comprensión del instrumento para este grupo etáreo.

Por otra parte, dado que la muestra está conformada en su totalidad por mujeres adultas mayores y que los resultados arrojados se relacionan, en gran medida, con el rol de género femenino, surge el interés por investigar el apoyo social de los adultos mayores hombres y si existen diferencias con el apoyo social que presentan las mujeres de este mismo grupo etáreo.

En el mismo sentido, en vista de la importancia que cobró la variable género en el desarrollo de este estudio y al hecho de que en Chile no existe un análisis de los adultos mayores desde esta perspectiva, se encuentra necesario considerar este enfoque tanto para las futuras investigaciones como también en las intervenciones y planificación de actividades dirigidas a esta población.

Por otra parte, sobre la base de lo observado respecto a la importancia de la familia para las mujeres de la muestra y el rol que ellas cumplen dentro de ésta, se propone indagar la percepción que tienen las adultas mayores respecto a las modificaciones que ha experimentado la organización familiar a través del tiempo y cómo se ha visto influida por la modernidad. A su vez, averiguar cómo este proceso ha articulado y determinado la calidad de vida de ellas. Se sugiere rescatar esta realidad por medio de las historias de vida.

Por otro lado, en vista que los resultados de esta investigación se relacionan con adultas mayores que participan en organizaciones comunitarias, podría estudiarse si existen diferencias en el apoyo social entre adultos mayores organizados y no organizados, o con aquellos que se encuentran en instituciones de tercera edad.

En relación con lo anterior, también se encuentra relevante indagar la percepción que los adultos mayores tienen respecto de los sistemas informales, en especial el valor que le adjudican al club de tercera edad, el significado que tiene para ellos pertenecer a este tipo de organización y el sentido que cobra en sus vidas los recursos derivados de las relaciones interpersonales que mantienen al interior de éste.

Por último, el relacionar el apoyo social con otros indicadores de salud mental, tales como síntomas ansiosos, depresivos, autoestima, entre otros, permite entregar mayor información respecto a la salud mental de los adultos mayores y precisar algunos componentes y determinantes que influyen en el bienestar de este grupo etéreo, lo cual podría entregar alternativas concretas de intervención psicosocial en el adulto mayor.

En cuanto al ámbito de intervención se sugieren las siguientes propuestas a partir de los resultados obtenidos y de las discusiones que surgieron de éstos:

- En el ámbito de la familia, se considera indispensable fortalecer la capacidad de ésta para proporcionar apoyo a la persona mayor. Para esto se plantea la necesidad de establecer contacto entre la familia del adulto mayor y los sistemas formales de apoyo. Se sugiere que la Casa del Adulto Mayor de Quillota sea la entidad mediadora entre ambas instancias, facilitando el acceso de las familias a los servicios que requieran.
- Dadas las posibilidades de investigación en torno al tema del apoyo social y de los adultos mayores, se encuentra necesaria la creación de una red formal entre la Casa del Adulto Mayor de Quillota y la Escuela de Psicología de la Universidad, con el objetivo de continuar profundizando en esta temática, y en especial poner en práctica experiencias pilotos en intervención comunitaria.

- Además, se sugiere la incorporación del tema del adulto mayor en la formación de pregrado en la carrera de psicología, por la emergencia del tema y por la necesidad de enfrentar las repercusiones del proceso de envejecimiento en el contexto nacional.

CAPÍTULO 7

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro, J. (1993). Una aproximación psicosocial al concepto de la salud mental. En D. Asún y cols. Psicología comunitaria y salud mental en Chile. Santiago: Universidad Diego Portales
2. Álvaro, J. y Páez, D. (1996). Psicología Social de la salud mental. En J. Álvaro, A. Garrido y J. Torregrosa (Coordinadores) Psicología Social Aplicada. Madrid: McGraw-Hill.
3. Aragonese, J. (1993). La familia y el adulto mayor. En Tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Santiago: Ed. Sandoz.
4. Ardila, R. (1985). El mundo psicológico de los ancianos. Encuentro sobre el proceso de envejecimiento y vejez. Medellín: Susaeta Ediciones.
5. Argyle, M. (1992). Efectos de la apoyo social derivado de distintas relaciones en la felicidad y la salud mental. En J. Álvaro, J. Torregrosa y A. Garrido (Comps.) Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
6. Baró, F. (1985). Factores psicosociales y la salud de los ancianos. En OPS, Organización Panamericana de la Salud, Hacia el bienestar de los ancianos. Washington: Editorial OPS.
7. Barrón, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. Revista de Psicología Social, 7, 53-59.
8. Barrón, A. (1992). Apoyo social y salud mental. En J. Álvaro, J. Torregrosa y A. Garrido (Comps.) Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

9. Barrón, A., Lozano, P. y Chacón, F. (1993). Autoayuda y apoyo social. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), Psicología Comunitaria. Madrid: Ed. Visor Distribuciones.
10. Barros, C. (1976). La situación del anciano en la sociedad actual. Revista de trabajo social, 17, 9 -13.
11. Barros, C. (1989). Envejecer en Chile. Estudios Sociales, 60.
12. Barros, C. (1991a). Viviendo el envejecer. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
13. Barros, C. (1991b). Significados y desafíos del envejecer. Estudios Sociales, 68, 87-101.
14. Barros, C. (1992). Caracterización, problemas prioritarios y acciones a favor de la mujer de edad avanzada. SERNAM: Documento de trabajo N° 18.
15. Barros, C. (1993). Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores. Estudios Sociales, 77, 31-47.
16. Barros, C. (1994a). Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor. Pontificia Universidad Católica de Chile: Cuadernos del Instituto de Sociología N°60. Santiago.
17. Barros, C. (1994b). Aspectos sociales del envejecimiento. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (Eds.) La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Editorial O.P.S.
18. Barros, C. (1996). Nivel de bienestar y proceso de envejecimiento. Revista de trabajo social, n°67, p. 69- 79.
19. Barros, C. (1999). Concepto de envejecimiento: condiciones sociales y papel del adulto mayor. Documento para las jornadas de capacitación del programa del adulto mayor.

20. Belmar, B. (1991). *Mujer y Familia*. Primer encuentro comunal de la mujer adulta mayor. SERNAM: Documento de Trabajo N° 13.
21. Belloch, A. (1994). Aspectos Psicológicos del envejecimiento. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (Eds.) La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Editorial O.P.S.
22. Bonilla, A. (1998). Los roles de género. En J. Fernández (Coord.). Género y Sociedad. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
23. Consejo Nacional de las Mujeres (1996). Plan de Igualdad de Oportunidades 1996-2000. Quito.
24. Correa, M. (1991). Estrategias de sobrevivencia de un grupo de ancianos en un sector de pobreza urbana: una experiencia en la población Germán Riesco. Tesis para optar al grado de licenciado en servicio social y al título de asistente social. Santiago: PUCCh.
25. Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del Apoyo Social. En R. Fernández (Ed.), El ambiente: Análisis psicológico. Madrid: Editorial Pirámide.
26. Domínguez, O. (1982). La Vejez, Nueva Edad Social. Santiago: Editorial Andrés Bello.
27. Domínguez, O. (1987). Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años en Chile. Simposio internacional sobre "el envejecimiento ante el fenómeno del desarrollo: aspectos multidisciplinarios". Santiago: UNATIONS
28. Durá, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicancias para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Revista de Psicología Social, 6, 257-271.
29. Escobar, C. y Marín, P. (1993). Situación demográfica en Chile. En Tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Santiago: Ed. Sandoz.

30. Forttes, A. (1993). Recreación y uso del tiempo personal. En Tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Santiago: Ed. Sandoz.
31. Flórez, J.A.; Valdés, C.; Pérez, M.; Hurtado, P. y Gómez, M. (1993). Valor terapéutico del apoyo social en el anciano. Revista geriátrica, 2, 99 - 108.
32. Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). El Apoyo Social. Barcelona: PPU, S.A.
33. Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.
34. Hernández, R.; Fernández, C.; Batpista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw-Hill.
35. Horwitz, N. (1984). Sistema de apoyo social (y familiar) y su medición. CEAP: Documento de trabajo N° 18.
36. Horwitz, N. (1993). El duelo como proceso ritual y la importancia de las redes de apoyo psicosocial. Estudios Sociales, 77, 17-29.
37. Hyde, J. (1995). Psicología de la Mujer. La otra mitad de la experiencia humana. Madrid: Ediciones Morata.
38. Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor (1995).
39. Instituto Nacional de Estadísticas (1993). Compendio estadístico.
40. Instituto Nacional de Estadísticas y Comité Nacional para el Adulto Mayor (1999a). Chile y los adultos mayores. Impacto en la sociedad del 2000. Santiago de Chile.
41. Instituto Nacional de Estadísticas (1999b). Los adultos mayores en Chile. Enfoques estadísticos N° 4.
42. Jayme, M. y Sau, V. (1996). Psicología diferencial del sexo y el género. Barcelona: ICARIA Editorial, S.A.

43. Kalish, R. (1991). La Vejez: Perspectivas sobre el Desarrollo Humano. Madrid: Ed. Pirámide.
44. Lagarde, M. (1990). Cautiverio de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Universidad Autónoma de Madrid.
45. Lamas, M. (1997). La antropología feminista y la categoría "género". En M. Lamas (Comp.), El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG.
46. López, F. (1996). Reajuste sexual y de género en la vejez. En J. Fernández (Comp.) Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. Madrid: Ed. Pirámide.
47. Martínez, M. y García, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. Revista de Psicología Social, 10, 61-74.
48. MIDEPLAN (1998). Resultados Encuesta CASEN 1998. Situación de los adultos mayores en Chile, 1998. Documento N° 10.
49. Ministerio de Salud (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
50. Montecino, S. y Rebolledo, L. (1996). Conceptos de género y desarrollo. Santiago: Publicaciones Universidad de Chile.
51. Moragas, R. (1991). Gerontología Social. Barcelona: Editorial Herder.
52. Nicolson, P. (1997) Poder, género y organizaciones. ¿Se valora a la mujer en la empresa?. Madrid: Narcea S.A. Ediciones.
53. Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso (1998). Sistematización 1998.

54. Páez, D. y cols. (1986). Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Editorial Fundamentos.
55. Páez, D. y cols. (1989). Emociones: perspectivas psicosociales. Madrid: Ed. Fundamentos.
56. Papalia, D. y Wendkos, S. (1990). Desarrollo Humano. Colombia: McGraw-Hill.
57. Pastor, R. (1998). Asimetría genérica y representaciones del género. En J. Fernández (Coord.). Género y Sociedad. Madrid: Ediciones Pirámide.
58. Pearson, J., Turner, L. y Todd- Mancillas, W. (1993) Comunicación y Género. Barcelona: Paidós Ibérica.
59. Pinochet, P. y Tavano, P. (1998) Estudio exploratorio descriptivo del bienestar psicológico de una muestra de adultos mayores jubilados que asisten y participan en la oficina comunal del adulto mayor en Valparaíso . Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al título de psicólogo. Unipersidad de Valparaíso. Viña del Mar, 1998.
60. Redondo, N. (1990). Ancianidad y Pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos. Buenos Aires: HVMANITAS.
61. Sánchez, A. (1988). Psicología comunitaria. Madrid: Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias.
62. Sánchez, C. (1990). Trabajo social y Vejez. Teoría e intervención. Buenos Aires: Editorial HVMANITAS.
63. Sánchez, M. (1994). El apoyo social informal. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (Eds.) La atención de los ancianos: un desafío para los noventa. Washinton: Editorial O.P.S.

64. Sánchez, E. (1998). Apoyo social, integración social y salud mental. Revista de Psicología Social, (13) 3, p.537-544.
65. Secretaria Ministerial de Planificación y Coordinación Región Metropolitana, SERPLAC (1998). Adulto Mayor: Programas Municipales en la Región Metropolitana. Diagnóstico y propuestas.
66. Scherler, A. (1992) Envejecimiento y vejez en la vida cotidiana. En Unión Democrática de pensionistas y jubilados de España, U.D.P. Sociología de la vejez. Madrid: U.D.P. Ediciones.
67. Selby, P. y Griffiths, A. (1986). Guía para un envejecimiento satisfactorio.
68. Squarcialupi, V. (1985). Mujer y Tercera Edad: Unidad de comunicación alternativa de la mujer. Instituto Latinoamericano de Estudios Transaccionales. Bogotá.
69. Varela, C. (1997). Diagnóstico de salud mental de la población atendida por el centro de desarrollo comunitario de la comuna de Villa Alemana. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo. Universidad de Valparaíso, Valparaíso.
70. Valdés, X. y Araujo, K. (1997). Modernización Agraria, Modernidad y Vida Privada: Las Relaciones Sociales de Género en los Temporeros de la Fruta. Revista PSYKHE, 6, 35 – 49.
71. Vega, H. (1997). Impacto socioeconómico de las tendencias demográficas, Chile 2000-2024. Ponencia presentada en el seminario: “Población, Sociedad y Mapa Político Electoral del siglo XXI”
72. Villaseca, P. (1988). Senescencia I. CEAP: Documento de trabajo N° 36. Santiago: Universidad de Chile.
73. Zegers, B. (1993) Rendimiento y capacidades intelectuales. En Tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Santiago: Ed. Sandoz.

APÉNDICES

APÉNDICE A
ENCUESTA

ENCUESTA

Nombre de la organización: _____

Fecha de inicio: _____

¿Desde cuándo participa en esta organización?

Desde el inicio _____ Hace más de 1 año ____ ¿Cuántos? _____ 1 año ____
6 meses _____ Menos de 6 meses ____

Sexo: Femenino __ Masculino __

Edad: ____ años **Fecha de nacimiento:** _____

Distribución geográfica: Urbana _____ Rural _____

Estado civil: Casado/a __ Viudo/a __ Separado/a __ Soltero/a __ Conviviente __

Vive con: Solo/a __ Con pareja __ Familiares __ Cuáles? _____

Otros: _____

Escolaridad: Sin escolaridad __ Básica Incompleta _____ (curso) Básica completa _____
Media incompleta _____ (curso) Media completa _____
Superior incompleta _____ (curso) Superior completa _____ Técnica _____

Ingreso: \$ _____

Ingreso proviene de: Trabajo actual _____ PASIS __ Jubilación _____
Montepío __ Ayuda de familiares ____
Trabajo o jubilación del cónyuge __ Otros _____

Otras organizaciones a las que pertenece (junta de vecinos, club deportivo, centro de madres, Prodemu, Iglesia, olla común, etc.) _____

¿Sufre Ud. de alguna enfermedad importante? _____

APÉNDICE B
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En parte de acuerdo, en parte en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. No se encuentra a gusto dentro de su barrio	1	2	3	4	5
2. Se siente identificado con su barrio	1	2	3	4	5
3. Sus opiniones son bien recibidas en su barrio	1	2	3	4	5
4. Muy pocas personas de su barrio saben quién es usted	1	2	3	4	5
5. Siente el barrio como algo suyo	1	2	3	4	5
6. Colabora en las organizaciones y asociaciones de su barrio	1	2	3	4	5
7. Participa en actividades sociales de su barrio	1	2	3	4	5
8. Participa en algún grupo social o cívico (juntas de vecinos, centro de madres, etc.)	1	2	3	4	5
9. No participa en las gestiones que se llevan a cabo en su barrio	1	2	3	4	5
10. Acude a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de su barrio	1	2	3	4	5
11. No participa en las actividades sociales y/o recreativas de su barrio	1	2	3	4	5

Usted pertenece a esta organización de adulto mayor y quizás participe en otros, tales como centro de madres, junta de vecinos, agrupaciones de iglesia, olla común, etc. En esta organización u otras a las que pertenece, usted diría que:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En parte de acuerdo, en parte en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Encuentra personas que le ayudan a resolver sus problemas	1	2	3	4	5
13. No encuentra comprensión ni apoyo	1	2	3	4	5
14. Encuentra personas que le ayudan a sentirse mejor	1	2	3	4	5
15. No pide consejo	1	2	3	4	5
16. No puede compartir sus problemas	1	2	3	4	5
17. Encuentra a alguien que la escuche cuando está decaído	1	2	3	4	5
18. Encuentra una fuente de satisfacción para usted	1	2	3	4	5
19. Logra animarse y mejorar su estado de ánimo	1	2	3	4	5
20. Se relaja y olvida con facilidad sus problemas cotidianos	1	2	3	4	5
21. No solicita ayuda	1	2	3	4	5

Los Servicios de salud, Consultorios, Cruz Roja, Centros Diocesanos, la Oficina del Adulto Mayor, Club de Leones, entre otros, son organizaciones que la comunidad pone a disposición de sus miembros. Con respecto a éstos, usted opina que:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En parte de acuerdo, en parte en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
22. Si tuviera problemas (personales, familiares, etc.), podría encontrar personas en estas organizaciones que le ayudarían a resolverlos	1	2	3	4	5
23. Estos servicios no le inspiran la suficiente confianza	1	2	3	4	5
24. Estas organizaciones y servicios le brindan un importante apoyo	1	2	3	4	5
25. En caso de necesidad acudiría a estas organizaciones	1	2	3	4	5

APÉNDICE C
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

APÉNDICE D
ORGANIZACIONES DE ADULTOS MAYORES DE QUILLOTA

ORGANIZACIONES DE ADULTOS MAYORES DE QUILLOTA

	NOMBRE	LOCALIDAD
1.	Beatita Benavides	Quillota
2.	Dr. Luis Mella	Quillota
3.	Dulce Atardecer	Quillota
4.	El Atardecer	San Pedro
5.	Campo Lindo	Quillota
6.	El Olivo	Quillota
7.	Fundación Hermana Linca	Quillota
8.	Fundación La Semilla	Quillota
9.	Jesús de la Misericordia	Quillota
10.	La Esperanza de Boco	Boco
11.	La Gran Familia	Quillota
12.	Larga Vida	Quillota
13.	Las Camelias	Quillota
14.	Las Hormiguitas	Quillota
15.	Las Palomas y los Palomos	Quillota
16.	Las Violetas	Quillota
17.	Los Recuerdos	Quillota
18.	María de Nazareth	Quillota
19.	Martita Larraechea de Frei	Quillota
20.	Nuestra Señora de la Merced	Quillota
21.	Nieves del Aconcagua	La Palma
22.	Recreativo y Cultural La Amistad	Quillota
23.	San Pedro	San Pedro
24.	San Pedro Nolasco	Quillota
25.	San Pedro Pascual	Quillota
26.	San Serapio	Quillota
27.	Santa María de Cervellón	La Palma