

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Enfermería

REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR

DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO

GREGORIO ALBARRACÍN TACNA - 2009

TESIS

Presentada por:

Bach. Raquel Cunurana Chipana

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad De Enfermería

**REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO
DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN**

TACNA-2009

TESIS

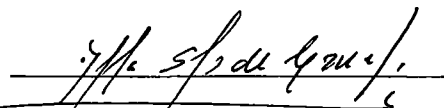
Presentada Por:

Bach. RAQUEL CUNURANA CHIPANA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

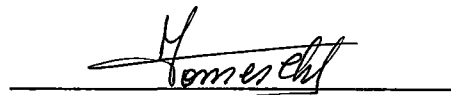
Aprobada por Unanimidad ante el siguiente Jurado:



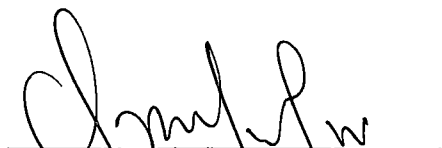
**Mgr. Dalila Salas de Cornejo
PRESIDENTA**



**Mgr. Ruth R. Salinas de Zegarra
JURADO**



**Enf. Yolanda P. Torres Chávez
JURADO**



**Mgr. Wender F. Condori Chipana
ASESOR**

DEDICATORIA

Con mucho Cariño:

A Dios, por ser mi fuerza y templanza para seguir luchando en el camino de mi formación personal, profesional y sobre todo espiritual.

A mis Padres, Hermana, Hermano y Amigas, por el apoyo y comprensión que me brindaron.

R.C.CH.

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación cuantitativa con diseño de tipo descriptivo de corte transversal cuyo objetivo es determinar las redes de apoyo social percibido por el adulto mayor. La población en estudio son las personas mayores de 60 años del club adulto mayor del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna, la muestra estuvo conformado por 46 adultos mayores. Se utilizó como instrumento la escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga, cuya versión fue modificado por la autora de la investigación, el cual fue validado por la prueba de expertos y del coeficiente de confiabilidad del Alpha de Crombach. Los resultados obtenidos, muestran que el tamaño de la red de apoyo social percibido por el adulto mayor esta conformado por dos personas, la frecuencia del contacto respecto al cónyuge e hijos es muy frecuente; en cuanto al apoyo social reciben apoyo económico mayormente de sus hijos; existe reciprocidad del intercambio de apoyo social con los miembros que interactúa el adulto mayor; las redes de apoyo social tienen un nivel funcional medio; llegando a la conclusión que los adultos mayores perciben regulares redes de apoyo social.

ABSTRACT

This paper is a quantitative research design of cross-sectional descriptive and aims at identifying the perceived social support networks for the elderly. The study population is people older than 60 years old club Health Center San Francisco Gregorio Albarracín District of Tacna, the sample was comprised of 46 seniors. Instrument was used as the evaluation scale of support and social contacts Diaz Veiga, whose version was modified by the author of the research, which was validated by testing experts and the reliability coefficient Alpha Crombach. The results show that the size of perceived social support network for the elderly is comprised of two persons, the frequency of contact with respect to the spouse and children is very common; in terms of social support received financial support mainly from their children, there is a reciprocal exchange of social support interacts with members older adults, social support networks have a functional level means; concluding that older adults perceive regular social support networks.

CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: DEL PROBLEMA

1.1. Introducción.....1

1.2. Marco teórico.....7

CAPITULO II: DE LA METODOLOGÍA

2.1. Material y métodos.....54

CAPITULO III: DE LOS RESULTADOS

3.1. Resultados.....64

3.2. Discusión.....83

3.3. Conclusiones.....90

3.4. Recomendaciones.....91

3.5. Referencias Bibliográficas.....92

ANEXOS

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1.1 INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento paulatino en el Perú y el gran interés por el tema de las redes de apoyo social en los adultos mayores en diversas investigaciones publicadas en países como México, Argentina y Chile, así como también siendo como agenda en las reuniones científicas internacionales; la cual va adquiriendo importancia entre los objetivos de programas y planes internacionales con el afán de mejorar la calidad de vida de la población.

En la etapa adulta mayor las redes de apoyo social son también condicionantes del estado de salud, diversos estudios han demostrado que la falta de apoyo, sobre todo por parte de la familia, incrementa aun más el riesgo en la aparición de enfermedad y que las escasas redes de apoyo social acentúan el riesgo de diversos trastornos psicológicos. Así en un estudio realizado en México con el objetivo de conocer la situación de las redes de apoyo y su relación con la depresión en la población

mayor que vive en los asilos, obtuvieron como resultado que el 37,7% de la población es considerada como caso depresivo, que la depresión se asoció con la edad, el tipo de apoyo de otros familiares y amigos, con la frecuencia del contacto y con la satisfacción en la relación con otros familiares.

El presente estudio se realiza con el objetivo de determinar las redes de apoyo social percibido por el adulto mayor, consta de 3 capítulos, los cuales esta conformado de la siguiente manera: el primer capítulo nos muestra aspectos del problema: descripción y formulación del problema, antecedentes, marco teórico y objetivos; el segundo capítulo describe la metodología que comprende: diseño de la investigación, población y muestra de estudio variable, métodos y técnicas de recolección de datos, procesamiento de datos, validez y confiabilidad del instrumento; el tercer capítulo muestra los resultados que comprenden: la discusión, conclusiones y recomendaciones. Además se incluyen las referencias bibliográficas y anexos.

Descripción del problema

En el periodo de 1950 al 2000, a nivel mundial la población de 60 y más años aumentó aproximadamente en 218%, en América Latina y el Caribe aumentará cerca de 100 millones en el 2025. Durante la primera década de este siglo, un millón de personas por año se incorporará a este grupo, con tasas anuales de crecimiento del 3,5% durante los próximos 20 años. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado a 66 años en el mundo y se prevé que para el 2050 haya aumentado 10 años y más.

En América latina el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser mas rápido que en los países desarrollados debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas que en algunos países de la región se acentúan más que en otros.

En el Perú según el censo de población y vivienda del año 2005 el 8,5% de la población cuenta con 60 años a más; las proyecciones oficiales estiman que para el año 2010, 2025 y 2050 esta proporción de personas adultas mayores subirá al 10,8%, 12,4% y 21,3% respectivamente; el Perú se encuentra

con envejecimiento moderado, la esperanza de vida al nacer es de 76 años y con tasa global de fecundidad con promedio de 2,6 hijos por mujer; por otro lado el analfabetismo continúa siendo un obstáculo para el progreso y crea barreras de comunicación y genera grandes limitaciones en el desarrollo científico y tecnológico.

La población adulta mayor en Tacna es el 7,19% de la población total; el 92,14% se concentra en la provincia de Tacna; la esperanza de vida al nacer en Tacna es de 73 años; durante el quinquenio 2010-2015 estará bordeando los 76 años. A nivel nacional se encuentra dentro de los departamentos que tiene más población adulta mayor. Y respecto al analfabetismo el 10% de la población del Distrito de Gregorio Albarracín es analfabeta, sobrepasando el 7% que se observa en el distrito de Tacna, más de la mitad de la población tacneña de 60 y más años no recibe atención de salud (53,2%) debido a que no está asegurada y sus ingresos no cubren los gastos en prevención y tratamiento de enfermedades o accidentes. La epidemiología de las enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a este grupo etéreo se han incrementado, por lo que los estados, progresivamente están

tomando conciencia de la necesidad de planificar a largo plazo para atender a este segmento de la población, medir la eficacia de las actuales leyes, políticas y programas orientados a los adultos mayores, y analizar las áreas en que se requerirá de mayores recursos e intervención pública, incluyendo algunas que hasta el momento han sido por lo general ignoradas, como los entornos físicos y sociales como son las redes de apoyo social en la que entre otros aspectos ayuda a reducir el estrés. Las redes de la familia, amigos y conocidos no solo favorecen a que los adultos mayores mantengan su identidad social sino que proporcionan apoyo emocional, material, información y servicios.

El presente trabajo de investigación se realizó en el club del adulto mayor del centro salud de San Francisco, donde la población se caracteriza en su mayoría por ser procedentes de otras regiones, con trabajo informal, la mayoría analfabetos, no reciben pensión o jubilación, con un entorno social diferente al de su niñez y adolescencia inclusive los de la edad adulta, adoptando sus vivencias culturales en su actual contexto social en la que muchas de ellas además de haber sufrido la pérdida de su red social de origen tienen que enfrentar el cambio

paulatino de los avances de la tecnología que trae consigo la aceleración de intercambio de información virtual y puede generar mayor importancia en los miembros de la red social del adulto mayor en especial en los más jóvenes; perdiendo así un espacio de interrelación dentro de la vida familiar, lo cual puede conllevar al aislamiento y la soledad del adulto mayor incrementando el riesgo a trastornos psicológicos tales como la depresión; y en otros casos cuando el adulto mayor todavía tiene red social en la que aun puede recibir apoyo social puede llegar a convertirse en una carga familiar; y en los casos cuando el adulto mayor brinda apoyo social su situación se limita solo como proveedor material y/o instrumental menoscabándose su apoyo emocional o cognitivo. La red de apoyo social es un soporte para procesar los cambios y pérdidas en esta edad, a su vez el nexo con el bienestar es fundamental para mantener la calidad de vida, por lo cual se considera importante formular la siguiente pregunta:

¿Los adultos mayores del centro de salud San Francisco perciben redes de apoyo social bajo?

1.1. MARCO TEORICO

Antecedentes del problema

ARANDA, C. y colaboradores (México-2000), en el estudio "Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona de metropolitana de Guadalajara", con el objetivo de conocer la depresión en la población mayor de 65 años de edad que vive en los asilos, estudio de tipo descriptivo, transversal y analítico, utilizaron dos métodos de evaluación: la escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga y la escala de depresión geriátrica (EDG) cuyos resultados fueron en la frecuencia de contacto con la red de apoyo (cónyuge, hijos, familiares y amigos), observaron que un gran porcentaje (91,1%) de 335 personas estudiadas carecen de cónyuge, pero de los que si cuentan el 5,7 % refiere tener poco o nada frecuente contacto con dicho cónyuge; el 53,1% carece de hijos, y de los que si tienen, el 22,1% respondieron tener contacto algo frecuente con ellos. En cuanto a otros familiares, el 29,9% negaron tener otros allegados consanguíneos, pero los que si los poseían (40,0%) mencionaron tener contacto algo frecuente. Por último en cuanto a la presencia de amigos el 78,5% no los tienen y solo el 10,7%, tiene contacto algo frecuente. Para el tipo de apoyo (moral, económico, afectivo y material) ninguno lo recibe por parte del cónyuge, el 26,9% reciben

algo de apoyo de sus hijos, el 46,6% lo obtienen de familiares y el 14,3 % lo reciben de amistades. Los adultos mayores estudiados presentaron redes sociales de apoyo muy deteriorados (77,3% son malos), lo que pudiera ser un efecto de institucionalización. En cuanto a la depresión un 37,7% de la población en estudio es considerada como caso depresivo.

BARROS, C. (Chile-1991), en su estudio "Viviendo el envejecer", realizado en Santiago de Chile en personas mayores de 65 años que viven en su propio hogar, a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión se encontró que la pertenencia a una organización de adultos mayores contribuye al intercambio de información para cuidarse mejor, proporcionan compañía y afectos contribuyendo al mejoramiento de las relaciones familiares pues las personas mayores se hacen más independientes.

FERNANDEZ DEL VALLE, J. y GARCIA, A. (España-1994), en el estudio sobre "Redes de apoyo social en usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)", estudio de tipo descriptivo con una muestra de adultos mayores de 65 y mas años, 152 personas pertenecientes al servicio de apoyo a domicilio (SAD) en

comparación con una muestra normativa de 635 personas adultas mayores; cuya hipótesis inicial es que los usuarios del servicio de atención a domicilio (SAD) tienen una red de apoyo social más deficitaria que el grupo normativo al que pertenece. Sus resultados son: los usuarios del servicio de atención a domicilio en cuanto a la edad, el promedio era de 78,91 años, aumenta considerablemente la condición viudedad y solteros/as, el nivel básico de lectura y escritura (analfabetismo) supone un 43 %; casi la mitad viven solos, en cuanto al tamaño de la red total tienen una media de 3,16 personas; concluyendo que la red social es disminuida en el grupo del servicio de atención a domicilio especialmente en el contexto familiar al igual que el apoyo social percibido; confirmando así su hipótesis de que los usuarios del servicio de atención a domicilio (SAD) tienen una red de apoyo social más deficitaria.

HUENCHUAN, S. y SOSA, Z. (Chile -2000), en el estudio sobre "Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile", con el objetivo de analizar las redes de apoyo social de las personas mayores en Chile, estudio de tipo descriptivo, utilizaron como principal fuente de datos la encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) y datos de la encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) del 2000; cuyas conclusiones

relevantes de la investigación son: la existencia de un flujo igualmente importante de apoyos recibidos y dados por las personas adultas mayores se aprecia que el tamaño de la red de apoyo de las personas mayores es reducido (una a cuatro personas), los hombres tienen una red de apoyo más reducida que las mujeres, en cuanto a los tipos de apoyos recibidos, es superior el sostén instrumental y material, los apoyos provienen fundamentalmente de los corresidentes (hijos y pareja).

KRASSOIEVITCH, M. (México-1998), en su estudio "Redes sociales y vejez, documento preparado para el VII Simposio: Macaria que hablen los ancianos", menciona que es un hecho demostrado que las personas que reciben un mayor apoyo social en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participación en actividades sociales, gozan de mejor salud. El impacto positivo en la salud es mayor cuando la actividad que realiza la persona mayor es significativa y no se limita a una asistencia pasiva.

SALINAS , A. y colaboradores (México-2005), en el estudio titulado "Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores del programa oportunidades", con el objetivo de caracterizar las redes

de apoyo social de los adultos mayores realizaron un estudio de tipo transversal utilizando una encuesta probabilística con tres etapas de selección, la población objetivo estuvo conformada por personas de 70 años a más, beneficiarios del programa oportunidades, obteniendo los siguientes resultados: los adultos mayores cuentan con redes familiares de apoyo social homogéneas que en su mayoría están compuestas por los cónyuges y los hijos de los adultos mayores, la principal fuente de apoyo reside en las mujeres, identificaron un tamaño de red promedio de 2 personas, con relación al tipo de apoyo los adultos mayores que tienen hijos fuera del hogar tienden a recibir principalmente apoyo económico y material, los adultos mayores con hijos corresidentes reciben, principalmente apoyo instrumental, sobre todo en términos de alimentos y visitas; el apoyo emocional es el de mayor reciprocidad, el tamaño de la red resultó ser el factor más importante para explicar la disponibilidad de apoyo social así como el intercambio de los distintos tipos de apoyo social; concluyeron que los adultos mayores del programa oportunidades tienen redes pequeñas y poco diversificadas lo cual es un aspecto desfavorable que podría implicar menor eficiencia.

Definición de adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a las personas de 60 años a más y de esta manera evitar múltiple denominación como vieja, anciana, entre otras. En los países en vías de desarrollo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 a más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo poblacional personas adultas mayores (PAM) de conformidad con la resolución 50/11 aprobada por su asamblea general.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo y hasta el momento inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de los factores genéticos, sociales, culturales, estilo de vida y presencia de enfermedades. Es universal porque es propio de todos los seres vivos, es progresivo porque es un proceso acumulativo, es continuo, porque tiene un

inicio y un final, es dinámico porque está en constante cambio, es declinante porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte, es intrínseco porque ocurre en el individuo a pesar de que está influenciado por factores ambientales, es irreversible porque no puede detenerse ni revertirse es definitivo, es heterogéneo e individual porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido, cada ser humano tiene su propia característica de envejecimiento y varía de una persona a otra.

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), desde el punto de vista funcional lo clasifica en tres grupos:

- Persona adulta mayor independiente autovalente, es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades básicas para el autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, realizar las actividades instrumentales de la vida diaria que son actividades como: cocinar, limpiar, comprar, lavar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad.

- Persona adulta mayor frágil, es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad.
- Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente), se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% a un 5% de los que viven en la comunidad tienen esta condición.

Cambios en el Adulto Mayor: Burke y Walsh (1998), el envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales influenciado tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

Cambios Fisiológicos: Burke y Walsh (1998), desde el punto de vista fisiológico el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular y de los sistemas. Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el individuo se deben a los cambios tisulares, a la reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética; así como también a la

disminución del volumen de líquido extracelular. La mayoría de personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones basales. Sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo. Este deterioro en la función puede ser secundario en parte, a la pérdida progresiva de células funcionales y a la constante disminución de tejido en muchos sistemas corporales.

Las consecuencias de los cambios relacionados con el envejecimiento tenemos:

- Sistema nervioso central: algunos adultos mayores pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales, disminución de la percepción y de la memoria a corto plazo y alguna pérdida de la habilidad de aprendizaje.
- Sentido de la visión: apariencia de hundimiento de los ojos (ptosis senil), pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante y

lenta adaptación a la oscuridad; deterioro de la percepción visuo-espacial.

- Audición y equilibrio: presbicia, deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas.
- Olfato, Gusto y Fonación: Deterioro del sentido del gusto y del olfato; disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y deglución.
- Músculos, huesos y articulaciones: pérdida de la masa muscular, osteoporosis, predisposición a calambres musculares, debilidad muscular, limitación del movimiento corporal, rigidez articular y predisposición al dolor; disminución en la confianza y seguridad para la actividad, dificultad para la realización de tareas y especialmente si se complica con un defecto visual no compensado.
- Sistema gastrointestinal: predisposición a las caries dentales, problemas en la absorción de los alimentos y constipación.
- Sistema respiratorio: capacidad vital disminuida, deterioro de la difusión de oxígeno e incremento de la rigidez de la pared del tórax.
- Sistema cardiovascular: disminución en la capacidad de actividad física y presencia de soplos cardiacos.
- Sistema genito-urinario: incontinencia urinaria.

- Piel: piel seca, arrugada y frágil, placas seborreicas y prurito.
- Sistema inmunológico: aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones.

Cambios Psicológicos: durante el envejecimiento implican cambios en la funciones y en las relaciones; los aspectos psicológicos del adulto mayor implican como el individuo enfrenta la realidad de su envejecimiento y como se percibe a sí mismo. La pérdida de autoestima: sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, y que esta última (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como autoestima. Que la autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente; de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse así mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airoso, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida. La pérdida del significado o sentido de la vida: una vivencia tal acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Es posible que la persona adulta mayor caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Esta experiencia negativa de sí mismo, no se

aprecia en personas adultas mayores que son más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres adultos mayores, pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción. La pérdida de la facilidad de adaptación: al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. Nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación (motivaciones o refuerzos sociales).

Cambios sociales: el principal cambio que se produce en adulto mayor es el nuevo papel que desempeña en la sociedad. Se pasa de ser “productivo” (trabajador) a ser “improductivo” (jubilado). El desarrollo del papel de la persona mayor depende de la capacidad de adaptación y aceptación del proceso de envejecimiento, por tanto, el ser consciente de sus limitaciones permitirá a la persona

mayor establecer planes de vida satisfactorios. Estos cambios sociales son:

A. Cambio de rol individual

El adulto mayor como individuo único: la respuesta individual del adulto mayor frente a la vida esta condicionada por sus creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias sobre la muerte y el estado físico y situación social en que se encuentre. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo que envejece consiste en aceptar la realidad de la muerte. Esta es vivida por una parte de las personas mayores como liberación, como final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas; para otros significa una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la propia enfermedad. Sin embargo, en otros adultos mayores se produce una situación de rechazo al hecho de morir, considerando la muerte incluso, como algo injusto.

El adulto mayor como integrante del grupo familiar: se produce un cambio en las relaciones familiares; el mayor no suele convivir bajo el mismo techo de sus hijos y nietos. Las relaciones entre el adulto mayor, sus hijos y nietos pasan por

dos etapas diferentes: una primera, cuando la persona mayor es independiente y no tiene problema de salud, se dedica a la ayuda de los hijos, realiza tareas domésticas, ejerce de "recadero" y se encarga del cuidado de los nietos. En el momento en que aparecen problemas de salud y de dependencia, se inicia la segunda etapa y se produce un cambio en las relaciones: la persona mayor pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado y ahora ya no se cuenta con el como se contaba anteriormente. Es en este momento cuando ocurren las rupturas en la convivencia, ya que la familia se suele plantear el ingreso del adulto mayor en alguna institución, hecho que genera un sentimiento de rechazo y de abandono, porque se da cuenta de que sus opiniones y decisiones ya no tiene ningún valor.

El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas: la ancianidad es una etapa de la vida del hombre caracterizada por las pérdidas (pérdida de facultades físicas o psíquicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas, etc.); todas estas pérdidas van acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza, pesar o dolor. Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte del cónyuge o de los amigos van

acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad. El superviviente pasa por periodos de pena y dolor, y por periodos de remordimiento. De todas estas vivencias, la soledad es la que ocasiona más problemas a la persona mayor. El sentimiento de soledad es muy difícil de superar; por eso, muchos adultos mayores deciden de nuevo formar otras parejas, ya que las necesidades emocionales de los ancianos precisan la misma atención que en otras etapas de la vida.

B. Cambio de rol en la comunidad

La sociedad valora solo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene mas posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tares comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

En el rol laboral el gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio. Las consecuencias de la jubilación en cuanto a la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientado entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen. El anciano debe conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas por lo que deberá de prepararse antes de la jubilación.

Teorías sociológicas del envejecimiento: Rodríguez (1998)

- **La teoría de la desvinculación:** afirma esta teoría que, una vez traspuesta una determinada edad, es normal que las personas vayan reduciendo los roles mas activas por otros de menor actividad, reduzcan la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales, y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior.

- **La teoría de la actividad:** sostiene que la mejor forma de adaptarse a la nueva situación producida por la jubilación es mantener unos niveles adecuados de actividad que compensen por la pérdida del trabajo.
- **La teoría de los roles:** enuncia la presente teoría que a lo largo de la vida la persona va desempeñando un gran número de roles. Que nos definen tanto hacia fuera como personalmente para nosotros mismos. Los roles se irían desempeñando de acuerdo a una secuencia cronológicamente pautada. El grado de adaptación de un individuo al proceso de envejecer depende de cómo vaya haciéndose cargo de los cambios correspondientes en los roles que las creencias le van asignando según su edad, envejecer es ir asumiendo los roles correspondientes a la respectiva edad.
- **La teoría del contexto social:** según la presente teoría el contexto en el que vive la persona anciana, engloba no solamente aspectos sociales como las normas, costumbres, etc, sino también ciertas condiciones biológicas (salud), económicas (pensiones, ayudas, etc) y apoyos sociales que influirán en el comportamiento de la persona a lo largo del periodo de la tercera edad. Entre otros destaca como

defensor de esta teoría Gubrium (1973), este autor afirma que entre los factores que mayor incidencia poseen en cuanto a las condiciones sociales destacaría la soledad de la vejez. Rodríguez (1998) define el término soledad y realiza la diferencia existente entre aislamiento y soledad; el aislamiento significa retirar a una persona del trato o comunicación de la gente o de un grupo, la soledad es la carencia voluntaria de compañía. Así los factores de orden demográfico, comportamentales, social, espacial, psicológicos y de la salud podrían llevar al aislamiento en la vejez.

- **La teoría de la continuidad:** el postulado básico de esta teoría es que a medida que vamos envejeciendo, nos vamos haciendo cada vez más aquello que ya éramos, es decir, la persona de edad es, en definitiva, lo que fue haciéndose desde que nació. La persona que durante su vida haya sido activa, seguirá siéndolo en la vejez, con la diferencia que ira sustituyendo los roles perdidos por otros nuevos, manteniendo así su continuidad psicológica y la de su conducta externa. Otro tanto cabe decir de las personas menos activas, su envejecimiento será una continuación en esa misma línea de escasa actividad.

- **La teoría de la ancianidad como subcultura:** esta teoría sostiene que los adultos mayores tienen tendencia a interactuar más entre sí que con otros grupos de edad. Los ancianos, habiendo compartido formas de vida, una experiencia histórica y sociales comunes, y teniendo unos problemas similares, se entiende mejor entre ellos.
- **La teoría de los ancianos como grupo minoritario:** semejante a la teoría anterior, ofrece con esta un elemento diferencial, las personas ancianas forman grupos minoritarios, sub-culturas, porque se ven obligados a ello. Con tal actitud tratan de evitar defectos y problemas que observan en otros grupos, como por ejemplo la marginación, la pobreza, etc.
- **La teoría de la estratificación por edades:** mantiene esta teoría que para el análisis de la población anciana se ha de utilizar un marco conceptual similar al que la sociología usa para analizar la sociedad en general, y para ello debe tomarse como criterio de estratificación el de los roles que van asociados a las categorías de edad: jóvenes, adultos, maduros y viejos. Los roles sociales se asignan a los individuos en función del grupo de edad que pertenezcan. A ello hay que añadir que la edad se considera que es el

criterio universal por lo que se distribuyen los roles, los derechos y los privilegios.

- **La percepción en el adulto mayor:** existe una teoría que nos habla de que es el mismo anciano quien busca el distanciamiento al ver su propio declive funcional y que es un proceso normal en todos los individuos. Esta teoría llamada Teoría del Desapego (Cummings y Henry) sugiere que el sujeto que envejece va perdiendo interés vital por los objetos y actividades que le posibilitan una interacción social y se produce una apatía emocional sobre los otros y, al mismo tiempo, el sujeto se encierra en sus propios problemas. Todos estos factores pueden verse afectados también en gran medida mediante la percepción del individuo sobre su propia existencia, y hablar de la percepción involucra un mundo derivado de los sentidos en los que el proceso en cada uno de los individuos será diferente.

El proceso de la percepción, tal como propuso Hermann von Helmholtz, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior. Para ello se usa la información que llega a los

receptores y se va analizando, paulatinamente, la información que viene de la memoria, tanto empírica como genética, y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación. Mediante la percepción, la información recopilada por todos los sentidos se procesa y se forma la idea de un solo objeto. Es posible sentir distintas cualidades de un mismo objeto y, mediante la percepción, unirlos, determinar de qué objeto provienen y determinar, a su vez, que es un único objeto. Así entonces puede ser que una persona viviendo experiencias similares a otra, tenga una visión totalmente distinta sobre la misma porque su proceso de percepción es producto de su interpretación personal. La percepción será, entonces, un factor intrínseco o interno que afecte directamente la vivencia de la vejez de los sujetos.

Redes de apoyo social

Según Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), se puede distinguir entre redes sociales y apoyos sociales. Las redes sociales pueden ser consideradas prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material,

físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto. Esta categoría pone el acento en el tipo de relaciones sociales, los actores involucrados y los vínculos interpersonales de los cuales pueden o no resultar apoyos sociales. Los apoyos sociales, en tanto, son un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Las categorías de estas transferencias o apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Esta noción enfatiza los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores.

Según el CELADE (2006), el término de redes sociales de apoyo abarca ambos conceptos, comprende aspectos diversos tales como el cuidado en salud que reciben las personas mayores, el apoyo económico y emocional que se intercambia entre familiares (corresidentes y no corresidentes) y amigos, así como entre grupos de apoyo comunitario. Esta noción teórica permite conocer de una forma dinámica las diferentes relaciones que establece la persona mayor, pero también el

tipo de elementos que intercambia y los mecanismos que se establecen para satisfacer sus necesidades, por lo que constituye una herramienta relevante para el análisis de la calidad de vida de este segmento de la población.

Según Arias (2002), la red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo. Si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas.

Según Rodríguez M. (1998), las relaciones interpersonales son contactos profundos o superficiales que existen entre las personas durante la realización de cualquier actividad. La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes estos se sienten cercanos.

Según Papalia: "la familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional y en la edad avanzada tiene sus propias

características especiales. Ante todo, es probable que sea multigeneracional, la mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones, muchas alcanzan cuatro o hasta cinco. Las relaciones personales especialmente con los miembros de la familia, continúan siendo importantes bien entrada la vejez". En lo que se refiere a la vida conyugal en los adultos mayores "las parejas casadas que todavía están juntas en sus 60 años tienen mayor probabilidad que las parejas de edad intermedia de considerar su matrimonio como satisfactorio. Los esposos de edad avanzada valoran el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos como también el respeto y los intereses comunes". Las relaciones entre hermanos son los lazos afectivos más largos que tienen las personas durante su vida; más del 75% de edad cuentan con un hermano o hermana, estos desempeñan roles importantes en las redes de apoyo de los ancianos. De manera general las relaciones personales en los adultos mayores se dan de la siguiente manera: las relaciones son muy importantes para los ancianos, como para las personas de todas las edades. La familia aún es la fuente primaria de apoyo emocional. Cuando la expectativa de vida crece lo mismo sucede con la longevidad potencial del

matrimonio. Los matrimonios que subsisten hasta el final de la edad adulta tardía (en especial la primera parte de este periodo) tienden a ser relativamente satisfactorios, pero las dificultades surgen en los aspectos de personalidad, salud y cambio en los roles, que pueden requerir ajustes de ambas partes. El divorcio no es muy común entre las personas de edad. Volver a contraer nupcias al final de la edad adulta tiende a ser una experiencia positiva. Los viudos ancianos tienen más posibilidad de casarse que las mujeres en la misma condición, esto se debe a los mitos y prejuicios que se han visto en otros apartados anteriores. Las personas que viven sin casarse por largo tiempo parecen ser más independientes y menos solitarias que aquellas típicas de su edad. La amistad es importante para el disfrute inmediato, para la intimidad y para apoyar los problemas propios de la edad. Aunque, en general los padres ancianos y sus hijos adultos no viven juntos, se ven con frecuencia o mantienen contactos mutuos y se ofrecen ayuda. La presencia o ausencia de hijos no está asociada con compensaciones psicológicas o materiales importantes en la vejez. Los abuelos tienen lazos estrechos con los nietos y los ven con frecuencia, a menos que vivan demasiado lejos. Por lo regular, los abuelos actuales no interfieren con la manera de

criar a los nietos pero desempeñan un rol más activo en tiempos de crisis. Los bisabuelos tienden a encontrar sus roles emocionalmente satisfactorios.

En la presente investigación, usaremos el concepto de apoyo social de Khan y Antonucci (citado Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca,2003) , entendido “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación”. Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también denominamos con el término genérico de transferencias, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

Se consideran cuatro tipos de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

- Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)
- Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.

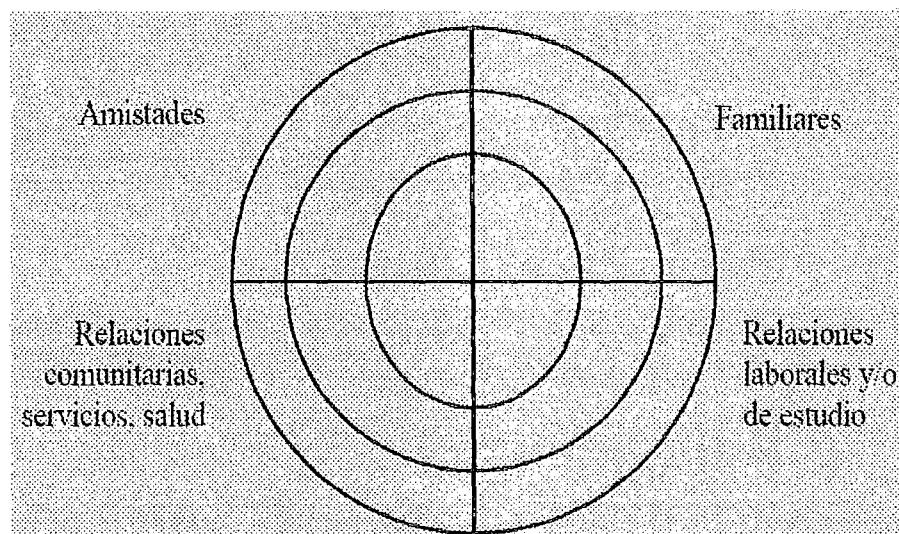
- Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.
- Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc.

En cuanto a las fuentes de apoyo social de las personas mayores en la literatura se distinguen las fuentes formales y las fuentes informales de apoyo. Según Sánchez Ayendez (1994), el sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. El sistema informal está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. Respecto al apoyo informal, en la familia la cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores. Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyos importantes. Los vínculos de

amistad están establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos dados por la red de amigos son más públicos que los que operan al interior de la familia pero más personales que los que vienen del sistema formal. La red de amigos, más que la existencia de sólo un bueno o buena amigo/a, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

Según Sluzki (1996) la red de apoyo social puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen. Las características estructurales aluden al tamaño de la red (cantidad de personas que la conforman), la densidad (grado de interrelación entre los miembros), la distribución (tipo de vínculos según ubicación en los cuadrantes y círculos del mapa de red), la dispersión (distancia espacial entre los miembros), la homogeneidad o heterogeneidad (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red). En lo referente a las funciones de la red, incluye la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y consejos, la ayuda material, de servicios y acceso a nuevos

contactos. Finalmente los atributos de los vínculos aluden a: las funciones prevaletentes de los mismos, su multidimensionalidad (cantidad de funciones que cumplen), reciprocidad, intimidad, frecuencia de los contactos e historia. Representa gráficamente la red mediante un mapa en el que se visualiza la composición, distribución de los vínculos, intimidad e interrelaciones entre los mismos. El mapa incluye a todas las personas que la conforman y permite demarcar cuatro sectores que diferencian el tipo de relaciones en familiares, laborales o escolares, de amistad y sociales o de credo. El modelo de red social propuesto por Sluzki (1990, 1996) permite su representación gráfica a través de un mapa:



Esta representación incluye a todas las personas que forman parte de la red, y permite delimitar cuatro sectores que diferencian las clases de relaciones que se establecen: familiares, laborales o escolares, de amistad y sociales. Estos cuatro sectores, a su vez, son atravesados por tres círculos que distinguen los vínculos de acuerdo con el grado de intimidad. El círculo interior incluye a las relaciones familiares y de amistad más íntimas, el intermedio comprende relaciones de menor intimidad y compromiso; en el círculo externo se ubican los conocidos y relaciones más ocasionales, como compañeros de escuela o de actividades laborales, vecinos y familiares lejanos. En el mapa, cada uno de los miembros que conforman la red se grafica con un punto. Aquellos miembros que se conocen e interactúan entre sí son conectados por líneas. Todas las personas están vinculadas con la sociedad e integradas a diferentes redes sociales, pero no todas son redes sociales de apoyo, pues en muchas de ellas no se realizan actividades de intercambio ni asistencia mutua. Las redes varían en el tiempo y en el espacio, se activan o desactivan en coyunturas específicas y en algunos casos, pero no en

todos, pueden cumplir un rol relevante para la vida de la persona.

Para el presente trabajo de investigación se tendrá en cuenta los indicadores de las características estructurales de las redes de apoyo social, los atributos de la red y la funcionalidad del apoyo social. A continuación nos referiremos a cada una de ellos:

a) Características de las redes de apoyo social de las personas mayores: CELADE (2006)

- **Tamaño de la red:** es el número de actores que están vinculados con un actor. El cálculo de este indicadores muy sencillo, y se computa sumando el número de personas que están involucradas con un actor determinado, considerando rangos de salida (el número de vínculos que parten del sujeto hacia los otros actores) y rangos de entrada (el número de vínculos que se dirigen hacia el individuo). Entre las posibles categorías de clasificación del tamaño de la red se encuentran: Arias (2004)

- Red de apoyo de tamaño escaso: está conformada por un número de entre uno a siete miembros.
- Red de apoyo de tamaño medio: está conformada por un número de entre ocho y 14 miembros.
- Red de apoyo de tamaño amplio: está conformada por un número de 15 miembros o más.

El tamaño de la red de apoyo varía a lo largo de las etapas de la vida, lo que se relaciona con los cambios de domicilio, la pérdida de la pareja y de otros seres queridos, así como con la jubilación. Según Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, (2003), las redes de apoyo en las personas mayores suelen ser más reducidas que las existentes en otras etapas de la vida. Por ejemplo, en un estudio realizado en Santiago de Chile se observó que la red de la persona mayor está constituida por la pareja y los hijos más próximos, y cuando éstos son casados y residen

con ellos, aumenta el número de miembros de la red.

➤ **Nivel de distribución de la red:** CELADE (2006), la distribución de la red es la ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red. Arias (2004), considera que los vínculos de la red se pueden ubicar en 12 sectores diferentes (que surgen de la intersección de cuatro tipos de relaciones y tres niveles de intimidad); y se puede clasificar en tres niveles diferentes:

- Nivel de distribución alto: las que presentan vínculos de ocho o más sectores.
- Nivel de distribución medio: las que presentan vínculos entre cuatro y siete sectores.
- Nivel de distribución bajo: las que presentan vínculos en hasta tres sectores.

b) Atributos de las redes de apoyo social

➤ **Frecuencia del contacto con las redes de apoyo social:** según Barrón (1996), es la medida cuantitativa que evalúa cuán a menudo un individuo se contacta con el resto de los integrantes de su red social. Se determina preguntando al adulto mayor

que tan seguido ve o habla a las personas de las que recibe o a las que da el apoyo.

- **La reciprocidad de los apoyos;** según Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), cuando se habla de apoyos se fija la acción en quien la recibe; pero visto globalmente, se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. No se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino en un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras y en el cual el equilibrio hacia la suma cero que caracterizaría a un intercambio balanceado es algo indeterminado, entre otras razones porque no es posible establecer un valor preciso de lo intercambiado. La medida en que el equilibrio del intercambio de apoyos pueda ser un factor que influya sobre la calidad de los vínculos y fortalezca las redes con que cuentan las personas mayores depende de la equivalencia del intercambio, sean estos apoyos tangibles o no y sean éstos

expresados a través de actos recíprocos o generados por la misma persona que da el apoyo.

Al respecto Kim (citado por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003) plantea que cuando se tiene un intercambio recíproco de apoyos, hay efectos psicológicos positivos en las personas involucradas, lo cual no sucede cuando el intercambio no es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe se produce sentimientos de estar sobrecargado y frustrado. Al otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento.

Según Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, (2003), resalta que los resultados de las investigaciones sobre las consecuencias negativas que produce el entregar obligadamente un apoyo, lo cual es un potencial de conflictos que constituye la base sobre la que opera el maltrato, la violencia y el abuso (agresiones verbales, intimidación, ridiculización, maltrato físico, abandono, abuso

patrimonial, etc.) hacia las personas mayores. Otro elemento a considerar es la medida en que es percibida la necesidad de reciprocidad en los apoyos informales y formales.

De acuerdo a Lee (citado por Krause, 1990) la actual cohorte de personas mayores en Estados Unidos adhiere a la idea de reciprocidad en los intercambios y no quieren establecer apoyos a menos que puedan reciprocitar. De este modo, preferirían tener apoyos formales en los cuales no se requiere retribución.

c) Funcionalidad de las redes de apoyo social

- **Nivel de funcionalidad del apoyo:** se refiere a la satisfacción de las distintas necesidades de apoyo social (materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos) consideradas en conjunto; es decir, estudia los recursos disponibles o potenciales a los cuales recurrir en busca de ayuda cuando se precisa o las situaciones críticas y problemáticas. Los

rangos utilizados en un estudio realizado en Mar del Plata (Argentina) para definir cada uno de los niveles de funcionalidad fueron los siguientes: Arias (2004)

- Red de apoyo social de nivel funcional alto: aquella en la que la totalidad de las funciones de apoyo son satisfechas por al menos tres miembros de la red.
- Red de apoyo social de nivel funcional medio: aquella en la que la totalidad de las funciones de apoyo son satisfechas por al menos dos de los miembros y que no llegan a cumplir las condiciones del nivel funcional alto.
- Red de apoyo social de nivel funcional bajo: aquella en la que una, varias o la totalidad de las funciones de apoyo disponían de sólo uno o ningún miembro que las satisficiera.

En el estudio de ARIAS (Argentina - 2004), "Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad", en sus resultados encontró que un numero elevado de redes de apoyo social de las personas mayores era de un nivel funcional

bajo, es decir que alguna o varias no se contaba con ningún miembro de la red que pudiera brindar el tipo de apoyo específico requerido.

➤ **El tipo de apoyo social:** es el material, instrumental, emocional y cognitivo que anteriormente ya se describieron.

La escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga (Montorio, 1994; Barrón, 1996), es un instrumento construido siguiendo las recomendaciones de Satarino y Syme, posteriormente validado por otros autores como el estudio de Montorio. El inventario incluye elementos estructurales tales como: tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto (emocional e instrumental) sobre una escala ordinal de tres puntos. Por lo que respecta a las características funcionales subjetivas se incluye un último elemento que hace referencia a la satisfacción subjetiva respecto a las relaciones sociales que mantiene. El instrumento consta de cuatro secciones correspondientes a distintos tipos de interacción social; pareja, hijos, otros familiares y amigos. A

partir de este instrumento se obtienen dos índices, uno referido a características objetivas de apoyo social y otro referido a características subjetivas de satisfacción. Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas se determinó la fiabilidad de la escala obteniendo los índices de consistencia interna de las diferentes subescalas, variando entre 35 y 86 (Montorio, 1994).

Complementación entre las redes de apoyo formal e informal: según Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, (2003) para fines de políticas a favor a las personas mayores es importante considerar la medida en que se integran, complementan o contradicen los apoyos provenientes de las fuentes formales y de las fuentes informales. Montes de Oca (2000) ha encontrado en estudios en poblaciones pobres de México que cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos, otros) tiende a activarse y, del mismo modo, la red informal de apoyo tiende a desactivarse cuando existen apoyos institucionales. Sin embargo, en contextos de crisis graves, en las que la situación de los actores que intervienen en estas redes

(familiares, amigos y otros) sufre mermas extremas en sus propios recursos, estas redes informales pueden verse seriamente dañadas dejando a los grupos más vulnerables, como es el caso de los mayores de edad, en una situación altamente precaria. Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, (2003), destaca la existencia de espacios específicos de interacción entre las redes formales y las informales. Uno es el caso de las pensiones de vejez que permite a los mayores contribuir a los otros miembros del hogar. Por ejemplo, según Huenchuan (2002) en las comunidades indígenas de Chile el apoyo recibido a través de las pensiones asistenciales es fundamental para que los mayores indígenas puedan conservar su autonomía y autoridad al interior de la comunidad.

La efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende en buena medida de la interpretación y valoración subjetiva que cada persona hace sobre este apoyo, según Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) dice: "Un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aun cuando sea bienintencionado,

puede tener efectos dañinos, al producir dependencias y afectar negativamente a la autoestima”.

Cambios de la red de apoyo social durante la vejez:según Arias (2008), las redes sociales no son estáticas, sino que por el contrario poseen características de sistemas abiertos ya que se encuentran en un proceso dinámico de construcción y reconstrucción permanente. A lo largo de la vida de un sujeto, la red atraviesa una etapa de expansión durante la niñez y adolescencia, de estabilización en la adultez y de contracción en la vejez. Sin embargo, a pesar de esta tendencia a la disrupción, encontramos muchos adultos mayores que presentan redes amplias que les proporcionan los apoyos necesarios. Las redes en la vejez no son invariablemente escasas e insuficientes y que, además, durante esta etapa de la vida, es posible incorporar nuevos vínculos significativos. Seguramente los motivos que, en algunos casos, tienden a generar disrupción de la red durante la vejez no se reduzcan al aumento de la edad y sea necesario incluir otras variables individuales, familiares y sociales que expliquen esa situación. Al respecto, la teoría

socioemocional de la selectividad interpreta la disminución de las relaciones que conforman la red en la vejez como el resultado de una elección intencional de los adultos mayores en lugar de la consecuencia de múltiples pérdidas. Esta teoría sostiene que los adultos mayores asumen un rol proactivo en sus relaciones sociales y seleccionan intencionada y estratégicamente los vínculos que más les interesan seguir manteniendo y profundizando.

Impacto del apoyo social sobre el bienestar de los adultos mayores: las investigaciones han mostrado ampliamente la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para los adultos mayores, así como las implicancias que la integración social tiene sobre su bienestar y salud integral. Los propios adultos mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez. Arias (2008), refiere que, existe un amplio consenso de diversas investigaciones acerca de la incidencia positiva tienen las redes sociales poseen sobre la salud física, el estado funcional de los adultos mayores y el desarrollo de las

actividades de la vida diaria. Se ha comprobado que el poseer una red social adecuada disminuye los tiempos de hospitalización y de recuperación de la salud, así como el riesgo de mortalidad posterior al alta. Con respecto a la relación de las redes sociales y el bienestar psicológico, Doyle (citado en Arias, 2008), resume que variados estudios han mostrado la incidencia de la falta de redes y soporte social sobre la aparición de síntomas depresivos, tanto en el caso de los adultos mayores que viven en hogares particulares, como en el de los que viven en residencias para mayores. Arias (2004), complementa que diversas investigaciones comprobaron la relación de la posesión de redes sociales adecuadas con el incremento de la satisfacción vital, así como con el bienestar en el final de la vida de enfermos terminales.

Contribución de enfermería al bienestar en los adultos mayores: según Uribe (2007), el cuidado del adulto mayor requiere incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende; entonces la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las

necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de éstos. El aporte para enfermería y para el área de geriatría, es la posibilidad de continuar realizando investigaciones en esta línea, incorporando el concepto de apoyo social en los programas de promoción y prevención de la salud en la tercera edad. Los resultados de investigaciones en esta línea permitirían conocer la importancia que le conceden a los apoyos sociales los usuarios del sistema de salud. De ser esto relevante, la estrategia consistiría en identificar las personas que ellos perciben que representan un real apoyo, para incorporarlos en su atención. Según Arias (2006; 2008), la evaluación y el mapeo de la red de apoyo social constituyen herramientas primordiales para la valoración integral de los adultos mayores, de esta manera brindan información acerca de los vínculos que la componen, los recursos de ayuda de que dispone la persona, los tipos de relaciones ausentes, los aspectos a fortalecer y los vínculos que requieren ser incluidos o activados. La evaluación de la red permite: conocer de antemano sus posibilidades para responder

adecuadamente y proporcionar los apoyos suficientes frente a situaciones críticas o a problemáticas, ya sean puntuales o que se extiendan en el tiempo; aporta información valiosa para la elaboración de un diagnóstico prospectivo y es de gran utilidad para el diseño de alternativas de tratamiento y cuidado adecuadas para cada caso particular. El abordaje de diversas problemáticas -una enfermedad crónica, el ingreso a una residencia para adultos mayores, una intervención quirúrgica, cuidados postoperatorios, tratamientos de costo elevado, una externación, abandono, aislamiento social, pobreza, inmovilidad, internaciones frecuentes, pluripatología, déficits cognitivos severos puede planificarse y ejecutarse desde este modelo de trabajo.

HIPÓTESIS

Los adultos mayores del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín perciben redes de apoyo social bajo.

OBJETIVOS

A) OBJETIVO GENERAL

Determinar las redes de apoyo social percibido por el adulto mayor del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna – 2009.

B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el tamaño de la red social y el nivel de distribución de las redes de apoyo social del adulto mayor del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna – 2009.
- Identificar el tipo de apoyo social percibido por el adulto mayor del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna – 2009.

- Determinar el nivel de funcionalidad de las redes de apoyo social del adulto mayor del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna – 2009.

- Identificar la frecuencia del contacto de las redes de apoyo social del adulto mayor del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna – 2009.

- Determinar la reciprocidad del intercambio de apoyo social del adulto mayor del centro de salud San Francisco Distrito Gregorio Albarracín de Tacna – 2009.

- Determinar las redes de apoyo social percibido según edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y procedencia del adulto mayor centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna – 2009.

CAPÍTULO II

DE LA METODOLOGÍA

2.1 MATERIAL Y METODOS

2.1.1 Diseño de la investigación

Es una investigación cuantitativa, con un diseño de tipo descriptivo de corte transversal. Es cuantitativa porque permite conocer mediante una encuesta a una muestra representativa sobre la percepción, el conocimiento u opinión de los encuestados sobre un tema específico a analizar. Es descriptivo, porque busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis. Es transversal, porque hace una medición de la variable de una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

2.1.2 Población y muestra de estudio

Estuvo conformada por el 100% de los adultos mayores que integran el club adulto mayor del centro de salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín del departamento de Tacna - Perú.

2.1.3 Variables

Se utilizó una sola variable: redes de apoyo social percibido.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	SUB INDICADORES
Redes de apoyo social percibido	La red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo (Según Arias-2002).	Características estructurales de la red social	• Tamaño de Red	<ol style="list-style-type: none"> 1. Red de apoyo de tamaño escaso 2. Red de apoyo de tamaño medio 3. Red de apoyo de tamaño amplio. 	• Nº de miembros de la Red
			• Nivel de Distribución	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel de Distribución alta 2. Nivel de distribución media 3. Nivel de Distribución Baja 	• Ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red
		Atributos de la red	• Frecuencia de contacto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 	• ¿Con que frecuencia ve y habla con usted?
			• Reciprocidad del intercambio de apoyo social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno: no da / ni recibe apoyo 2. No: cuando solo recibe o da apoyo 3. Si: cuando recibe y da el apoyo 	• Adultos mayores que recibe y/o dan el apoyo
		Funcionalidad de la red de apoyo social	• Tipo de Apoyo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo emocional 2. Apoyo cognitivo 3. Apoyo económico 4. Apoyo instrumental 	• ¿Qué tipo de apoyo recibe y/o da?
			• Nivel de funcionalidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel Funcionalidad Alta 2. Nivel Funcionalidad Media 3. Nivel Funcionalidad Baja 	• Funciones de apoyo satisfechos por los miembros de la red. (Grado de satisfacción con las personas que conforman)

2.1.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Adultos mayores de 60 y más años.
- Adultos mayores conscientes, orientados en tiempo espacio y persona.
- Adultos mayores activos en el club del adulto mayor del centro de salud San Francisco.
- Adultos mayores que acepten voluntariamente ser entrevistados.

Exclusión

- Adultos mayores con demencia senil.
- Adultos mayores postrados.
- Adultos mayores que no pertenezcan al club del adulto mayor del centro de Salud San Francisco.
- Adultos mayores que no deseen participar de la entrevista.

2.1.5 Métodos y técnicas de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario auto administrado; el cual nos permitió obtener personalmente la información, se

elaboro un instrumento para medir las redes de apoyo social, la que continuación se describe:

Cuestionario de redes de apoyo social percibido

Este instrumento, consta de 2 partes:(ver anexo N° 01).

Primera parte: se recolecto datos generales del adulto mayor como: edad, sexo, grado instrucción, estado civil, ocupación y procedencia.

Segunda parte: se recolecto la información acerca de la red de apoyo social ;se utilizo la escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga, modificado por la autora según el interés de la presente investigación ; el instrumento consta de cuatro secciones correspondientes a distintos tipos de interacción social; cónyuge, hijos, parientes y amigos; a partir de este instrumento se obtienen dos índices, uno referido a características objetivas de apoyo social (frecuencia del contacto y tipos de apoyo: emocional, cognitivo, instrumental y material) y otro referido a características subjetivas de satisfacción(satisfacción con el apoyo social); también incluye elementos estructurales tales como: tamaño de la red , frecuencia de contactos; los cuales tienen escala ordinal de 5 puntos: a=0, b=1, c=2, d=3, e=4 y f=5.

Redes de apoyo social percibido:

1. **Alto:** 49 a 72 puntos (significa percibir muy buena red de apoyo social).
2. **Medio:** 25 a 48 puntos (significa percibir regular red de apoyo social).
3. **Bajo:** 1 a 24 puntos (significa tener mala red de apoyo social).

Al aplicar este cuestionario resultaron una serie de indicadores cuantificados que son las siguientes:

a) Características estructurales de las redes de apoyo social

- **Tamaño de la red:** es el número de personas que están vinculadas con el adulto mayor. Categorías de clasificación:
 1. Red de apoyo tamaño escaso: esta conformado por un número de entre 1 a 7 miembros
 2. Red de apoyo de tamaño medio: esta conformado por un número de 8 a 14 miembros
 3. Red de apoyo de tamaño amplio: esta conformado por un número de 15 miembros a más.

- **Nivel de distribución de la red**

1. Nivel de distribución bajo: los que presentan de 3 a menos sectores.
2. Nivel de distribución Medio: los que presentan vínculos entre 4 a 7 sectores.
3. Nivel de distribución alto: los que se presentan vínculos de 8 o más sectores.

b) Atributos la red de apoyo social

- **Frecuencia del contacto**

1. Nada frecuente :menos de 11 veces al año
2. Poco Frecuente : 1 a veces al mes
3. Frecuente : 2 a 6 veces a la semana
4. Muy frecuente : diario

- **Reciprocidad del intercambio de apoyo social**

1. Ninguno: no da / ni recibe apoyo
2. No: cuando solo recibe o da apoyo
3. Si: cuando recibe y da el apoyo

c) Funcionalidad de la red de apoyo social

- **Tipo de apoyo social**

1. No recibe/ no da apoyo
2. Apoyo instrumental
3. Apoyo económico
4. Apoyo cognitivo
5. Apoyo emocional

- **Nivel de funcionalidad**

1. Nivel de funcionalidad baja: aquella en la que uno o varios de la totalidad de las funciones de apoyo disponían de solo uno o ningún miembro que los satisficiera.
2. Nivel de funcionalidad media: totalidad de las funciones de apoyo son satisfechas por lo menos dos y que no llegan a cumplir las condiciones del nivel funcional alto.
3. Nivel de funcionalidad alta: totalidad de las funciones de apoyo son satisfechas por al menos tres miembros de la red.

2.1.6 Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se coordinó con la enfermera que estuvo a cargo del programa adulto mayor de la jurisdicción del centro de salud de San Francisco. El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora, durante los meses de octubre y noviembre del año 2009 utilizando los instrumentos antes mencionado.

2.1.7 Control de calidad de datos

Prueba piloto: los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 5 adultos mayores (representan el 10% de la población estudiada) con las características similares a la población estudiada. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes.

Validez: los instrumentos fueron validados a través de la aprobación de expertos en el área como ser: psicóloga social del adulto mayor, enfermera y estadista.

Confiabilidad: la confiabilidad se determinó a través del coeficiente de alpha de Cronbach aplicado a la prueba piloto.

Procesamiento y análisis de datos: los datos recopilados fueron procesados por el Software SPSS (Paquete de Ciencias Sociales). Se utilizó patrones de clasificación simple y doble como cuadros de distribución de frecuencias, la tabulación nominal y porcentual. Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos, complementados con representación gráfica reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

CAPÍTULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados en cuadros y gráficos, que corresponden a la información obtenida como resultado de la investigación.

CUADRO N° 01

**TAMAÑO DE LA RED DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**

TAMAÑO DE LA RED (N° de personas)	N°	%	MEDIA
Ninguna	3	6,50	2,26
Uno	13	28,30	
Dos	17	37,00	
Tres	8	17,40	
Cuatro	5	10,90	
Cinco	1	2,20	
Seis	1	2,20	
TOTAL	46	100,00	

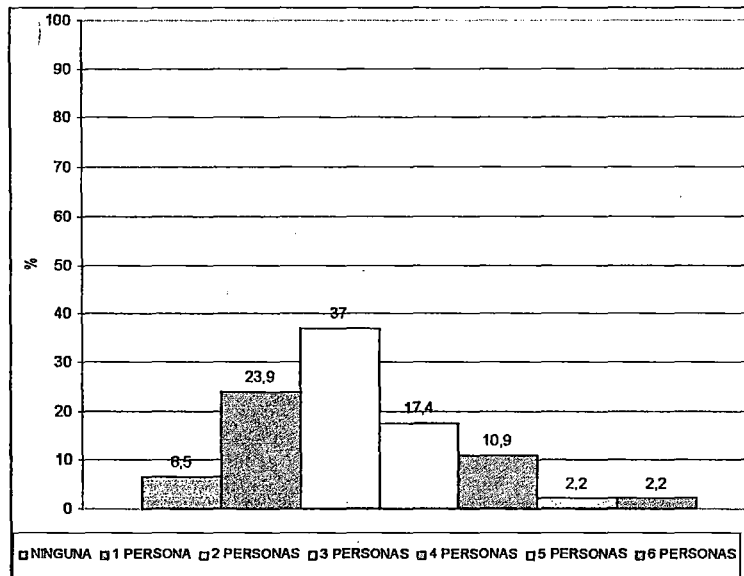
Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

En el presente cuadro se observa que el 37,00 % de los adultos mayores tienen el tamaño de la red constituida por dos personas y el 6,50% no tiene a ninguna persona en su red; siendo la media del tamaño de la red 2,26 personas.

GRAFICO N° 01

**TAMAÑO DE LA RED DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**



Fuente: Cuadro N° 01

CUADRO N° 02

**CLASIFICACIÓN DEL TAMAÑO DE LA RED DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA - 2009**

CLASIFICACIÓN DEL TAMAÑO DE LA RED	Nº	%
Red de apoyo de tamaño escaso	46	100,00
Red de apoyo de tamaño medio	00	0,00
Red de apoyo de tamaño amplio	00	0,00
TOTAL	46	100,00

Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

El presente cuadro evidencia que el 100% de los adultos mayores tienen red de apoyo de tamaño escaso.

CUADRO N° 03

**NIVEL DE DISTRIBUCIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**

NIVEL DE DISTRIBUCIÓN	N°	%
ALTO	0	0,00
MEDIO	16	34,80
BAJO	30	65,20
TOTAL	46	100,00

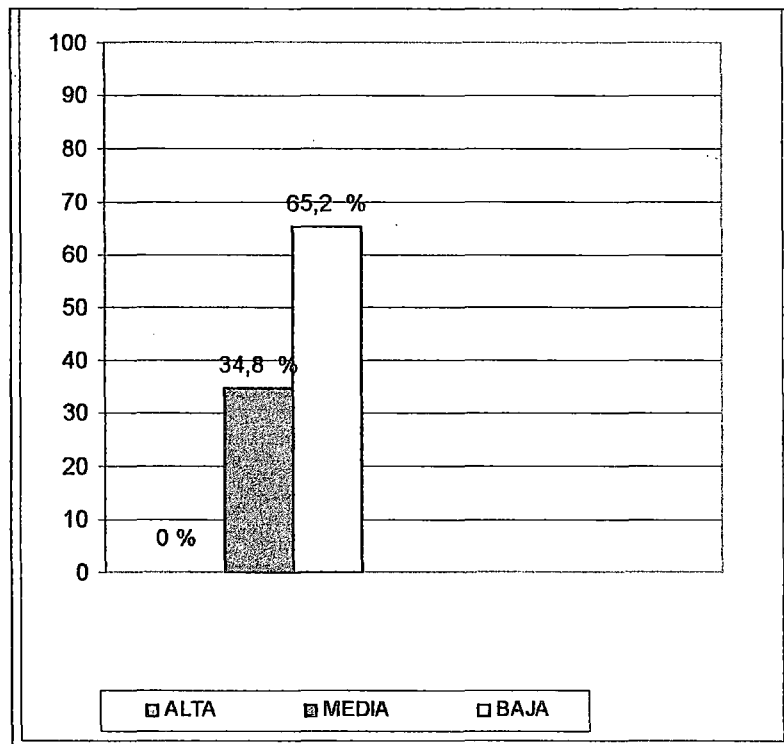
Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

En el presente cuadro se evidencia respecto a las redes de apoyo social de los adultos mayores que el 65,20 % tienen nivel de distribución bajo y el 34,80% tienen nivel de distribución medio.

GRAFICO N° 02

**NIVEL DE DISTRIBUCIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**



Fuente: Cuadro N° 02

CUADRO N° 04

**TIPO DE APOYO SOCIAL QUE RECIBE DE LAS REDES DE APOYO
SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN TACNA -2009**

INTERACCIÓN	TIPO DE APOYO QUE RECIBE											
	Emocional		Cognitivo		Económico		Instrumental		No Reciben		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cónyuge Si tiene	6	13,00	0	0,00	5	10,90	10	21,80	1	2,20	22	47,80
No tiene	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	24	52,20	24	52,20
Total											46	100,00
Hijos Si tiene	3	6,50	1	2,20	32	69,60	1	2,20	5	10,90	42	91,30
No tiene	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	8,7	4	8,70
Total											46	100,00
Parientes Si tiene	4	8,70	0	0,00	2	4,40	2	4,40	0	0,00	8	17,40
No tiene	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	38	82,60	38	82,60
Total											46	100,00
Amigos Si tiene	12	26,10	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	26,10
No tiene	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	34	73,90	34	73,90
Total											46	100,00

Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

En el presente cuadro se observa que del 47,80% de los adultos mayores que tienen cónyuge, el 21,8% recibe apoyo instrumental; el 91,30 % tienen hijos de los que el 69,6 % recibe el tipo apoyo económico; el 17,40% afirman tener parientes de los que el 8,70 % recibe apoyo emocional; y el 26,10 % refieren tener amigos de los que el 26,10 % recibe apoyo emocional.

CUADRO N° 05

**TIPO DE APOYO SOCIAL QUE DA A LAS REDES DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN**

TACNA -2009

INTERACCION	TIPO DE APOYO QUE DA											
	Emocional		Cognitivo		Económico		Instrumental		No Da Apoyo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cónyuge												
Si tiene	4	8,70	4	8,70	11	23,90	2	4,40	1	2,20	22	47,80
No tiene	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	24	52,20	24	52,20
Total											46	100,00
Hijos												
Si tiene	27	58,70	1	2,20	5	10,90	5	10,90	4	2,20	42	91,30
No tiene	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	2,20	4	8,70
Total											46	100,00
Parientes												
Si tiene	4	8,70	2	4,40	1	2,20	0	0,00	1	2,20	8	17,40
No tiene	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	38	82,60	38	82,60
Total											46	100,00
Amigos												
Si tiene	12	26,10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	26,10
No tiene	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	34	73,90	34	73,90
Total											46	100,00

Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

En el presente cuadro se evidencia que del 47,80% de los adultos mayores que tienen cónyuge el 23,90% da apoyo económico; el 91,30 % tienen hijos del que el 58,70% les da apoyo emocional; el 17,40 % refieren tener parientes del que el 8,7 % les da apoyo emocional; el 26,10% tienen amigos del que el 26,10 % les da apoyo emocional.

CUADRO N° 06

**RECIPROCIDAD DE INTERCAMBIO DEL APOYO SOCIAL ENTRE
LAS REDES DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**

RECIPROCIDAD DE INTERCAMBIO DEL APOYO	N°	%
Recibe y da el apoyo	43	93,50
Solo recibe o da apoyo	0	0,00
No recibe /no da apoyo	3	6,50
TOTAL	46	100,00

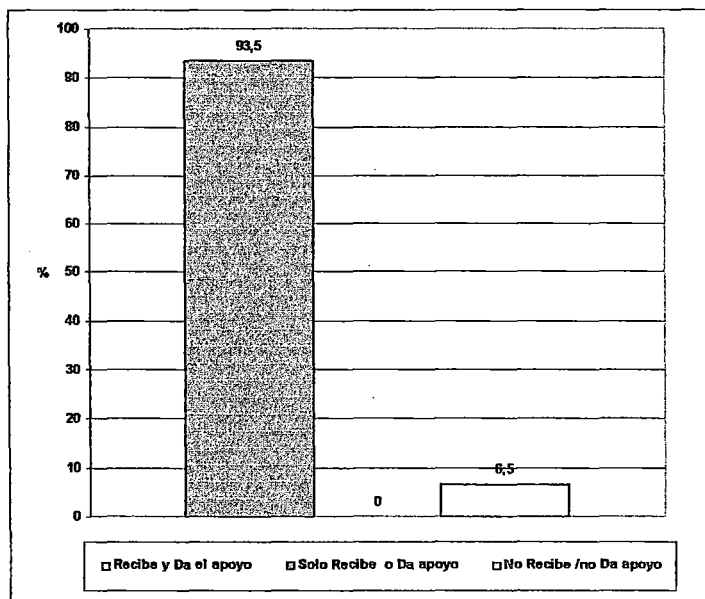
Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

El presente cuadro muestra que el 93,50 % de los adultos mayores recibe y da el apoyo; y el 6,50 % no recibe ni da el apoyo a su red de apoyo social.

GRAFICO N° 03

**RECIPROCIDAD DE INTERCAMBIO DEL APOYO SOCIAL ENTRE LAS
REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**



Fuente: Cuadro N° 05

CUADRO N° 07

**FRECUENCIA DEL CONTACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN TACNA -2009**

Frecuencia del Contacto	CÓNYUGE		HIJOS		PARIENTES		AMIGOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy frecuente	19	41,30	25	54,30	2	4,40	6	13,00
Frecuente	1	2,20	8	17,40	3	6,50	5	10,90
Poco frecuente	1	2,20	5	10,90	1	2,20	1	2,20
Nada frecuente	1	2,20	4	8,70	2	4,40	0	0,00
Total	22	47,80	42	91,30	8	17,40	12	26,10

Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

En el presente cuadro se evidencia respecto a la frecuencia del contacto, los que tienen cónyuge el 41,30% es muy frecuente; los que tienen hijos el 54,30% es muy frecuente; de los que tienen parientes el 6,50% es frecuente; y de los que tienen amigos el 13,00% es muy frecuente.

CUADRO N° 08

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD DEL APOYO DE LAS REDES DE
APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**

NIVEL DE FUNCIONALIDAD DEL APOYO	N°	%
Alta	9	19,60
Media	24	52,20
Baja	13	28,30
Total	46	100,00

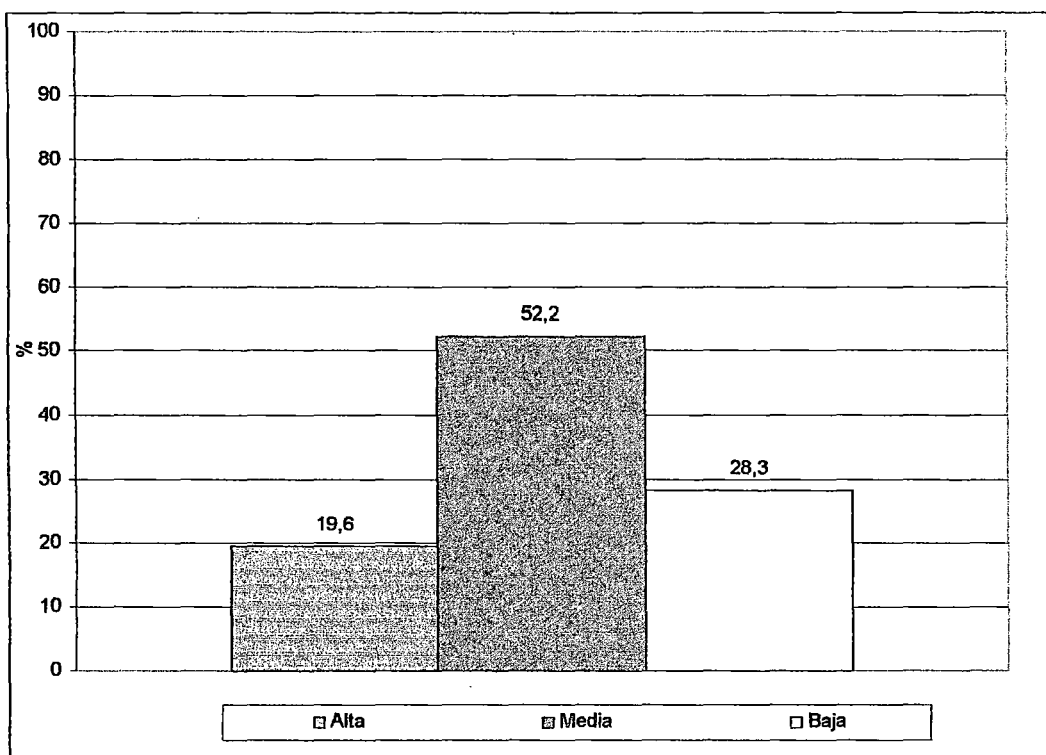
Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

El presente cuadro evidencia que el 52,20% de los adultos mayores tienen redes de apoyo social de nivel de funcionalidad media y el 19,60% tiene un nivel de funcionalidad baja.

GRAFICO N° 04

**NIVEL DE FUNCIONALIDAD DEL APOYO DE LAS REDES DE
APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**



Fuente: Cuadro N° 07

CUADRO N° 09

**REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**

REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO	N°	%	MEDIA
ALTO	3	6,50	27,10
MEDIO	23	50,00	
BAJO	20	43,50	
TOTAL	46	100,00	

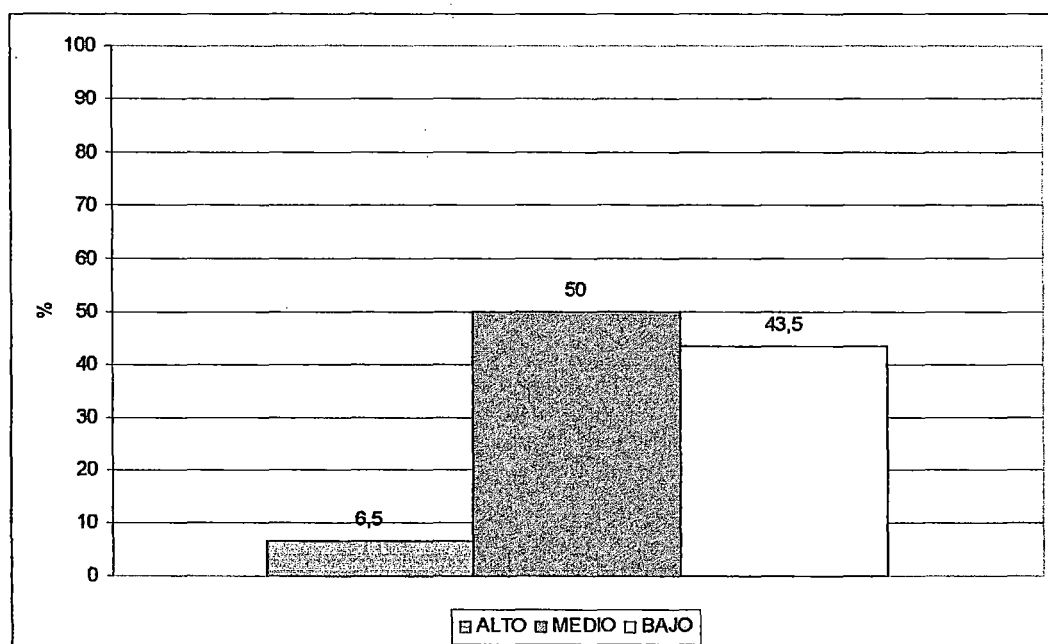
Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

El presente cuadro evidencia que el 50,00% de los adultos mayores tienen redes de apoyo social medio y el 6,5% tiene redes de apoyo social alto y siendo la media de las redes de apoyo social de 27,10 puntos la que pertenece a las redes de apoyo social medio.

GRAFICO N° 05

**REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**



Fuente: Cuadro N° 08

CUADRO N° 10

**REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO SEGÚN EDAD, SEXO,
GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL Y PROCEDENCIA
DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN TACNA -2009**

DATOS GENERALES	REDES DE APOYO SOCIAL						TOTAL	
	BAJO		MEDIO		ALTO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
EDAD								
60 a 74 años	20	43,40	13	28,30	0	0,00	33	71,70
75 a 84 años	3	6,50	6	13,00	1	2,20	10	21,70
85 a mas años	0	0,00	2	4,40	1	2,20	3	6,50
SEXO								
femenino	16	34,80	19	41,30	1	2,20	36	78,30
masculino	4	8,70	4	8,70	2	4,40	8	17,40
GRADO INSTRUCCIÓN								
Analfabeto	16	34,80	13	28,30	0	0,00	29	63,00
primaria	3	6,50	10	21,70	3	6,50	16	34,80
Secundaria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Superior	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,20
ESTADO CIVIL								
Soltero	4	8,70	1	2,20	0	0,00	5	10,80
Divorciado	1	2,20	3	6,50	0	0,00	4	8,70
Viudo	11	23,9	4	8,70	0	0,00	15	32,60
Conviviente	0	0,00	1	2,20	0	0,00	1	2,20
Casado	3	6,50	16	34,80	3	6,50	21	45,60
PROCEDENCIA								
Tacna	2	4,40	5	10,90	0	0,00	7	15,20
Puno	14	30,40	13	28,30	1	2,20	29	63,00
Moquegua	2	4,40	0	0,00	1	2,20	3	6,50
Otros	0	0,00	6	13,00	1	2,20	7	15,20

Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

Descripción:

En el presente cuadro se evidencia que según la edad el 71,70 % de los adultos mayores que tienen de 60 a 74 años de los que el 43,40 % perciben redes de apoyo social bajo. También se observa que el 78,30% son de género femenino de los que el 34,8% perciben redes de apoyo social bajo. Respecto al grado de instrucción el 63,00% es analfabeto de los que el 34,80 % perciben redes de apoyo social bajo. En cuanto al estado civil el 45,60% es casado de los que el 34,8% percibe redes de apoyo social medio. Según la procedencia el 63,00% proceden de Puno de los que el 30,40% percibe redes de apoyo social bajo.

3.2 DISCUSIÓN

En el cuadro N° 01, 02 y 03 se evidencia que el 37,00 % de los adultos mayores tienen el tamaño de la red constituido por dos personas y el 6,50% no tiene a ninguna persona en su red; siendo la media del tamaño de la red 2,26 personas. En la clasificación del tamaño de la red el 100% de los adultos mayores tienen red de apoyo de tamaño escaso. El 65,20 % tienen nivel de distribución bajo de las redes de apoyo social.

En el estudio de FERNANDEZ DEL VALLE (España-1994), "Redes de apoyo social en usuarios de Ayuda a domicilio de la Tercera Edad", obtuvo una media de 3,16 personas que conforman en el tamaño de la Red. HUENCHUAN y SOSA (Chile-2004), en el estudio "Redes de apoyo y calidad de vida de personas", concluyeron que el tamaño de red de apoyo de las personas mayores es reducido de uno a cuatro personas. SALINAS y colaboradores (México-2008), en su estudio "Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componentes Adultos Mayores del Programa Oportunidades", obtuvieron como resultados que el tamaño de red promedio era de dos personas.

Al realizar el análisis se observa que los resultados de la presente investigación no existe diferencia significativa con los estudios realizados por FERNANDEZ DEL VALLE, HUENCHUAN y SOSA, SALINAS y colaboradores; es decir al igual que la presente investigación tienen un tamaño de la red reducida, el cual concuerda con la presente investigación, lo que demuestra que el contexto al que pertenezcan los adultos mayores no varía en el resultado de tener un tamaño de red amplio o reducido.

En el **cuadro N° 04 y 05** se evidencia respecto al tipo de apoyo que recibe el adulto mayor, de los adultos mayores que tienen cónyuge, el 21,8% recibe apoyo instrumental; los que tienen hijos de los que el 69,6% recibe el tipo de apoyo económico; los que afirman tener parientes de los que el 8,70 % recibe apoyo emocional; y los que refieren tener amigos de los que el 26,10 % recibe apoyo emocional. Respecto al tipo de apoyo que da el adulto mayor, los que tienen cónyuge el 23,00% da apoyo económico; los que tienen hijos el 58,70% les proporciona apoyo emocional; los que refieren tener parientes de los que el 8,7 % les da apoyo emocional; y los que tienen amigos de los que el 26,10 % les da apoyo emocional.

En el estudio realizado por HUENCHUAN y SOSA (Chile-2004), "Redes de Apoyo y Calidad de Vida", entre las conclusiones los tipos de apoyos recibidos, es superior el sostén instrumental y material. SALINAS y colaboradores (México-2008), en su estudio "Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores del programa de oportunidades", en sus resultados en cuanto al tipo de apoyo observaron que los adultos mayores que tienen hijos fuera del hogar tienden a recibir principalmente apoyo económico y material; y los adultos mayores con hijos corresidentes reciben principalmente apoyo instrumental.

Al realizar el análisis se observa que los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con los estudios de HUENCHUAN y SALINAS. Lo que demuestra que los adultos mayores reciben apoyo económico proveniente de sus hijos y reciben de su cónyuge apoyo instrumental; lo que significa que los hijos son la principal fuente de apoyo económico y siendo de vital importancia para el adulto mayor de la presente investigación por no contar con pensión y/o jubilación.

En el **cuadro N° 07** se evidencia que según la frecuencia del contacto de los que tienen cónyuge el 41,30% es muy frecuente; los que tienen hijos el 54,30% es muy frecuente; de los que tienen

parientes el 6,50% es frecuente; y de los que tienen amigos el 13,00% es muy frecuente.

En el estudio realizado por ARANDA y colaboradores (México-2000), en el estudio "Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco", cuyos resultados respecto a la frecuencia del contacto con la red de apoyo (cónyuge, hijos, familiares y amigos), de los 5,7% que contaban con cónyuge refieren tener poco o nada frecuente contacto con dicho cónyuge; de los 22,1% que tenían hijos respondieron tener algo frecuente con ellos; en cuanto a los familiares el 40% de los que dijeron tenerlo mencionaron tener contacto algo frecuente y finalmente de los 10,7% que si tienen amigos tienen contacto algo frecuente.

Los resultados obtenidos en la presente investigación discrepan con el estudio de ARANDA y colaboradores, en la que la frecuencia del contacto es poco o nada frecuente y algo frecuente, porque los adultos mayores de dicha investigación se encuentran dentro de una institución es decir que tienen limitaciones en el acceso con su red social, por lo tanto los adultos mayores del presente estudio se encuentran en sus hogares con la capacidad de interrelacionarse con diferentes personas y frecuentar a su redes de apoyo social.

En el **cuadro N° 08** se evidencia que el 52,20% de los adultos mayores tienen redes de apoyo social de nivel de funcionalidad media y el 19,60% tiene un nivel de funcionalidad baja.

En el estudio de ARIAS (Argentina - 2004), "Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad", dentro de sus resultados encontró que un número elevado de redes de apoyo social de las personas mayores era de un nivel funcional bajo, es decir que alguna o varias no se contaba con ningún miembro de la red que pudiera brindar el tipo de apoyo específico requerido.

Al realizar el análisis se observa que los resultados obtenidos discrepan con el estudio realizado por ARIAS, esta diferencia se debe a que los adultos mayores en este estudio pertenecen al país de Argentina que tiene una población con envejecimiento avanzado, es decir con menores niveles de fecundidad (menos de 2 hijos por mujer); es decir que tienen menos de 2 hijos dentro de su red social, y de estas puedan o no percibir el apoyo social, en cambio el Perú se encuentra con envejecimiento moderado, el cual todavía se caracteriza por una fecundidad promedio a 2,6 hijos por mujer; y además los adultos mayores de la presente investigación tenían en promedio 5 hijos dentro de su red social y que alguno de ellos cumple la función

de apoyo social, y por lo tanto el adulto mayor de nuestro contexto todavía tiene alguno de sus hijos como red de apoyo social.

Referente a las redes de apoyo social percibido por el adulto mayor; el **cuadro N° 09**, evidencia que el 50,00% de los adultos mayores tienen redes de apoyo social medio y el 6,50% tiene redes de apoyo social alto y siendo la media de las redes de apoyo social de 27,10 puntos la que pertenece a las redes de apoyo social medio.

En el estudio de ARANDA (México-2000), "Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco", en su resultado obtuvo que los adultos mayores estudiados presentaron redes sociales de apoyo muy deteriorados (77,3% son malos), lo que pudiera ser un efecto de institucionalización. FERNANDEZ DEL VALLE (España-1994), en su estudio "Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad", en su resultado confirma su hipótesis inicial de que los usuarios del servicios de atención a domicilio (SAD) tienen una red de apoyo social mas deficitaria que el grupo normativo al que pertenece.

Al realizar el análisis de los resultados discrepa con los resultados obtenidos en la presente investigación, porque los adultos mayores del estudio de ARANDA ya se encuentran institucionalizados y el estudio FERNANDEZ DEL VALLE pertenecen a un programa de personas mayores en situación precaria ya identificados; por lo tanto los adultos mayores de la presente investigación presentaron relaciones sociales y apoyo social regular; lo cual evidencia que tienen una red de apoyo social medio. Comprobándose estadísticamente que el adulto mayor percibe redes de apoyo social medio (50,00%), por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada.

3.3 CONCLUSIONES

- El tamaño de la red de apoyo social percibido por el adulto mayor esta conformado por dos personas, tienen red de apoyo de tamaño escaso y tienen un nivel de distribución bajo.
- Se identifico que la frecuencia del contacto de los adultos mayores de los que tienen cónyuge e hijos es muy frecuente; los que mencionan tener apoyo social de algún pariente es frecuente y los que tienen amigos con los que tienen apoyo social la frecuencia del contacto es muy frecuente.
- Se identifico que los adultos mayores reciben apoyo mayormente de sus hijos y el tipo de apoyo que más reciben de ellos es el apoyo económico.
- Se determino la reciprocidad del intercambio de apoyo de las redes de apoyo social de los adultos mayores.
- Se determino que los adultos mayores perciben regular red de apoyo social por lo que se concluye que tienen redes de apoyo social medio.

3.4 RECOMENDACIONES

- Las organizaciones involucradas en el trabajo social, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social (MINDES) y demás instituciones mediante el trabajo intersectorial a través de programas socioculturales del adulto mayor deben de fortalecer los vínculos familiares a través de actividades socioculturales que permitan mejorar el autoestima y mejorar la calidad de vida, así como actividades que involucren a la persona mayor con las otras etapas de vida (niño, adolescente y adulto).
- Se recomienda que los municipios prioricen en su agenda el fortalecimiento de los programas de apoyo social con mayor énfasis los que están dirigidos al adulto mayor, promoviendo la participación social de la ciudadanía, fomentando el apoyo formal para fortalecer su red de apoyo social.
- Se recomienda la posibilidad de continuar realizando investigaciones en esta línea, incorporando el concepto de apoyo social en los programas de promoción y prevención de la salud en los adultos mayores; así como la aplicación de la evaluación y el mapeo de la red de apoyo social como herramienta primordial para la valoración integral de los adultos mayores.

3.5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ARANDA Carolina., PANDO Manuel, FLORES Maria Elena, GARCIA Teresa (2000). "*Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco*". Revista psiquiátrica de la Facultad Medicina Barma. México.

- ARIAS Carlos (2002). "*Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*". Tesis para optar al grado de Magíster en psicología Social, Universidad Mar de Plata, Argentina.

- BARROS Carmen (1991). "Viviendo el envejecer". Cuadernos del Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Diciembre 1991.243 Pág.

- CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFIA (CELADE-2006). "*Manual básico: indicadores de calidad de vida, en la vejez*". Santiago de Chile, 4-8 de diciembre del 2006. CEPAL.

- DÍAS VEIGA Pura. *“Redes sociales y comportamiento efectivo en ancianos”*. Memoria de licenciatura. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid-España. 1985.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE Jorge; GARCÍA Aránzazu. *“Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de ayuda a domicilio de la tercera edad”*. *Psicotherma*, Vol. 6, Nº 1, pp. 39-47 ISSN 0214-9915 CODEN PSUTEG Facultad de Psicología- Universidad de Oviedo – España. 1994.
- FERNÁNDEZ Evelyn (2006). *“Influencia de la actitud del adulto mayor en su autocuidado”*. Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Facultad de Enfermería. Tacna-Perú.
- GUZMÁN José; HUENCHUAN Sandra y MONTES DE OCA Verónica. *“Redes de apoyo social de personas mayores: marco conceptual”*. Ponencia presentada en el simposio a viejas y viejas participación ciudadana e inclusión social. Congreso Internacional de Americanistas. En Santiago de Chile, 2003. Universidad Nacional autónoma de México.

- HUENCHUAN Sandra y SOSA Z. (2002). "*Redes de apoyo y calidad debida de personas mayores en chile*". Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo social a personas Mayores, CEPAL, 9 al 12 de diciembre, 20 Santiago de Chile.

- HUENCHUAN Sandra (2002). "*Condiciones económicas de viejas y viejos mapuches*". En Revista de trabajo social, universidad nacional Autónoma de México, en prensa.

- KRASSCIEVITCH M. (1998). *Redes sociales y vejez*. Documento preparado para el VII Simposium "Macaria que hablan los anciano" Universidad de Guadalajara, centro universitario de ciencias de la salud, 24-26 de septiembre, México.

- MINDES-PERU. "*Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010*".

- MONTES DE OCA Verónica (2000). "*Relaciones familiares y redes sociales*". En: envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas, Pág. 289-326, consejo nacional de población, ciudad de México, México.

- MONTORIO I. "*La persona mayor. guía aplicada de evaluación psicológica*". Edit. Ministerio de Asuntos Sociales Madrid: Instituto de servicios sociales 1º Edición, 1994.
- PELAEZ M. RODRIGUEZ L. (2004). "*Vejez y recursos sociales en América latina*". OPS- OMS, Washington DC. (EE.UU.).
- PÉREZ MELERO, A. "*Guía de cuidados de personas mayores*".1º Reimpresión Editorial Síntesis, Madrid – España 2000.
- RODRÍGUEZ GONZÁLES, A." *Estudio descriptivo y experimental sobre la influencia psicológica de la dinaminacion socio-cultural del ocio y el tiempo libre en la tercera edad*". Editorial Gizartekintza. Facultad de Psicología de Donostia - UP. V-E.H.U. – 1998.
- SALINAS, A.; MANRIQUE, B.; Téllez M. (2008). "*Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades*". Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba – Argentina, del 24 al 26 de septiembre del 2008.

- SÁNCHEZ AYENDEZ (1994). *"El apoyo social informal. en la atención de los ancianos: un desafío para los años noventa"*. (Anzola, E, Efal) publicación científica N° 546, Pág. 360, OPS, Washington D.C. Antonucci y Jackson 1987.
- SLUZKI C. (1996). *"La red social: frontera de la práctica sistémica"*. Barcelona: Gedisa.
- SLUZKI C. (1990). *"Descripción de la red de reconstrucción de la red en el proceso de migración"*. *Sistemas familiares* 6(2), 67-72.
- URIBE A.; VALDERRAMA M. (2007). *"Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos"*. *Acta Colombiana de Psicología*; 10 (1):75-81.
- VERA NORIEGA, J. A.; SOTELO QUIÑONES, T. I. (1995). *"Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad"*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo de Población A. C. *La Psicología Social en México*, Vol. X, 95-102.

BIBLIOGRAFIA VIRTUAL

- ANTONUCCI, T.C.; FUHRER, R & DARTIGUES, J.F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community- dwelling French older adults. *Psychology and Aging*, 12 (1) 189-195.
Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9100280>
- ARIAS, C. (2009).Análisis Dimensional y Global del Bienestar Psicológico en Adultos Mayores de la Ciudad de Mar de Plata Según Tipo de Hogar. Universidad Nacional de Mar del Plata- Argentina. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/39939/>
- BARRON LOPEZ DE RODA, A. (1996). "APOYO SOCIAL. Aspectos Teóricos y Aplicaciones. Editores siglo veintiuno. Primera edición Madrid España. Disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=FyJuO1-HaGIC&pg=PA13&lpg=PA13&dq=BARRON+FRECUENCIA+D+E+CONTACTO&source=bl&ots=PXhpM7VZjT&sig=Enn7PHorWHdW5cr0SihZKblwEPc&hl=es&ei=otBSS9mTDI3AIAf8_omrCg&

sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CA4Q6AEwA
g#v=onepage&q=&f=false

- CABANES FLORES L. "Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor". Fecha de realización: 10 de junio 2005.

Disponibile en: [http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-
edad educación/tercera-edad-educacion.shtml](http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educación/tercera-edad-educacion.shtml)

- FERNANDA HERRERA S., ALEHI ROMERO A., EMY GONZALES J. Y., LESLIE GUILLEN Q. (2008). "Percepción de los ancianos sobre los centros de desarrollo integral para el adulto mayor". UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA, MÉXICO

Disponibile en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/Investigacion_Psicologia/
v11_n1/pdf/a08.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/Investigacion_Psicologia/v11_n1/pdf/a08.pdf)

- OCHOA UMBARILA J. D. "El adulto mayor"

Disponibile en:

[http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_
mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf)

ANEXOS

ANEXO N°01
GUÍA DE ENTREVISTA N°01

REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR

INSTRUCCIONES: Marcar con una (X) según la respuesta. Llenar los espacios en blanco según la respuesta.

I.DATOS GENERALES

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

1. Edad: ____
- a. 90 a mas años
 - b. 75 a 89 años
 - c. 60 a 74 años

2. Sexo:
- a. F
 - b. M

Idioma: _____

Ocupación:

- a) Anterior: _____
- b) Actual : _____

3. Grado de instrucción
- a) Analfabeto
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior

4. Estado civil
- a) Soltero
 - b) Divorciado
 - c) Viudo
 - d) Conviviente
 - e) Casado

5. Procedencia
- a) Otros
 - b) Moquegua
 - c) Puno
 - d) Tacna

II. RED DE APOYO SOCIAL

1. ¿Con quienes vive usted?

Familiar	Nº
a. Hijos	
b. Yerno/nuera	
c. Nietos/bisnietos	
d. Hermanos	
e. Sobrinos	
f. Otros	
Total Nº personas	

Tamaño de la red:

- a) 1 a 7 miembros
- b) 8 a 14 miembros
- c) 15 a mas miembros

2. ¿Pertenece alguna institución?

- a) No
- b) Si

¿Que apoyo le brindan? _____

3. Nº de instituciones a las que pertenecen:

- a. Ninguno
- b. Solo a uno
- c. De dos a mas

- Apoyo emocional (*Cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc.*)
- Apoyo cognitivo (*Intercambio de experiencias, transmisión de información, dar consejos que permiten entender una situación, etc.*)
- Apoyo económico (*Dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, comidas, ropa, pago de servicios, etc.*)
- Apoyo instrumental (*Transporte, ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento*)

ANÁLISIS DE LAS RELACIONES

CÓNYUGE

4. ¿Tiene Usted Cónyuge?

- a) No
- b) Si

5. ¿Qué edad tiene? _____

- a. 90 a mas años
- b. 75 a 89 años
- c. 60 a 74 años
- d. Menos de 60años

6. ¿Qué grado de instrucción tiene?

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

7. ¿Cuál es su lugar de residencia?

- a) Otros
- b) Puno
- c) Moquegua
- d) Tacna

8. ¿Qué tipo de apoyo **recibe** de su cónyuge?

- a. Ninguno
- b. No recibe
- c. Apoyo instrumental
- d. Apoyo económico
- e. Apoyo cognitivo
- f. Apoyo emocional

9. ¿Qué tipo de apoyo le **da** a su cónyuge?

- a. Ninguno
- b. No recibe
- c. Apoyo instrumental
- d. Apoyo económico
- e. Apoyo cognitivo
- f. Apoyo emocional

10. ¿Con que frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?

- a) Ninguno
- b) Menos de 11 veces al año
- c) 1 a 4 veces al mes
- d) 2 a 6 veces a la semana
- e) Diario

11. ¿En que grado esta satisfecho con la relación con su cónyuge?

- a) Ninguno
- b) No satisfecho
- c) Satisfecho
- d) Poco satisfecho
- e) Muy satisfecho

HIJOS

12. ¿Tiene Usted hijos?
- No
 - Si N° Hijos Vivos ___ N° Hijos fallecidos ___
13. N° de hijos de los que recibe y/o da apoyo: _____
14. ¿Qué edad tiene? _____
- Ninguno
 - menor de 18 años
 - Mayor de 18 años
15. ¿Qué grado de instrucción tiene?
- Ninguno
 - Analfabeto
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
16. ¿Cuál es su lugar de residencia?
- Ninguno
 - Otros
 - Puno
 - Moquegua
 - Tacna
17. ¿Qué tipo de apoyo **recibe** de su hijo?
- Ninguno
 - No recibe
 - Apoyo instrumental
 - Apoyo económico
 - Apoyo cognitivo
 - Apoyo emocional
18. ¿Qué tipo de apoyo le **da** a su hijo?
- Ninguno
 - No recibe
 - Apoyo instrumental
 - Apoyo económico
 - Apoyo cognitivo
 - Apoyo emocional
19. ¿Con que frecuencia ve y habla usted con su hijo?
- Ninguno
 - Menos de 11 veces al año
 - 1 a 4 veces al mes
 - 2 a 6 veces a la semana
 - Diario
20. ¿En que grado esta satisfecho con la relación con su hijo?
- Ninguno
 - No satisfecho
 - Satisfecho
 - Poco satisfecho
 - Muy satisfecho

PARIENTES

21. ¿Tiene Usted parientes en su lugar de residencia?
- No
 - Si
22. Nº de parientes de los que recibe y/o da apoyo
- Ninguno
 - Solo uno
 - De 2 a más
23. ¿Qué relación de parentesco tiene con Usted?
- Ninguno
 - Otros parientes
 - Yerno/ nuera
 - Nieto/bisnieto(a)
 - Hermano (a)
24. ¿Que grado de instrucción tiene?
- Ninguno
 - No sabe
 - Analfabeto
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
25. ¿Cuál es su lugar de residencia?
- Ninguno
 - Otros
 - Puno
 - Moquegua
 - Tacna
26. ¿Qué tipo de apoyo **recibe** de su pariente?
- Ninguno
 - No recibe
 - Apoyo instrumental
 - Apoyo económico
 - Apoyo cognitivo
 - Apoyo emocional
27. ¿Qué tipo de apoyo le **da** a su pariente?
- Ninguno
 - No recibe
 - Apoyo instrumental
 - Apoyo económico
 - Apoyo cognitivo
 - Apoyo emocional
28. ¿Con que frecuencia ve y habla usted con su pariente?
- Ninguno
 - Menos de 11 veces al año
 - 1 a 4 veces al mes
 - 2 a 6 veces a la semana
 - Diario
29. ¿En que grado esta satisfecho con la relación con su pariente?
- Ninguno
 - No satisfecho
 - Satisfecho
 - Poco satisfecho

AMIGOS

30. ¿Tiene Usted amigos en su lugar de residencia?
- No
 - Si
31. Nº de amigos de los que recibe y/o da apoyo
- Ninguno
 - Solo uno
 - De 2 a más
32. ¿Que grado de instrucción tiene?
- Ninguno
 - No sabe
 - Analfabeto
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
33. ¿Cuál es su lugar de residencia?
- Ninguno
 - Otros
 - Puno
 - Moquegua
 - Tacna
34. ¿Qué tipo de apoyo **recibe** de su amigo?
- Ninguno
 - No recibe
 - Apoyo instrumental
 - Apoyo económico
 - Apoyo cognitivo
 - Apoyo emocional
35. ¿Qué tipo de apoyo le **da** a su amigo?
- Ninguno
 - No recibe
 - Apoyo instrumental
 - Apoyo económico
 - Apoyo cognitivo
 - Apoyo emocional
36. ¿Con que frecuencia ve y habla usted con su amigo?
- Ninguno
 - Menos de 11 veces al año
 - 1 a 4 veces al mes
 - 2 a 6 veces a la semana
 - Diario
37. ¿En que grado esta satisfecho con la relación con su amigo?
- Ninguno
 - No satisfecho
 - Satisfecho
 - Poco satisfecho
 - Muy satisfecho

ANEXO N° 02

**DATOS GENERALES DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
TACNA -2009**

Datos Generales	N°	%
Edad		
60 -74 años	33	71,7
75 – 84 años	10	21,7
86 – mas años	3	6,5
Total	46	100
Sexo		
Femenino	35	76,1
Masculino	11	23,9
Total	46	100
Grado de Instrucción		
Analfabeto	29	63
Primaria	16	34,8
Secundaria	1	2,2
Superior	1	2,2
Total	46	100
Estado civil		
Soltero	5	10,8
Divorciado	4	8,7
Viudo	15	32,6
Conviviente	1	2,2
Casado	21	45,6
Total	46	100
Procedencia		
Tacna	7	15,2
Puno	29	63
Moquegua	3	6,5
Otros	7	15,2
Total	46	100

ANEXO N° 03

**INTERACCIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR
EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN TACNA -2009**

INTERACCIÓN	Si tiene		No tiene			
	N°	%	N°	%	N°	%
Cónyuge	22	47,8	24	52,2	46	100
Hijos	42	91,3	4	8,7	46	100
Parientes	8	17,4	38	82,6	46	100
Amigos	12	20,1	34	73,9	46	100

Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

ANEXO N° 04

**DISPONIBILIDAD DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO
POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO**

DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN

TACNA -2009

DISPONIBILIDAD	N°	%
ALTA	12	26,1
MEDIA	31	67,4
BAJA	3	6,5
TOTAL	46	100

Fuente: Encuesta Aplicada Oct.-Nov. 2009

ANEXOS N° 05

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(Encuesta Mediante El Criterio De Expertos)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

“REDES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN TACNA- 2009”

Se compone de 10 ítems, para los cuales se tiene la siguiente escala de estimación:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

Nº	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2	¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de los materiales de estudio?					
3	¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son de una muestra respectiva del universo material de estudio?					
4	¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos similares?					
5	¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento, son todo y cada uno de ellos propios de la variable de estudio?					
6	¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					
7	¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8	¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9	¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizados son pertinentes a los objetos de materia de estudio?					
10	¿Qué aspectos tendría que suprimir, modificar y/o incrementar?					

MUCHAS GRACIAS.

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO N° 06

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

I. GUIA DE ENTREVISTA N° 01

- 1.1. Se construyó una tabla adjunta, donde se colocaron los puntajes por ítems y sus respectivos promedios.

N° ITEM	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
01	5	5	4	4,5
02	4	4	4	4
03	4	5	3	4
04	5	4	5	4,75
05	4	5	4	4,25
06	4	5	4	4,5
07	4	5	4	4,25
08	4	5	4	4,25
09	5	5	4	4,5

- 1.2. Con los promedios se determina la distancia de puntos múltiples (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde DPP} = \sqrt{(X_1 - Y_1) + (X_2 - Y_2) + \dots + (X_9 - Y_9)} = 1,87$$

Donde:

X= valor máximo de la escala concebida para cada ítem.

Y= el promedio de cada ítem

En el presente trabajo de investigación la distancia de puntos múltiples DPP es de: 1,87

- 1.3. Se determino la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$\text{Dmax} = \sqrt{(X_1 - 1) + (X_2 - 1) + \dots + (X_9 - 1)} = 11,7$$

Donde:

X= valor máximo de la escala para cada ítem (es decir 5)

Y= valor mínimo de la escala para cada ítem (es decir 1)

ITEM	VALOR MAXIMO DE CADA ITEM	X_1-1	$(x_1-1)^2$
01	5	4	16
02	4	3	09
03	5	4	16
04	5	4	16
05	5	4	16
06	5	4	16
07	5	3	16
08	5	4	16
09	5	4	16
Dmax			137
			11.7

1.4. La Dmax se dividió entre el valor máximo de a escala, lo que nos da un valor de 11.7

1.5. Con este último valor hallado, se construyó una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar al Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre si, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A: Adecuación total

B: Adecuación total

C: Adecuación promedio

D: Escasa adecuación

E: Inadecuación

A.

0,0 2,34

B.

2,34 4,68

C.

4,68 7,02

D.

7,02 9,36

E.

9,36 11,7

- 1.6. El valor hallado del DPP fue de 1.87 cayendo en la zona A, lo que significa una adecuación total del instrumento y que puedes ser aplicado.