

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
Trabajo Fin de Grado

# **Un estudio sobre el apoyo social informal vecinal de las personas mayores en el barrio de San José, Zaragoza**

Estudiantes:

María Jesús Giraldos Gascón

Cristina López Pastor

Director:

Javier Martín Peña

Zaragoza, Junio 2014



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	3
<b>2. MARCO TEÓRICO: PERSONAS MAYORES, ENVEJECIMIENTO Y RELACIONES SOCIALES .....</b>	6
<b>    2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO .....</b>	6
<b>    2.2. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO .....</b>	7
<b>    2.3. APOYO SOCIAL.....</b>	12
<b>        2.3.1. APOYO SOCIAL Y REDES SOCIALES .....</b>	12
<b>        2.3.2. APOYO SOCIAL FORMAL .....</b>	20
<b>        2.3.3. APOYO SOCIAL INFORMAL.....</b>	21
<b>            2.3.3.1. FAMILIA.....</b>	24
<b>                2.3.3.1.1. PAREJA.....</b>	24
<b>                2.3.3.1.2. HIJOS.....</b>	26
<b>                2.3.3.1.3. NIETOS .....</b>	28
<b>            2.3.3.2. AMIGOS Y VECINOS .....</b>	32
<b>    2.4. SOLEDAD .....</b>	34
<b>        2.4.1. CONCEPTO DE SOLEDAD .....</b>	34
<b>        2.4.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES .....</b>	36
<b>        2.4.3. CAUSAS DE LA SOLEDAD EN EL ANCIANO .....</b>	38
<b>        2.4.4. CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES .....</b>	42
<b>            2.4.4.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.....</b>	42
<b>3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....</b>	44
<b>4. MÉTODO</b>	45
<b>    4.1. PARTICIPANTES .....</b>	45
<b>    4.2. PROCEDIMIENTO .....</b>	46
<b>    4.3. INSTRUMENTOS .....</b>	47
<b>5. RESULTADOS .....</b>	49
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	71
<b>    6.1. LIMITACIONES .....</b>	73
<b>    6.2. IMPLICACIONES PRÁCTICAS .....</b>	73
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	74
<b>8. ANEXOS</b>	81
<b>    8.1. Datos Sociodemográficos y Observaciones de los participantes .....</b>	81
<b>    8.2. Cuestionario ad hoc apoyo social informal vecinal.....</b>	81
<b>    8.3. Cuestionario UCLA .....</b>	83
<b>    8.4. Consentimiento Informado a Instituciones.....</b>	84
<b>    8.5. Consentimiento informado a usuarios .....</b>	86

## **1. INTRODUCCIÓN**

El aumento del número de personas mayores, a partir de una progresiva mayor esperanza de vida, suscita el interés cada vez mayor por parte de las Instituciones estatales, en cuanto al estudio del envejecimiento y del colectivo de las personas mayores, en pos de mejorar su calidad de vida, su bienestar y poder satisfacer sus necesidades. El proceso de envejecimiento es universal y además, la evolución demográfica establece que las personas mayores seguirán aumentando (INE, 2011). Esto supone la necesidad de crear estrategias preventivas y rehabilitadoras, que puedan prevenir o retrasar los problemas relacionados con la edad. Un aspecto digno de estudio e investigación relacionado con su bienestar, son los mecanismos de apoyo social, formal e informal. Sobre todo, cuando hay estudios que han evidenciado la importante relación entre el apoyo social y la salud y la calidad de vida (Pinazo, 2006; Ramos, 2001). En este trabajo, nos vamos a centrar en los mecanismos de apoyo informal vecinal.

El énfasis reciente en los apoyos sociales de las personas mayores se debe a que se trata de una época de la vida en que éstos se pueden ver afectados por la reducción o cambios en sus redes sociales, como consecuencia de la pérdida de la pareja, los amigos y los compañeros, entre otros.

A su vez, la realidad de las personas mayores presenta una serie de características y problemas comunes. En primer lugar, se altera su situación social y económica, pues están en una etapa donde termina su actividad profesional o laboral, lo que conlleva a una disminución de ingresos y un paso brusco de una etapa de plena actividad a otra de ocio absoluto. En segundo lugar, la vivienda y todo lo relacionado con ella cambia. Así, a veces son necesarias modificaciones, adaptaciones o la salida de la misma. En esta etapa también se produce un aumento de problemas de dependencia por razones de edad y otras causas de discapacidad o limitación, por lo cual demanda socio-sanitaria crece. El cambio de la familia en nuestra sociedad, con el paso de familia extensa o tradicional a nuclear, junto con la incorporación de la mujer al mundo laboral, provoca situaciones de soledad y de necesidad de cobertura de necesidades que tradicionalmente satisfacía la familia o las mujeres, las

cuales han venido realizando las labores del cuidado en las familias. Por todo ello, el objetivo de las políticas sociales ha de ser la consecución de los derechos y satisfacer las necesidades sociales de las personas mayores, para que vivan esta etapa de su vida en unas condiciones óptimas.

Diversas teorías han intentado explicar el envejecimiento. Si nos centramos en aquellas que enfatizan los factores psicosociales para explicar los cambios que se producen en el proceso de envejecimiento, la Teoría de la actividad y Teoría de la desvinculación analizan el envejecimiento desde la desconexión social que se puede producir por el cambio en la actividades y en las relaciones sociales, respectivamente. Ambas teorías parten de que algunos cambios asociados a la vejez, roles del anciano y tareas evolutivas pueden implicar una progresiva reducción de la actividad como consecuencia de las pérdidas que se dan; la jubilación, la independencia de los hijos, la pérdida de autonomía, y la pérdida de la relación con los amigos. Lo que varía entre ambos enfoques es la perspectiva con que se interpretan estos hechos y sus consecuencias.

El apoyo social, y las relaciones sociales, y en definitiva las relaciones que mantienen las personas mayores con otros individuos, es un aspecto fundamental a lo largo de toda la vida. Las relaciones sociales van cambiando a lo largo del ciclo vital y también el rol que desempeñan las figuras clave del apoyo social informal, como la pareja, hijos, nietos, amigos y vecinos. Nos vamos a centrar en el rol que juegan los vecinos en esta etapa de la vida, cómo proveedores de apoyo social informal.

El apoyo social informal es señalado como un factor clave en el envejecimiento satisfactorio (Rowe y Khan, 1998). Facilita las conductas de promoción de la salud al disminuir los acontecimientos vitales estresantes y sus efectos negativos. Al mismo tiempo las personas mayores que reciben apoyo social informal y participan en redes sociales tienen mejor salud física y mental (Minkler, 1988; Krause, 1990).

La familia es el mayor proveedor de apoyo social informal, pero para las personas mayores con menor número de relaciones sociales, las amistades y los vecinos constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción grande,

incluso en el caso de tener relaciones familiares, el apoyo que pueden brindar los amigos y los vecinos es fundamental. En el caso concreto de los vecinos, partíamos de que en el caso de las personas mayores, los vecinos suelen dar apoyo en aquellos casos que han vivido durante largos periodos de tiempo en el vecindario, y en los entornos rurales. Esta hipótesis, junto a que rara vez se ha estudiado a los vecinos como un elemento en las redes sociales de las personas mayores cómo proveedores de apoyo social informal, hizo que nos planteáramos el siguiente estudio en un entorno urbano, al que teníamos acceso, y más concretamente en un barrio, el barrio de San José en la ciudad de Zaragoza. También nos interesaba analizar el tipo de apoyo social informal que mantienen las personas mayores y estudiar la relación mantenida con los vecinos, el tipo de apoyo prestado, y la influencia en el sentimiento de soledad, teniendo en cuenta cómo los contextos sociales y familiares han cambiado en las últimas décadas.

## **2. MARCO TEÓRICO: PERSONAS MAYORES, ENVEJECIMIENTO Y RELACIONES SOCIALES**

### **2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO**

En relación al envejecimiento, Franco y Sánchez (2008), señalan que antiguamente se relacionaba al envejecimiento con aspectos negativos, de deterioro y degradación, pero que actualmente existe un nuevo concepto relacionado con la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Indican que es un concepto universal, que afecta a todos los seres humanos. Este proceso natural, tiene su origen en el nacimiento y se va desarrollando a lo largo de toda la vida, y termina al final de la misma, con la muerte. Su estudio cobra en nuestros días gran importancia, debido al gran número de personas mayores existentes, a que se prevé que seguirá aumentando este sector de la población, y a la probabilidad de poder retrasar y prevenir los problemas propios de este proceso. Para algunos autores este proceso es continuo, progresivo, heterogéneo, irreversible, individual, y conlleva cambios psicosociales y físicos.

La nueva concepción del envejecimiento, basado en la gran calidad de vida que tienen muchas personas mayores, es debido a los avances conseguidos en la medicina, al mayor nivel cultural existente y a la mayor esperanza de vida en las personas. La concepción actual del envejecimiento, va unido al concepto de evolución, asociado a un período de crecimiento y desarrollo, dónde se tiene en cuenta la experiencia del mayor. Las Naciones Unidas (Aguilar *et al.*, 2013), en su resolución 46/91, de 16 de diciembre, establecieron cómo principios a favor de las personas mayores la independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. En la II Asamblea mundial de la salud, la OMS plantea una visión positiva del envejecimiento, bajo el concepto de "envejecimiento activo". Este concepto sería el proceso de optimización de las posibilidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores conforme envejecen.

Desde una visión biológica, el proceso de envejecimiento varía de unas personas a otras. Casi todas las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad. El término envejecimiento orgánico, establece los cambios que se producen en el cuerpo a lo largo de los años, pero éstos no se producen de igual manera en todos los seres. Esto es debido a que el transcurso del tiempo no es igual para todos, y que el envejecimiento orgánico puede presentar diferentes ritmos en su proceso. No obstante, a mayor edad, mayor posibilidad de presentar problemas orgánicos o cognitivos. La cuestión que se plantean es cuando un comportamiento se puede considerar patológico, o cuando normal. La diferencia entre ambos términos, lo establecen en la acumulación de factores de riesgo y de enfermedad. Refieren que el envejecimiento es un proceso, y que éste no es unitario, sino que se caracteriza por su gran variabilidad. A su vez refieren que su estudio debe hacerse desde un enfoque multidisciplinar.

## **2.2. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO**

Desde los años 50 del pasado siglo se han ido desarrollando diferentes teorías que intentan explicar el envejecimiento. Según Franco y Sánchez (2008), existen teorías que explican los deterioros fisiológicos, y otras que explican las alteraciones psicológicas. Dentro de las teorías que intentan explicar los deterioros fisiológicos, encontramos unas que estudian cómo se envejece, y otras cómo es la velocidad de ese envejecimiento. Dentro de las primeras encontramos las teorías orgánicas, dentro de las cuáles se incluyen la teoría inmunológica, la teoría neuroendocrina, las teorías celulares y las del envejecimiento programado.

La teoría inmunológica, establece que el proceso de envejecimiento se debe a una disminución de las defensas del organismo, frente a agentes extraños e infecciones. La teoría neuroendocrina, se refiere a los cambios degenerativos que aparecen en el cerebro y en el sistema nervioso durante el proceso de envejecimiento. Las teorías celulares, hacen referencia al estudio de las duplicaciones celulares y las teorías del envejecimiento programado, explican la existencia de un control genético, que se origina en el momento del

nacimiento y que paulatinamente va deteriorando el organismo, hasta provocar su muerte. Las teorías relacionadas con la velocidad del envejecimiento, abarcan las teorías evolutivas, y las teorías moleculares, relacionadas con los problemas de oxidación presentes en el proceso de envejecimiento por la existencia de radicales libres derivados del oxígeno, o las teorías del desgaste, que establecen que las células presentan cierto sufrimiento por el efecto secundario de su trabajo fisiológico, entre otras.

Desde una visión Psicológica, existen varias teorías que intentan explicar los cambios que se producen en el proceso de envejecimiento. La perspectiva conductista, refiere que el envejecimiento está marcado por la utilización del mecanismo de extinción, y del refuerzo repetido. Otra perspectiva es la del procesamiento de la información sobre el envejecimiento, cuyo objetivo básico es comprender cómo pensamos, este enfoque se utiliza en el estudio del deterioro cognitivo con la edad, para poder explicar por qué las personas mayores reaccionan más lentamente, o porqué pierden ciertas habilidades, para poder prestar mayor calidad de vida en esta etapa de la vida. De aquí surge el concepto del "envejecimiento satisfactorio". Este concepto surge de la distinción entre el envejecimiento patológico, caracterizado por la existencia de una enfermedad grave, y el normativo, dónde no aparece una enfermedad grave, aunque si aumenta el riesgo de padecerlas. No obstante refieren que para que exista un proceso de envejecimiento positivo, éste no empieza a partir de los 60 años, sino que se asienta en los estilos de vida saludables, en los que las personas mayores se mantienen físicamente saludables y mentalmente activas. Asumen el lema añadir vida a los años, en aspectos cómo mejorar la salud, mental y física, establecer relaciones con el entorno, y no descuidar la productividad social.

Requena *et al.*, (2009), en relación al envejecimiento satisfactorio, habla del reconocimiento del potencial de las personas mayores, y dentro de éste distinguen entre patrones de envejecimiento pasivo o patológico, y patrones de envejecimiento activo o normativo. En los patrones activos, los niveles de actividad física y psicológica se mantienen elevados y a veces incluso se pueden mejorar. A su vez, algunos autores incluyen aspectos relacionados con

la valoración subjetiva y el significado que las personas mayores atribuyen a su estado. En relación a esto último refieren que la presencia de altos niveles de bienestar es un aspecto a tener en cuenta al hablar de envejecimiento satisfactorio, siendo a veces el bienestar relacionado a experiencias subjetivas de satisfacción o felicidad, y otras también se asocia a factores objetivos, como los valores que están presentes en la cultura. Manifiestan que para el envejecimiento satisfactorio son necesarios los valores subjetivos y los objetivos. Los valores objetivos proporcionarían aspectos para guiar la prevención del envejecimiento patológico, y los valores subjetivos permiten que aún en situaciones no favorables, las personas mayores puedan valorar su situación cómo satisfactoria. Siguiendo con el envejecimiento activo, refieren que está unido a criterios cómo una baja frecuencia de relaciones afectivas con familiares y vecinos, estado de ánimo depresivo, poco apoyo familiar, soledad, dependencia, mayor edad, nivel educativo y cognitivo. Por otro lado las relaciones sociales, no aislamiento, y el estado de ánimo las relaciona con la satisfacción vital, destacando las primeras, que van a ser la variable que defina mejor el envejecimiento satisfactorio.

Autores, refieren que mantener relaciones interpersonales satisfactorias van a proveer mayor apoyo instrumental y socioemocional, además de un mejor funcionamiento físico y mental, según vinculan diversos modelos teóricos. Refieren que aunque la actividad social se reduce en estas edades, por la pérdida de salud, familiares o amigos, una respuesta adecuada sería el reemplazo de estas relaciones sociales, que va a permitir mantener la actividad un mayor tiempo y mejorar el estado de ánimo.

Entre las teorías que intentan explicar el envejecimiento, las teorías que enfatizan la relevancia de los factores psicosociales para explicar los cambios que se producen en este proceso, analizan el envejecimiento desde la desconexión social que se puede producir por el cambio en la actividad y en las relaciones sociales: Teoría de la actividad y Teoría de la desvinculación, respectivamente (Fernández et al., 2010).

Ambas Teorías parten de que algunos cambios asociados a la vejez, tareas evolutivas y roles del anciano pueden implicar una progresiva reducción

de la actividad como consecuencia de las pérdidas que se dan; la jubilación, la independencia de los hijos, pérdida de autonomía, y pérdida de relación con los amigos. Lo que varía entre ambas es el enfoque con el que interpretan estos hechos y sus consecuencias.

En primer lugar, desde la Teoría de la desvinculación se entiende la reducción de la actividad social como un proceso natural, que prepara al individuo para la desvinculación total; la dependencia o la muerte. En esta reducción confluyen tanto los intereses de la sociedad, como los del individuo. La sociedad libera de una serie de roles al individuo, y de responsabilidades sociales, y por otro lado la persona busca, desea esa desimplicación. Siendo consciente o inconsciente el individuo de la merma de su energía, de que el futuro es limitado y la muerte inevitable, la persona preferirá dedicar el tiempo que le queda y sus energías a uno mismo. La persona entonces entrará en un periodo de mayor introversión, reflexión y preocupación por sí mismo. La inversión de tiempo y actividad en las personas, objetos del entorno se va reduciendo. Simbólicamente podríamos decir que este proceso va preparando a la persona hacia la muerte, por lo que la pérdida de actividad y de las relaciones sociales se une inevitablemente al proceso de envejecimiento.

En segundo lugar, en la Teoría de la actividad se entiende que para lograr un mejor ajuste y adaptación al proceso de envejecimiento es necesaria la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales anteriores. De este modo el envejecimiento con éxito se lograría continuando con la implicación y actividad social. Aunque existe una reducción en el nivel de actividad en esta etapa de la vida, esta teoría lo atribuye a las presiones sociales y a los determinantes biológicos que imponen a las personas ciertas pérdidas. En este punto de vista estas pérdidas no son buscadas o queridas por el anciano, por el contrario se cree que se favorecerá el bienestar psicológico si se reemplazan los roles, vínculos y apoyos sociales perdidos por otros nuevos. Esta teoría entiende que es la implicación satisfactoria en roles lo que proporciona autoestima y el auto concepto a la persona.

Ambas teorías se han intentado integrar en la Teoría de la selectividad emocional, Laura Carstensen. Según la autora el descenso de los contactos

sociales es selectivo y afecta a los contactos más superficiales, mientras que los contactos más estrechos permanecerán intactos. Esta tendencia a mantener los contactos más estrechos e ir desestimando los más superficiales es un proceso que comienza en la edad adulta o mediana edad, así que algunos autores señalan que éste déficit o característica no se puede interpretar como un déficit propio del proceso de envejecimiento. Según la misma autora, en relación a esta teoría, para las personas mayores es muy importante el aspecto emocional de las relaciones. Ello implica el deseo de recibir apoyo emocional, y la regulación de los sentimientos, de manera que los demás ayudan a sentirnos bien y a evitar estados emocionales negativos. Por ello las personas mayores al seleccionar a sus contactos, van a seleccionar a aquellas personas que les puedan proporcionar satisfacciones emocionales con una probabilidad mayor, y estos van a ser por tanto aquellos ya conocidos y con los que ya existía una relación estrecha. La misma autora refiere que las nuevas relaciones, contactos o relaciones más superficiales van siendo descartados a medida que la persona va envejeciendo, y concretamente cuando la muerte se va a cercando inevitablemente (Pinazo, 2006).

## **2.3. APOYO SOCIAL**

### **2.3.1. APOYO SOCIAL Y REDES SOCIALES**

Calvo y Díaz (2004), definen el Apoyo social como un constructo asociado al proceso salud/enfermedad. Refieren que hay autores que relacionan una falta de Apoyo Social a mayor riesgo de enfermedad, patología cardiovascular, peor salud mental y alteración inmunológica, y otros autores lo asocian, pues han constatado su influencia, en la salud percibida, a la respuesta afectiva, la calidad de vida y la autoestima.

Refieren que el apoyo social es un concepto multidimensional formado por dos ámbitos: el área estructural, formada por las redes y/o vínculos sociales, y el área funcional o expresiva, que sería el tipo de apoyo recibido. La red social la definen como las conexiones directas e indirectas que unen a un grupo de individuos, según una serie de criterios, cómo la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento. La red se va a diferenciar según su tamaño, la fuerza de los vínculos, su densidad, homogeneidad y dispersión.

En el tipo de apoyo distinguen entre contenidos emocionales (muestras de empatía, amor y confianza), contenidos instrumentales (gestiones dirigidas a solucionar el problema), y contenidos informativos (recibir información que sirva para solucionar un problema).

Refieren en el mismo artículo cómo indicadores del apoyo social estructural, los contactos con familiares y amigos y cómo indicadores del apoyo funcional, el sentido de pertenencia, el apoyo emocional, y el apoyo real. A su vez el estudio diferencia tres aspectos del Apoyo Social: la diferencia entre el apoyo real/objetivo recibido y su percepción subjetiva, la existencia de niveles de apoyo; el comunitario, el laboral y el personal, y la distinción entre recursos instrumentales o expresivos.

En el estudio de Vivaldi y Barra (2012), los resultados mostraron una relación directa entre el bienestar psicológico y el apoyo social percibido, y que las personas casadas o con pareja estable mostraban mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido, que aquellas sin pareja estable. En el estudio refieren que un predictor importante del bienestar es la evaluación

subjetiva que el individuo hace de sus recursos, entre los que se encuentran el apoyo social percibido. Clasifica el apoyo social en apoyo social recibido, y percibido. El primero sería una visión cuantitativa estructural y el segundo una perspectiva cualitativa-funcional. En la perspectiva cuantitativa estructural se evaluarían la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, y en la segunda se centraría en la existencia de relaciones significativas y la evaluación subjetiva que hace el individuo de la adecuación este apoyo recibido.

El texto refiere que es la familia el apoyo mayor que reciben las personas mayores, principalmente cuando no existe apoyo formal. A la vez dice que el matrimonio o la pareja estable es un apoyo fundamental, especialmente para los hombres, ya que ellos presentan una menor red social. A su vez, manifiesta que el apoyo social es un elemento protector de la salud, pues modera los efectos negativos del estrés, contribuyendo de este modo al bienestar y satisfacción con la vida. Sus resultados coinciden, refieren, con otros estudios de distintos autores, que destacan la importancia del apoyo que recibe el individuo de su entorno como protector en la salud mental, pues la existencia de relaciones estables significativas en el tiempo, influyen en el auto concepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento del estrés. A su vez, manifiestan la existencia de evidencias de que la existencia de una red social adecuada, puede influir en la modificación de las estrategias de afrontamiento, en el incremento de la motivación, en la integración o participación social, actuando como un posible predictor de la discapacidad en las personas mayores. A la vez, el apoyo social percibido permitiría mayor bienestar al proporcionar estabilidad emocional, atención y protección de otros, un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida.

Como conclusión remarca la importancia de programas comunitarios que incentiven la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social, pues son factores protectores del bienestar psicológico.

Ramos (2001), relaciona el estrés en las personas mayores con el apoyo social, pues éste es una variable psicosocial que va a ayudar al mayor a ver el estrés como una amenaza/daño, ó cómo un reto/desafío, y por lo tanto va a

influir en las consecuencias positivas o negativas sobre el bienestar y la salud de los individuos. El proceso de envejecimiento muchas veces va asociado a mayores pérdidas; de personas queridas, roles sociales, a valores que disminuyen; la fuerza y salud, los recursos económicos, la ilusión y esperanza, y aparecen nuevas circunstancias que precisan cambios en la forma de vida de las personas mayores; la jubilación, ingreso en un centro residencial, y enfermedades crónicas. Todos estos acontecimientos por sí solos no son importantes, pero sí cómo la persona los siente y cómo los controle. El apoyo social estructural y funcional, va a ser un aspecto fundamental en la regulación de estas circunstancias, pues proporciona a éstos un medio para contrastar su situación con la de otras personas, expresar sus sentimientos, encontrar ayuda, buscar información y consejo y desarrollar objetivos viables.

Siguiendo con la influencia que las relaciones sociales tienen en la salud mental, el estudio de Rubio, Blasco, Comín, Martínez, Magallón y García (2012), refiere que se han estudiado distintos aspectos del apoyo social en las personas mayores, como el tamaño y composición de la red social, la frecuencia de contactos sociales, la satisfacción con el apoyo social, el tipo de apoyo prestado y la ayuda prestada por terceros. En relación a estos estudios se concluye que las interacciones sociales tienen un impacto beneficioso en la salud mental y física en población geriátrica, pero que los resultados no son concluyentes, ni suficientes, sobre todo en España, en relación a la influencia entre redes sociales, salud mental, en el ámbito rural, y en relación a la depresión, objeto de estudio del mismo. Como conclusiones del estudio, refieren que el apoyo social y los factores de relación están vinculados en la bibliografía médica a la presencia de síntomas depresivos. El apoyo social representaría un importante papel en mediar o moderar en el impacto de las vivencias vitales estresantes, siendo mayor la tasa de mortalidad entre aquellos con una escasa red de apoyo social.

En el estudio, el riesgo de depresión, se asoció a no ver a familiares y amigos tanto como se desearía, y no tener un confidente entre otros. Para las personas mayores el disponer de un confidente es muy importante porque les permite tener apoyo emocional, ayuda concreta y asesoramiento en caso de

emergencia, además de asociarse a otras sintomatologías médicas. En el estudio el sentimiento de soledad aparece en un 58% de los estudiados, y refieren que ha sido la única variable asociada a malas relaciones sociales, y que aparece en sujetos diagnosticados con o sin depresión. Otros autores, refieren, han hallado que el efecto protector de las relaciones sociales en las personas mayores que se sienten solos es más débil, con independencia de la influencia que puedan aportar otras variables sociodemográficas. En general refieren que sus resultados coinciden con los de otros estudios, dónde se demuestra la relación entre el apoyo social y la salud mental. Finalmente, en el entorno rural, refieren una asociación entre depresión y red social en las mujeres, principalmente, sobre todo en aquellas que presentan sentimientos de soledad, que no ven a sus amigos y familiares todo lo que desearían y no tienen confidente

En el estudio de Guzman, Huenchuan y Montes de Oca (2003), destaca dentro del apoyo social informal, la función de las redes sociales. Ésta la estudia en relación a los vínculos con familiares, amigos, y vecinos entre otros. Refiere que el concepto de red social se ha desarrollado en dos corrientes, una la anglosajona, y otra la latinoamericana.

La corriente anglosajona define la red social de diversas maneras como: un sistema de apoyo primario dónde se intercambian objetos, servicios, apoyo emocional y social, que tanto el receptor como el proveedor consideran importantes; como un constructo que permite proporcionar apoyo emocional e información; como una serie de relaciones personales a través de las cuales el individuo puede mantener su identidad social, y recibir apoyo material, ayuda emocional, información y servicios; o cómo recursos preventivos que actúan en casos de estrés, problemas emocionales o físicos. Estos contactos van a conllevar beneficios emocionales y consecuencias en la conducta de los individuos. Posteriormente otros estudios han distinguido entre apoyos sociales e interacciones, que pueden tener efectos negativos, y positivos. Otros estudios han demostrado que la amplitud de las relaciones, su estructura y composición, no van a ser garantía de apoyo social.

Por otro lado en la corriente desarrollada en América Latina, se ha ido estableciendo una tradición antropológica respecto a las redes sociales, y se ha centrado en las redes que se producían entre aquellos que se encontraban en situación desventajosa, vinculándose a estrategias de supervivencia. Autores han cuestionado el que se trate de encontrar soluciones a través de la familia y las redes a los problemas generados externamente, como por ejemplo las adversidades económicas; otros autores refieren que las redes sociales actúan en contextos concretos, en grupos sociales específicos y que son diferentes según el género. Otros muestran un abanico de posibilidades en el ámbito comunitario y en la organización de la sociedad civil. Desde la perspectiva de grupo las redes comunitarias tienen alcances diferentes que se perciben colectivamente.

En general el estudio refiere que hablar de redes sociales lleva implícita la idea de intercambios de apoyos, lo cual, es la esencia de las mismas. Destaca que las redes sociales, pueden variar en el tiempo y en el espacio, según las coyunturas específicas. En relación a las redes sociales en las personas mayores, destaca que las motivaciones para formar parte de las mismas son las necesidades materiales, las emocionales y las cognitivas.

Existen diferentes formas de clasificar las redes, según los tipos de intercambio y según las interconexiones entre los miembros. Dentro de los tipos de intercambio, existirían tres clasificaciones de redes; redes basadas en la reciprocidad, en dónde se intercambiarían bienes y servicios en el marco de relaciones sociales duraderas; redes basadas en la redistribución de bienes y servicios, y redes basadas en el mercado.

En relación al grado de interconexión entre los miembros, distingue al menos dos tipos de redes, que son complementarios; redes basadas en contactos personales, y redes basadas en contactos grupales.

En relación a las personas mayores, el estudio refiere, que la existencia de redes aunque tradicionalmente se ha relacionado a un indicador de apoyo, no conlleva la existencia de apoyo. A su vez, refiere que la pertenencia a una red social, no garantiza que el apoyo sea constante, pues éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de las personas. Manifiesta que actualmente

los estudios se basan en analizar la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos, y en saber si la ayuda tendrá continuidad en esta etapa de la vida, en casos de enfermedad o en situaciones de escasez económica.

Los elementos básicos en el estudio de las redes sociales son: el apoyo social, las fuentes de apoyo, los tipos de vínculos, la disponibilidad y sostenimiento de las redes y la complementariedad.

Define el apoyo social como las transacciones o transferencias interpersonales que conllevan ayuda, afecto y afirmación. Éstas las define como un continuo intercambio de acciones, recursos e información. Distingue cuatro tipos de intercambio; instrumentales, materiales, emocionales y cognitivos. Los apoyos materiales conllevan un intercambio de recursos monetarios y no monetarios; dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios. El apoyo instrumental significa ayuda en el transporte, realización de las tareas del hogar, o en el cuidado. Los apoyos emocionales se expresan a través del afecto, cariño, reconocimiento del otro, compañía, empatía, o la escucha entre otros. Y el apoyo cognitivo, se refiere a los cambios de experiencias, información y consejo.

Las fuentes de apoyo pueden ser formales e informales. En la red de apoyo formal podemos incluir el apoyo recibido a través de las instituciones, públicas o privadas, y en el apoyo informal incluyen las redes personales y comunitarias no estructuradas formalmente como programas de apoyo. Dentro del apoyo informal, la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo, principalmente en ayuda material o emocional. No obstante los cambios demográficos, la incorporación de las mujeres al mundo laboral, que tradicionalmente han ejercido los roles de cuidadora, y el cambio de la estructura familiar, pues una de la forma más común de apoyo familiar a las personas mayores ha sido la cohabitación con ellos, ponen en duda la capacidad de ésta para poder continuar ofreciendo este tipo de apoyo.

En relación a los amigos y vecinos, éstos constituyen una fuente de apoyo importante. Refiere que los vínculos de amistad se crean por intereses comunes y actividades compartidas. Sus apoyos son más públicos que los

prestados por la familia, pero también son más personales que los brindados por el sistema formal. Refiere que la red de amigos, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

Otro apoyo informal es el prestado por las redes comunitarias. Distingue entre organizaciones que dirigen su actividad al colectivo de mayores y organizaciones dónde las personas mayores participan activamente. Las primeras prestarían apoyo con contenidos instrumentales, materiales o de ayuda emocional, principalmente.

Dentro del tipo de vínculos, es necesario hablar de la reciprocidad de los apoyos. Globalmente es un intercambio entre el que los recibe y el que los provee. No obstante al hablar de apoyos nos fijamos en quién los recibe. Autores refieren, que cuando el intercambio es recíproco, produce beneficios psicológicos positivos, tanto en el proveedor como en el que lo recibe. Esto no ocurre en el caso de recibir más de lo que se da, pues puede producir una sensación de dependencia. Refieren que en algunos países (EEUU), algunas personas mayores se adhieren a la idea de la reciprocidad en los intercambios, y en caso de no poderse dar, no quieren establecer vínculos, y prefieren un apoyo formal, en dónde no se requiere retribución.

Vega, Buz y Bueno (2002) definen la red social como el aspecto estructural de las relaciones interpersonales. Ésta se puede medir según la intensidad, frecuencia y duración de las relaciones entre los individuos que forman esa red. Refieren que a medida que las personas van envejeciendo, aumentan necesidades de atención y cuidados, y que ello puede conllevar una pérdida de contacto con otros miembros de la red, lo que puede llevar al aislamiento, o agravar éste. Refieren que es necesario saber quién forma parte de la red, cuántos y quiénes, y la frecuencia del contacto con los miembros de la misma.

En su estudio señalan que se suelen tener contacto con mayor frecuencia con miembros ajenos a la red familiar, siendo un 89% de las veces el contacto con amigos no vecinos, el 82.5% con vecinos, el 69.9% con los hijos que viven en la misma ciudad, el 37.2% con los hijos que viven fuera de la misma y un 67% con los nietos. El contacto con los compañeros de asociación o club de

jubilados se situaba en un 41.3% de las veces. En relación a la satisfacción que proporciona la red social, el 95.4% se mostraba muy satisfecho o bastante satisfecho con el apoyo recibido de su familia y amigos. Por otra parte, la ayuda que reciben suele provenir con mayor frecuencia y por orden de; el cónyuge, la hija, otros familiares, los servicios sociales y personas empleadas del hogar. Posteriormente irían con porcentajes inferiores, otros miembros del círculo familiar, y amigos y vecinos. A su vez la preferencia de las personas mayores sobre quién proporcione la ayuda es; el cónyuge, un 34%, o la hija, un 22%. Un 30% desea recibir ayuda de otros miembros de la familia, y un 13% prefiere que le preste la ayuda los servicios sociales.

En el estudio de García y Hombrados (2002), refieren que existen evidencias de que el propio proceso de envejecimiento afecta a las funciones y estructura de la red de apoyo, pero que ésta no tiene porque verse necesariamente empobrecida. Los procesos de compensación o sustitución van a permitir mantener e incluso mejorar la funcionalidad del apoyo recibido. En ésta época de la vida, el apoyo del grupo de iguales juega un importante papel, pues la integración social, la superación de dificultades vitales o la reafirmación personal se ven fortalecidas a través de la interacción de las personas mayores con sus iguales; amigos y compañeros, en las actividades cotidianas. Por ello abogan por favorecer e implementar programas y acciones que permitan al mayor incrementar el contacto con su grupo de iguales, para poder así aumentar las consecuencias positivas que se derivan de éstos.

Pinazo (2006), en un estudio de las redes sociales de apoyo social de las personas mayores a 718 adultos, en el año 1987, refiere que la media de miembros en la red social era de 8,9 personas.

### **2.3.2. APOYO SOCIAL FORMAL**

Pinazo (2006), refiere que es necesario diferenciar entre apoyo social informal y apoyo social formal.

El apoyo social informal son los cuidados y atenciones que reciben las personas mayores de forma regular para la realización de actividades de la vida diaria, que no son prestados por profesionales de los servicios sociosanitarios. Son cuidados que ofrecen los allegados a las personas necesitadas de atención, de forma altruista, las relaciones íntimas y de confianza (familiares, amigos y vecinos) y los cuidados que ofrecen los voluntarios.

Según un estudio del año 1995 del INSERSO/CIS, la familia cercana(cónyuges e hijos/as) realizan el 63,8% de los cuidados, otros familiares, amistades y vecinos asumen el 8,1% de la carga de atención, los/las empleadas de hogar asumen el 5,4% de los cuidados y los servicios sociales el 3,8%. De todos ellos se puede observar, que el apoyo social informal asume el 71,9% de los cuidados.

Por otro lado el apoyo social formal, es el proveniente de los servicios sociales, Ayuntamientos, órganos estatales, asociaciones y sindicatos. Los servicios que se prestan son cuidados en residencias para personas mayores y centros de día, ayuda a domicilio, tele-asistencia, servicios de voluntariado social o programas de ocio, culturales y de participación social.

Diferentes autores han descrito el apoyo social formal o de los servicios sociales comunitarios de vital importancia sobre todo para aquellas personas que no cuentan con el apoyo de familiares, amigos o conocidos, o el apoyo suministrado por ellos es insuficiente.

### **2.3.3. APOYO SOCIAL INFORMAL**

Un aspecto fundamental de nuestra vida es la relación que mantenemos con otras personas, pero a medida que envejecemos las relaciones van cambiando.

Para explicar el cambio de actividad y las relaciones sociales en el proceso del envejecimiento existen 2 teorías de referencia; la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación, ya citadas en el punto 1.2, del texto, teorías del envejecimiento. Ambas parten de que algunos cambios asociados a la vejez, algunas de sus tareas evolutivas y roles implican una progresiva desaparición de la actividad social, como consecuencia de las pérdidas que se dan. Lo que varía es el enfoque con que interpretan estos hechos y consecuencias.

El apoyo social informal es muy importante para el envejecimiento satisfactorio. Lo podemos definir como una red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y alimento emocional. Facilita las conductas de promoción de la salud, pues disminuye el impacto de los acontecimientos vitales estresantes y amortigua sus efectos negativos.

De manera concreta, diversos autores refieren que las personas que reciben apoyo social informal y que participan en redes sociales de manera activa tienen mejor salud física y mental, que aquellos que no la tienen o que participan menos activamente en la vida de otros. Asimismo, el apoyo social informal se asocia a un bajo riesgo de morbilidad y mortalidad.

Las fuentes de apoyo social informal son la familia (pareja, hijos, nietos y otros allegados), los amigos y vecinos.

De todos ellos la más importante es la familia, sobre todo en las personas mayores más dependientes y necesitadas. Se denominan relaciones primarias, por tener una naturaleza más personal, íntima y emocional. Son duraderas e implican a las personas en una variedad de roles. Según resultados de investigaciones recientes, la mayoría de las personas mayores mantienen un contacto frecuente con la familia, ésta proporciona apoyo y servicios, ya sea cara a cara, o telefónicamente.

En relación al tipo de apoyo que prestan las fuentes de apoyo son apoyo emocional, informacional y material.

Apoyo afectivo o emocional: supone compartir sentimientos, tener a alguien con quien hablar o alguien con quién mantener una relación de confianza e intimidad. Sirve para aumentar la autoestima y para el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar. Apoyo informacional: consiste en prestar consejo o información con el que poder superar situaciones estresantes o problemas por resolver. Es difícil separarlo del apoyo emocional, pues recibir consejo puede ser percibido por quien lo recibe como expresión de cariño y preocupación por él. Apoyo material: consiste en prestar ayuda material directa o servicios. Reduce la sobrecarga de tareas y deja tiempo libre para la realización de actividades de recreo, sociales o de crecimiento personal. Por ello está muy relacionado con el bienestar.

Las personas mayores suelen pedir algún tipo de este apoyo a la familia, aunque los amigos y vecinos también ofrecen un considerable apoyo. Pinazo (2006), refiere que a éstos últimos se les suele pedir ayuda cuando no hay ningún pariente íntimo disponible.

Las personas mayores intentan mantener intercambios sociales durante el mayor tiempo posible, sobre todo con personas que les son próximos, cómo familiares y amigos. Éstos se convierten en un recurso para mantener la integración social de las personas mayores y son de los que reciben el apoyo social más importante, es decir de sus redes informales.

El modelo de convoy o caravana, Kahn y Antonucci (1980), explica el apoyo social, y más concretamente el apoyo social informal a lo largo de la vida. El modelo plantea que a lo largo del ciclo vital las personas experimentan momentos de crisis, cambios, tensiones y transiciones en las que están presentes un número seleccionado y pequeño de personas de los que la persona recibe apoyo emocional e instrumental y que le ayudan a conformar su identidad. El término convoy fue tomado del antropólogo David Plath (1975), y se refiere a una capa protectora de amigos y familiares que rodea a la persona y acompaña a lo largo del ciclo vital, ayudándole a afrontar los cambios que experimenta y le proporcionan apoyo.

Las personas se moverían a lo largo de la vida dentro de grupos de personas con las que realiza intercambios de apoyo. Estos grupos de personas o capas son dinámicas y cambiantes, y al mismo tiempo duraderos y estables a lo largo del ciclo vital, como la red de apoyos entre padres e hijos, en cambio la presencia de unos determinados amigos o vecinos pueden cambiar por las circunstancias de la vida y los cambios de residencia.

El modelo se puede representar a través de 3 círculos, el más cercano a la persona sería el de la familia, después el de los amigos, y por último el círculo más externo, formado por el apoyo prestado por los vecinos, los conocidos o compañeros de trabajo, es decir por el apoyo social comunitario. Éstas personas no son tan importantes como los de los otros 2 círculos, pero tienen un papel relevante en la red de apoyo. La concreción de esta red de apoyo está basada más en el apoyo percibido que en el recibido, siendo el primero el que las investigaciones relacionan más con la salud mental.

El modelo de convoy describe las funciones de los grupos que conforman los círculos, como proveedores de apoyo social informal, y cómo éste apoyo aumenta la salud y el bienestar de las personas a lo largo del ciclo vital.

Por otro lado, el modelo jerárquico compensatorio, intenta explicar la naturaleza y el significado de las fuentes de apoyo social durante el envejecimiento. Éste describe una línea jerárquica que va desde la familia, amigos o vecinos hasta el apoyo social formal. Y según este modelo, cuando el elemento preferido en primer lugar está ausente, los otros grupos actúan de una manera compensatoria. Refiere que más allá del tipo de ayuda que se necesita, la fuente de apoyo preferida es la pareja. Si no está disponible la pareja, las personas mayores piden la ayuda de los hijos y si no, la de otros familiares o amigos.

Otros autores van más allá, y dicen que si la fuente preferida de apoyo no está disponible, las personas mayores pedirán ayuda entre los otros disponibles, siendo los más próximos los elegidos. También las circunstancias, la convivencia o la preferencia personal pueden guiar la selección hacia otros apoyos. Refieren que la presencia de otros confidentes además del cónyuge o

algún hijo o hija puede ayudar a la hora de enfrentarse a un problema o área de interés.

### **2.3.3.1. FAMILIA**

La familia es la fuente de apoyo primordial y más importante para las personas mayores. Las relaciones familiares se denominan relaciones primarias, y se caracterizan por tener una naturaleza emocional, íntima y personal, por implicar a personas con diferentes roles y por tener una duración duradera en el tiempo. Dentro de la familia vamos a distinguir entre las relaciones con la pareja, relaciones con los hijos y relaciones con los nietos.

#### **2.3.3.1.1. PAREJA**

Siguiendo a Pinazo (2006), en el proceso de envejecimiento se estrechan las relaciones familiares y conyugales, lo cual produce normalmente mayor satisfacción y bienestar a las personas. En las personas mayores el cónyuge constituye la principal fuente de compañía, de intimidad y de bienestar y es la forma de convivencia más habitual, más del 50%, hasta los 80 años (IMSERSO, 2005), cuando empieza el protagonismo de los hijos.

Además el cónyuge es la persona elegida en primer lugar (45,2%), para prestar ayuda en caso de necesitarla, seguida de los hijos (29,2%) (IMSERSO, 2002).

Por otro lado, la bibliografía muestra que el matrimonio es más beneficioso para los hombres mayores, pues la gran mayoría del trabajo necesario para el mantenimiento de las relaciones familiares y del hogar, recae sobre las mujeres, y que estar casado, en el caso de los hombres, significa mayor esperanza de vida, más satisfacción vital y mayor estado de salud.

Estar casado es un factor fundamental para las relaciones informales en las personas mayores, pues vivir en pareja permite tener un conjunto de experiencias compartidas, y proporciona un conjunto potencial de lazos con hijos y otros familiares, y actúa de protector de la salud, sobre todo para los hombres. Estas relaciones o “contactos sociales duraderos”, proporcionan al

individuo un feedback sobre sí mismo y sobre los otros, que compensa las deficiencias de comunicación con el contexto comunitario.

En el caso de personas mayores dependientes, los cuidados que reciben provienen principalmente del cónyuge, tanto para actividades domésticas, cotidianas o cuidados personales, sobre todo en el caso de los hombres, pero en el caso de las mujeres, es más probable, que éstas sean atendidas por sus hijas.

En el proceso de envejecimiento existen circunstancias que pueden provocar una ruptura con la vida llevada hasta ese momento y sentimiento de soledad, como son el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social, la menor participación en actividades o el fallecimiento de la pareja, pues una de las razones que explican la reducción de las redes sociales, en las personas mayores, es el número de pérdidas sufridas, especialmente las más significativas. Además las personas mayores que han sufrido una pérdida, manifiestan una sensación de profunda y continuada soledad, ya sea por aislamiento social o por aislamiento emocional.

En estos casos, el apoyo familiar es más importante durante la crisis, y el apoyo social de los amigos está más indicado para restablecer la vida social y emocional. El disponer de un buen nivel de redes sociales, de un confidente o de un buen amigo, se muestra como un indicador de desenlaces más positivos del duelo, y una mejor superación de la depresión.

El aislamiento social, es un estresor, relacionado directamente con los síntomas psicológicos negativos y la inclusión social, es fuente de sustento psicológico, aporta sentimientos de pertenencia o seguridad y sentimientos de disponibilidad de apoyo entre otros.

Los recursos psicosociales que aportan las redes de apoyo social son indicadores de bienestar y contribuyen a la satisfacción de las necesidades. A la vez el bienestar psicosocial o satisfacción con la vida está unido a la capacidad que los sujetos tienen de integrarse socialmente, y con la capacidad de las redes sociales de convertirse en recursos de apoyo.

Por otra parte, el aislamiento emocional se refiere a la ausencia de apoyo percibido, compañerismo, intimidad, camaradería y contacto público con personas significativas y está relacionado con el sufrimiento personal.

### **2.3.3.1.2. HIJOS**

En relación a los hijos, Pinazo (2006), refiere que según un estudio del IMSERSO del año 2002, los españoles piensan en general que el cuidado de los padres mayores corresponde a los hijos, siendo las mujeres, los más mayores y la población mayor de niveles educativos más bajos, los que más de acuerdo están con ello.

En general, en las familias que hay una persona mayor que necesita ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en el 93,7% de los casos, los cuidados pertenecen al ámbito familiar, siendo las hijas quienes proveen esa ayuda un 25,80% y un 14,9% los hijos.

Si preguntamos a la población en general quién les gustaría que les cuidase en caso de necesitarlo, la mayor parte responde que el cónyuge, seguido de los hijos. En el caso de las mujeres, éstas se orientan más hacia los hijos que hacia los cónyuges, lo cual aumenta a partir de los 65 años, dónde casi la mitad prefiere la ayuda de los hijos, aunque muchas de ellas al haberse quedado viudas no tienen otra opción.

Normalmente los hijos apoyan a sus padres cuando éstos llegan a la edad anciana, prestándoles cuidados y atenciones, al igual que éstos lo hicieron cuando los hijos eran pequeños. Este mecanismo se denomina norma de reciprocidad.

La relación existente entre las personas mayores y sus familias se ha denominado intimidad a distancia, y está caracterizada porque los padres viven en su propio domicilio independientes, con autonomía, separados del domicilio de los hijos, aunque los hijos están dispuestos a ayudar si los primeros lo necesitan, y a aumentar las visitas y contactos si surge algún problema o necesidad, como en los casos de viudedad, enfermedad grave o aumento de dependencia y discapacidad.

Este apoyo tiene beneficios sobre el bienestar de las personas mayores, especialmente si existe algún problema.

En los momentos de necesidad las personas suelen acudir a los familiares, pues con ellos se crea un sentimiento de reciprocidad para toda la vida, especialmente entre padres e hijos. Ésta relación se basa en el compromiso de interdependencia entre las generaciones adultas de la misma familia, o dicho de otro modo, en la solidaridad intergeneracional. En general está muy asumido que los hijos tienen la obligación de atender las necesidades de los padres, y quizá por ello el adulto mayor puede aceptar y esperar el apoyo de sus hijos. Al ser esperada y anticipada esta ayuda, puede contribuir al efecto positivo del apoyo social, por otro lado, su ausencia tiene un efecto negativo sobre las personas mayores.

En el caso de que los hijos no presten la ayuda necesaria a sus padres, ello puede deteriorar las relaciones entre los padres y los hijos, y crear sentimientos de indefensión y soledad en los padres.

Según un estudio del IMSERSO del año 1995 y 2004, de las personas dependientes, tres cuartas partes reciben apoyo informal, sobre todo por parte de las familias. Éstas son importantes en los momentos de crisis, principalmente en el caso de enfermos crónicos a largo plazo, pero prestar estos cuidados supone a su vez una situación generadora de estrés a los cuidadores, especialmente al cuidador principal. En estos casos, se ha demostrado que el apoyo social es un modulador del estrés del cuidador. Los cuidadores que disponen de mayor apoyo social, tienen menor percepción de carga, menor sintomatología depresiva y menor probabilidad de padecer problemas de salud.

En general, las relaciones de apoyo entre los padres mayores y los hijos adultos consisten en intercambios de dinero, ayuda o consejo. El hecho de que los hijos cuiden de sus padres mayores se ha denominado inversión de roles, es decir, los hijos se han convierten en padres de sus padres. Se alcanza la madurez filial cuando los hijos ven a sus padres, como personas que aunque necesitan ayuda, son adultos con sus propias necesidades y derechos y la responsabilidad filial se alcanza cuando surge en los hijos un sentimiento de obligación personal hacia sus padres en relación a su bienestar. Tanto por la

necesidad de protegerlos y cuidarlos, como por el aspecto preventivo que favorezca su autonomía e independencia.

Las relaciones entre padres e hijos en esta etapa de la vida varían en función del género de los hijos, pues suelen ser mayoritariamente las hijas las que asumen el papel de cuidadoras y los hijos asumen papeles de toma de decisiones y de apoyo financiero, aunque estos roles están cambiando. En general los estudios reflejan que en el caso de que tengan varios hijos, los padres prefieren al hijo o hija con el que más se relacionan, aunque existe entre las parejas una inclinación matrifocal, es decir una tendencia a estar unidos más a la familia de la mujer.

Por otro lado cabe decir, que los mayores no sólo reciben ayuda de los hijos, sino que dan ayuda a éstos y a sus padres longevos, como el cuidado de los nietos, ayudas en las tareas del hogar o en gestiones administrativas.

#### **2.3.3.1.3. NIETOS**

Las relaciones intergeneracionales, y los vínculos que los abuelos establecen con sus nietos, son aspectos muy importantes. En general se reconocen los beneficios que la figura del abuelo puede aportar al desarrollo y proceso de socialización de los nietos.

En los resultados de la investigación INSERSO/CIS (INSERSO, 1995) refieren que de los mayores de 65 años con hijos, el 35% presta algún tipo de ayuda a sus hijos en tareas domésticas o en el cuidado de los nietos. La mitad ejercen un rol asistencia activo si están capacitados o si viven cerca o conviven. Entre las personas mayores que declaran valerse por sí mismas, tener hijos y salud buena o regular, el 35-40% ayudan a sus hijos o nietos.

Esta tasa aumenta si el abuelo convive con ellos bajo el mismo techo. Pero aunque la persona mayor viva sola, es frecuente que ayude a sus hijos o nietos (26%). El cuidado de los nietos o el apoyo en tareas domésticas se da en mayor proporción entre mujeres (40%) que entre hombres (29%). En referencia al tipo de ayuda suministrada a los nietos, el primer lugar lo ocupan las tareas de cuidado, dar de comer, o acompañarlo al ir o volver del colegio.

Según un informe más reciente, *el Informe 2000, las personas mayores en España*, concluye que el 61% de los mayores tiene contacto con nietos al menos varias veces al mes, y el 52% habla con ellos por teléfono también varias veces al mes. El grado de satisfacción de las relaciones con los nietos es elevado (el 95% muy o bastante satisfecho).

Los estudios ponen de manifiesto la importancia de la familia. Las relaciones intergeneracionales, van a depender de la frecuencia del contacto, el linaje, la realización de actividades conjuntas, la edad y el género de ambos, la distancia geográfica, el papel de la generación intermedia, la vinculación emocional entre abuelos y nietos, el hecho de que el abuelo tenga o no más nietos y el tipo de relación que mantenga con éstos.

En relación a las formas de relación entre abuelos y nietos, y las actividades conjuntas, podemos decir que el realizar actividades comunes fomenta conexiones entre ambos, mejores y más duraderas. Sirven como vehículo para la expresión del afecto y un medio para el conocimiento mutuo, de cauce de influencia y de asistencia, medio de mantener ambos contacto, de creación de lazos más estables y duraderos, y de aumento de la alianza y la complicidad. Promueven un sentido de conexión entre ambos y permiten que los abuelos influyan en los miembros más jóvenes de la familia.

En el estudio Kennedy (1992), distinguen 6 categorías de actividades, que realizan los abuelos y nietos de forma conjunta:

- 1- Sociabilidad: ver juntos la televisión, comer juntos, hablar a cerca de asuntos personales, charlar.
- 2- Compañerismo; pasear juntos, leer libros y contar historias, aprender habilidades o aficiones de los abuelos, jugar con los abuelos (puzzles, cartas, juegos de mesa), realizar actividades juntos (pescar, picnics).
- 3- Ayudar a los abuelos (doméstica); ayudar a los abuelos a cocinar, con las tareas de casa, comprar con los abuelos las cosas que necesitan, cuidar a los abuelos cuando están enfermos.
- 4- Acontecimientos comunitarios; acudir a actividades deportivas en las que participa el nieto, realizar viajes o ir de vacaciones juntos, planificar o preparar fiestas o celebraciones.

5- Entretenimiento con los abuelos: comer fuera con los abuelos, comprar regalos para los nietos con los abuelos.

6- Ayuda a los abuelos (externa); ayudar a los abuelos con el cuidado del jardín o del campo, ayudar a los abuelos con los asuntos burocráticos.

Concluye el autor, que a mayor cercanía en la relación, más diversas son las actividades que se realizan conjuntamente y lo contrario, cuanto más actividades se comparten, mayor es la cercanía. Las nietas comparten más actividades conjuntas que los nietos, realizándolas más con las abuelas.

Otro trabajo sobre actividades conjuntas realizado por Tyszkowa (1991), analizaba las actividades que los nietos adolescentes y jóvenes, realizaban con sus abuelos. Concluía que las actividades más compartidas eran conversaciones (52,2%), paseos (23,96%) y juegos (17,4%).

Osuna (2003), distingue 2 tipos de actividades; lúdicas y de ocio, y de atención y cuidado del abuelo hacia el nieto. En el estudio, de las actividades realizadas conjuntamente, aparecía con más frecuencia la conversación de diversos temas; de la historia de vida del abuelo, de sus experiencias vividas, del colegio, las amistades, deportes de los nietos...etc.

En relación a los factores facilitadores de la relación entre abuelos y nietos, son la posibilidad y la frecuencia del contacto, los factores más importantes para determinar la calidad de la relación entre ambos.

La frecuencia influye en el grado de satisfacción experimentado, la tolerancia recíproca y la percepción de utilidad e importancia de la interacción. Los indicadores que permiten mantener un contacto más frecuente son; la proximidad geográfica, la calidad de la relación con la generación intermedia, el número de nietos (a mayor número de nietos, menos posibilidad de pasar mucho tiempo con ellos), el género de los abuelos (en general los abuelas pasan más tiempo con los nietos), el linaje materno (el contacto con los abuelos por parte de la madre es mayor), estar casado (es mayor la relación con los abuelos que viven en pareja, salvo los viudos que conviven en el domicilio con los nietos).

Por otro lado, los abuelos refieren mantener un contacto mayor, el doble de veces, con los nietos hijos de sus hijas, línea materna, que con la línea paterna.

Existe también una variación en la relación entre los abuelos y los nietos en función de la edad de ambos grupos. Para algunos autores, la relación abuelos-nietos, disminuyen a medida que aumenta la edad. Otras investigaciones sugieren que las relaciones entre abuelos y nietos a lo largo del ciclo vital se caracterizan por la continuidad, más que por el cambio. Para otros autores, la relación abuelos nietos no cambia nunca, para otros hay unos cambios asociados a la edad de los nietos que comienzan en la adolescencia, posiblemente porque en esa edad los nietos se centran más en su desarrollo personal y social y en las relaciones fuera de la familia. De modo natural, conforme los nietos van cambiando, las relaciones cambian, pasando los abuelos de compañeros de juegos a confidentes y amigos. Conforme los nietos se van haciendo adultos la relación entre abuelos y nietos es más voluntaria.

En relación a las actividades y la edad, al preguntar a los abuelos y abuelas españoles, referían éstos que a medida que son más mayores, no prestan tanta ayuda, sino que demandan la percepción de ayuda por parte de sus nietos. Del mismo modo, los nietos al llegar a la madurez, forman relaciones más duraderas, satisfactorias y voluntarias con sus abuelos, produciéndose la reversión de roles, responsabilizándose éstos de su papel de adulto competente, que ayuda a la familia en el cuidado del abuelo.

A su vez, en una investigación longitudinal a lo largo de 23 años, con el fin de identificar los patrones de cambio en las relaciones entre los abuelos y nietos, uno de los hallazgos más relevantes fue encontrar que los nietos son para los abuelos importantes proveedores de apoyo emocional.

Además, el papel de la generación intermedia en la relación abuelos-nietos es importante, pues los padres, pueden determinar las relaciones entre ambos, facilitando o entorpeciendo las interacciones entre ellos, la frecuencia de contactos e incluso el tipo de actividades realizadas. En general, los resultados relativos al rol de mediación de la generación intermedia indican que una alta calidad de la relación de los abuelos con sus nietos se asocia con

una alta frecuencia de contacto entre abuelos y nietos, y posibilita a su vez, fuertes lazos emocionales.

### **2.3.3.2. AMIGOS Y VECINOS**

Según Pinazo (2006), el papel de los amigos y vecinos son juzgados según diferentes criterios que los de la familia, debido probablemente a las distintas experiencias e intercambios de apoyo entre los amigos y vecinos, y la familia a lo largo de toda la vida. Refiere que recibir apoyo de un amigo es un refuerzo para una relación de mutuo apoyo, es una muestra o evidencia de la buena salud, buena compañía y utilidad continua del individuo. Para las personas mayores con un menor número de relaciones familiares, los amigos constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción considerable.

Del mismo modo, aunque se tengan relaciones familiares satisfactorias, las relaciones con amigos son también muy importantes, pues se comparte con ellos además de la edad, una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares. Las relaciones con los amigos, son un tipo de relación elegida, libre y voluntaria, lo contrario a la relación familiar que no es elegida. Además éstas relaciones se hacen en un contexto voluntario y menos normativo que las familiares, se caracterizan por la igualdad, por elevados niveles de reciprocidad, homogeneidad (estilos de vida e intereses similares) y consenso. Esta similitud permite una interacción mutuamente satisfactoria, y que reafirma la identidad y estima en ambas partes.

El apoyo en las relaciones de amistad es opcional, voluntario, basado en la reciprocidad y el afecto, lo que contrasta con los sentimientos de obligación subyacentes en las relaciones familiares. Los amigos suponen ayuda emocional (actúan como confidentes, consejeros, brindan empatía en momentos de necesidad) y apoyo instrumental (ayuda práctica en situaciones cotidianas y de emergencia, proporcionando además compañía).

Los estudios revelan que disponer de un amigo íntimo o confidente les ayuda a enfrentarse con efectividad a las situaciones de estrés. Los amigos son una de las fuentes de satisfacción más significativas, por lo que tienen gran impacto en los sentimientos de bienestar de las personas mayores.

Según un estudio del IMSERSO en el año 2002, 9 de cada 10 personas mayores, considera que la amistad es muy o bastante importante en sus vidas, un tercio considera que tiene pocos, 2 de cada 3 declaran tener muchos o bastantes, 4 de cada 10 considera que no ve a sus amigos lo suficiente o por lo menos tanto como les gustaría.

Los vecinos también son fuente especial de apoyo y ayuda para la persona mayor, especialmente para aquellas que han vivido durante largos periodos de tiempo en el vecindario, que son casi la mitad de las personas mayores. No se suelen estudiar como elementos en las redes sociales de las personas mayores, pero el contacto con los vecinos y amigos, ayuda a las personas mayores con sentimiento de inutilidad y eliminan los sentimientos de soledad y preocupación.

Dada su proximidad física, los vecinos pueden ser uno de los recursos más importantes de apoyo en situaciones de emergencia. Parece ser que el contacto con los vecinos es más frecuente que con los amigos o parientes, y siguiendo el estudio mencionado anteriormente, más de las terceras cuartas partes de los mayores, afirman tener contacto diario con ellos.

## **2.4. SOLEDAD**

### **2.4.1. CONCEPTO DE SOLEDAD**

Antes de entrar de lleno en el concepto, sería bueno realizar un repaso a las cifras que se están barajando en entidades con IMSERSO en relación a personas mayores:

La población total de España a fecha de 01 de Enero 2013 es de 46.727.890 habitantes, de los cuales 23.017.758 son hombres y 23.710.132 mujeres, datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En 2006 encontramos que de la población total de España, las personas mayores de 65 años en España tenemos 7.783.504, de las cuales, 3.358.335 son varones y 4.425.170 son mujeres

Se prevé que en unos años la cifra de mayores aumente desorbitadamente, al llegar a mayores de 65 los hijos nacidos durante la época del baby-boom. A partir de estos datos el INE calcula que la población de mayores en 2050 será de 16.387.874 personas, un 30'8% de la población.

El número de personas que hay viviendo en soledad ha estado en discusión. La Encuesta de Soledad, 1998 (CIS-IMSERSO) la sitúa en el 14'2% de los mayores, valor algo bajo según otras fuentes. Aunque los datos del Censo de Población de 2001 nos dicen que 1.358.937 personas mayores viven en soledad; 1.043.471 son mujeres y 315.466 varones.

Por tanto, el 19'5% de las personas mayores viven en soledad, una de cada cuatro. Esta cifra encierra una realidad más cruda: un 25'9% de las mujeres de edad viven solas y sólo un 10'8% de los varones. Cabe destacar que en el resto de las edades (16-64 años) la proporción de soledad es muy baja y sólo son 1.517.635, con la característica de que hay más varones que mujeres en situación de soledad (865.329 y 652.306, respectivamente).

Las mujeres mayores presentan más riesgo de soledad que permanecerá en el tiempo, frente a los varones en los que no ocurrirá. Debido a un proceso familiar y demográfico (nido vacío, viudez) se produce la situación de vivir en soledad, esto es una opción no voluntaria ni tampoco buscada, a diferencia de lo que sucede con los hogares unipersonales en otros grupos de edad.

Estos índices que evidencian la existencia de alta proporción de personas mayores que viven solas, está generando una mayor presión sobre los servicios formales comunitarios o de mercado cuando aparece la dependencia. La soledad también es un importante factor para padecer o agravar determinadas enfermedades y sufrir aislamiento social, estando muy vinculada a los estilos de vida (Rubio, 2009).

La soledad puede ser definida de diversas formas, pero en principio, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional.

La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma, de añorar personas o situaciones (Rubio, 2007).

El Diccionario de la Lengua Española define la soledad como "Carencia de compañía, pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguna persona o cosa"(Real Academia de la Lengua Española, 2014).

## **2.4.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES**

Cuando analizamos la soledad encontramos en ella dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva. No es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo no es siempre un problema (Rubio ,2004).

La soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores, por ello sentirse sólo, es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía.

En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran (Bermejo, 2005).

Distinguir entre la soledad objetiva y la soledad subjetiva.

La soledad objetiva se refiere a la falta de compañía, y no siempre implica una vivencia negativa sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas se han visto obligadas a ello, en esa línea podemos citar en nuestro país a un 19.5% de los mayores de 65 años que viven solos, según el Censo de Población de 2001, lo cual sería una población en principio con perfil de riesgo porque debemos tener en cuenta que su relación con otras enfermedades como depresión y Alzheimer, tan frecuentes en la población mayor actual.

La dimensión subjetiva es la que padecen las personas que se sienten solas, independiente de que vivan o no con otras personas, o estén insertas en un contexto social, porque aquí no hablamos de ausencia, sino de ese sentimiento doloroso y temido por muchas personas mayores. Nunca es una situación buscada.

Los estudios sobre la soledad han oscilado desde planteamientos que pretendían analizar la soledad objetiva, en inglés "*Isolation*", por sus consecuencias psíquicas, Seligman (1975), pasando por definiciones que la observan como consecuencia de la vida interna en instituciones, Curry y Ratliff(1973); Levine(1980); Silverstone y Miller (1980) o del abandono o de la enfermedad, Managan(1974); Evans, Werkhoven y Fox(1982).

El término “soledad” es un concepto multidimensional y han intentado desglosarla en diversos factores, por ejemplo:

Para López (2004), al analizar la soledad establece una clara diferencia entre soledad y aislamiento:

- Soledad física o habitacional
- Soledad moral
- Aislamiento social

Siguiendo con este autor, al aislamiento se llega por diferentes factores que dependen de variables como el comportamiento, tanto de los mayores, que pueden preferirlo a pagar el precio de la relación, como de las familias, que pueden delegar el cuidado a los Servicios Sociales; factores sociales, que llevan al aislamiento por la imagen de la vejez como etapa improductiva y desvalorizada; factores espaciales, siendo un fenómeno preponderantemente urbano; factores psicológicos, especialmente por el “Síndrome de Diógenes” o actitud de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados y finalmente por factores de salud, que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio.

Durante el envejecimiento es habitual experimentar una serie de vivencias y cambios que pueden ayudar a la manifestación del sentimiento de soledad. La vejez, es una etapa de la vida en la que se producen pérdidas que contribuyen a la aparición del sentimiento de soledad (viudedad, jubilación...).

Desde la gerontología se está intentando matizar una idea, binomio vejez/soledad. Con frecuencia esta apreciación sobre la soledad indica que personas mayores viven solas se asocia a la vejez: soledad, tristeza, enfermedad, inactividad (Del Barrio *et al.*, 2010).

### **2.4.3. CAUSAS DE LA SOLEDAD EN EL ANCIANO**

El envejecimiento, como período ineludible de la condición humana, está asociado a múltiples cambios que favorecen el “estar solo” y el “sentirse solo”.

La vejez es uno de los momentos vitales en los que se puede experimentar más fácilmente la soledad. Es una etapa de la vida a la que se unen la sucesión de pérdidas que favorecen la experiencia de la soledad.

La causa de la soledad en las personas mayores se debe no a un único factor sino a la unión de los factores de distinta naturaleza y aunque existe una gran diversidad de causas, hay situaciones que pueden facilitar la aparición de esta.

La soledad es producida por diferentes causas en personas mayores, como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables, a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus congéneres, dificultades motoras y de desplazamiento, limitaciones perceptivas (sordera, ceguera) que marcan barreras con los otros y diferentes ritmos de vida con las generaciones más jóvenes (Cardona *et al.*, 2009, p. 54.).

En las personas mayores la soledad constituye un conjunto de sentimientos negativos, entre los que sobresale, la sensación de vacío, la tristeza y la falta de comunicación y se previene y se afronta realizando actividades incompatibles con los pensamientos que la engendran, especialmente si éstas favorecen el cultivo de relaciones sociales y familiares satisfactorias (Iglesias *et al.*, 2001).

López (2004), enumera los tipos de aislamiento y soledad más frecuentes, tales como la soledad moral y el aislamiento social, la soledad física o habitacional. Al aislamiento se llega por variadas causas que dependen de las sucesivas variables: el comportamiento, tanto de los mayores como el de sus familias; factores sociales que conducen al aislamiento por la imagen de la vejez como una parte del ciclo de la vida improductivo y desvalorizado; y los factores espaciales siendo una manifestación preponderante urbana (Rubio y Aleixandre, 1997).

Por factores psicológicos o actitudes de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en sus cuidados personas; y por factores de salud, que generan discapacidades, dependencia y miedo a salir del domicilio (López, 2004).

A estos factores de salud, algunos autores incorporan elementos sensorio-motores, tales como el estado locomotor, visual y auditivo que, si constituyen carencias, dificultan claramente las relaciones sociales (Sánchez y Braza, 1992).

Las personas mayores que se sienten solas suelen insistir más en la falta de compañía por la pérdida de seres queridos o por no tener a nadie a quien acudir. La soledad no se experimenta de igual manera en todos los momentos. Son los momentos de la noche y la enfermedad, los que con mayor intensidad hacen experimentar la soledad (Madrigal, 2000).

Existen estudios donde delimitan los beneficios que existen en las redes de apoyo que hay para las personas mayores, y subrayan la importante protección que ejercen sobre la percepción de la salud, la ansiedad, el deterioro cognitivo, la soledad y el sentimiento de felicidad (Díaz y García, 2013).

### **Factores familiares y sociales.**

La persona mayor en el ámbito familiar experimenta transformaciones, la salida de los hijos o bien la pérdida de su pareja.

Cardona *et al.*, (2009), citan a López Cepero que destaca que en el ámbito familiar empieza a generarse una serie de carencias efectivas, comunicaciones y de roles. A nivel social, se ha implantado una nueva cultura que permite desarrollar nuevos hábitos y costumbres que desplazan a un plano secundario la tradición y llevan a que el adulto mayor opte por un mundo diferente, buscando anclarse en su historia, su ética, su espacio. Este concepto de retirada, se relaciona con la teoría de la desvinculación, la cual refiere que el adulto mayor opta por aislarse y reducir sus relaciones como una manera de desprenderse de su territorio.

No se puede sin embargo obviar que hay personas con escasas relaciones aparentes que podrían ser consideradas como aisladas, pero que

subjetivamente no se consideran así y están plenamente satisfechas de unas cuantas relaciones muy dilatadas en el tiempo pero intensas en vivencias, o al contrario, personas que conviven en un medio familiar normalizado, pero que se sienten solas (Rubio y Aleixandre, 1997).

Es el fallecimiento del cónyuge el acontecimiento más decisivo en lo que hace al padecimiento de la soledad. El principal desencadenante del sentimiento de soledad en edades avanzadas es la viudedad, para quienes habían contraído matrimonio o vivían en pareja. Esto es así porque tras varias décadas de vida matrimonial desaparece de pronto la compañía y la efectividad que hasta entonces proporcionaba la figura conyugal, dando fundamento a las dificultades personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional sino también material y relativos a la gestión del tiempo y de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Puede llegar a darse una importante desilusión por la propia vida (Iglesias *et al.*, 2001).

### **Factores personales**

La disminución paulatina de todos los apoyos sociales, familiares, culturales, la propia regresión, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, órganos de los sentidos, funciones intelectuales, desencadenan una inestabilidad y sentimientos de indefensión (Molinero, 1997). Esto hace que la experiencia subjetiva de la soledad sea tanto más insoportable cuanto más presente está la enfermedad, el deterioro que acompaña al envejecimiento y la necesidad de otras personas.

### **Factores situacionales tras la jubilación**

Las personas recogemos a lo largo de toda nuestra vida la idea de productividad como necesidad social, incluso, en el ámbito educativo y por tanto, el ser productivo se convierte en un elemento indispensable para su integración en dicha sociedad. Así cuando la persona llega a la etapa de la tercera edad y se jubila, se ve afectado porque a nivel social se convierte en un ser improductivo y pierde valoración social. Desde el punto de vista del individuo, la finalización de su etapa laboral, le provoca un sentimiento de pérdida de su papel en la sociedad, unido a la idea de no ser necesario (Limón, 1992).

La retirada del mundo laboral supone un sentimiento de pérdida de cierto prestigio social, un sentimiento de desvalorización, de dependencia y disminución de las relaciones sociales, cuáles se nutrían del ámbito del trabajo (Molinero, 1997). La pérdida del lugar social ligada al ámbito productivo, puede llevarle al adulto mayor a que se aísle y, por ende, desarrolle un estado anímico desfavorable; el aislamiento externo puede llevar al sentimiento de soledad (Ring, 1994).

Este sentimiento puede orientarse en dos extremos, por un lado la persona mayor se auto percibe desadaptado al entorno, que suele ir asociado con el detrimiento de la actividad y el aislamiento social, aspectos que pueden derivar en una serie de trastornos afectivos tales como, depresión, ansiedad, etc. Y por otro lado, la soledad puede poseer una vertiente positiva, ser la causa que origina una reestructuración adaptativa consistente en la capacidad de desarrollar estrategias lo suficientemente eficaces para afrontar la soledad con éxito.

La persona mayor que hay perdido su actividad y se encuentre aislada socialmente, acabará por presentar en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, que se manifestará en última instancia en un deterioro cognitivo y de la salud en general, mientras que la segunda opción de reestructuración adaptativa puede llevar a caminos tan positivos como el de la creatividad (Rubio, 2004, p. 5).

## **2.4.4. CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES**

### **2.4.4.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA**

La OMS define como calidad de vida “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en la que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Moreno, 2004, p. 193).

La calidad de vida ha adquirido en los últimos años mucha importancia en relación sobre todo con el estado de salud en general y con el ámbito de la gerontología en particular. Para Castellón (2003, p. 188), experto en Gerontología Social de la Universidad de Granada, en su artículo “Calidad de vida en la atención al mayor” expone:

El concepto de calidad de vida, considerado por varios autores como el concepto básico en el campo de atención a los mayores, es para otros uno de los principales indicadores a tener en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de los servicios.

La abundante publicación de libros y artículos sobre calidad de vida pone de manifiesto la relevancia del tópico. Existen varias formas de conceptualizar la calidad de vida:

1. Como calidad con las condiciones de vida (objetivo)
2. Como satisfacción personal con las condiciones de vida (subjetivo)
3. Combinando las condiciones de vida y la satisfacción.
4. Combinando las condiciones de vida y la satisfacción personal según lo considere el propio sujeto en función de su escala de valores y aspiraciones personales.

La calidad de vida se configura de una manera específica y particular, dependiendo de las necesidades de la persona, es decir, cuanto mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejora será su proceso de envejecimiento; y si las personas gozan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor.

La calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción

individual previamente informada, ya que en su ausencia o con información distorsionada el individuo puede hacer, deshacer o disfrutar actividades que pueden arruinar su salud o la de los demás como ocurre en el caso de las adicciones, el sedentarismo y conductas disfuncionales como la automedicación (Gonzalez, 2005).

### **3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

El apoyo social informal es un importante factor para el envejecimiento activo. Algunos estudios, IMSERSO (2002), señalan cómo la relación con los vecinos es más frecuente que con amigos o parientes, lo cual no se encuentra suficientemente estudiado. Por ello, queremos analizar el rol de los vecinos como posible elemento de relevancia en el apoyo social de las personas mayores, centrado en el contexto del barrio de San José (Zaragoza). Por ello, a partir de aquí, se propone para este estudio el siguiente objetivo general: Analizar el apoyo social informal de las personas mayores, centrado en el rol de los vecinos. Esto se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Analizareltipodeapoyosocialinformalquemantienenlaspersonasmayores.
2. Estudiar la relación mantenida con los vecinos, el tipo de apoyo prestado, y la influencia en el sentimiento de soledad.

## **4. MÉTODO**

Para aproximarnos al objetivo propuesto, se realizó un estudio cuantitativo a partir de la información recogida por técnica de cuestionarios. Estos se aplicaron a personas y usuarios del barrio de San José de Zaragoza.

El grupo al que se pasó el cuestionario fue elegido al azar ya que todos los encuestados asisten regularmente a las actividades que se programan en los diferentes centros del barrio. Sí pensamos que son personas que participan y este hecho hace que exista mayor comunicación entre otras personas del entorno.

### **4.1. PARTICIPANTES**

Los participantes del estudio han sido personas mayores seleccionadas al azar ( $N = 85$ ) del barrio de San José; usuarios del Centro Municipal de Servicios Sociales del barrio, en concreto beneficiarios del servicio de ayuda a domicilio, y usuarios del Centro Salvador Allende, de los talleres de la memoria, 3, que se realizan en este centro de convivencia municipal, situado en el barrio de las Fuentes, contiguo al barrio de San José, al que acuden muchas de las personas mayores del barrio.

Se describen a continuación las características sociodemográficas de los participantes:

TABLA 1. Características Socio-demográficas de los participantes

Género	MUJERES	HOMBRES
Rango de edad		
60-69	15	5
70-79	28	8
80-89	17	11
90-99	1	0
TOTAL	61	24

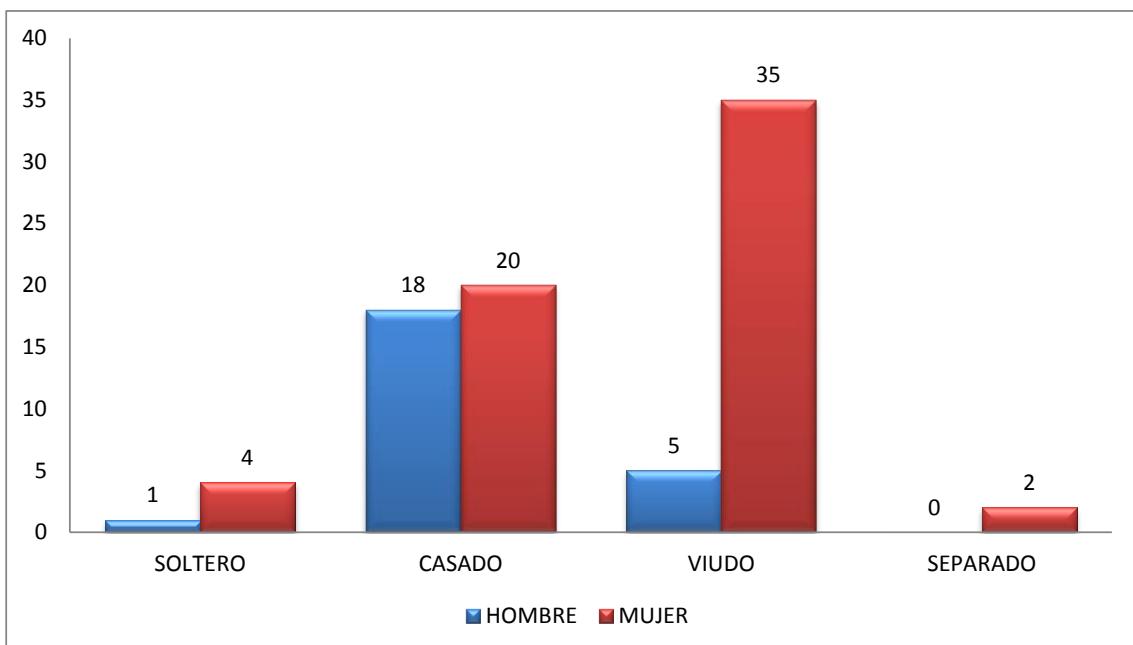


Figura 1. Estado civil de los participantes por género

Los participantes del estudio tienen edades comprendidas entre 62 y 94 años, siendo la media de edad 74,80 años. Con respecto al género 61 han sido mujeres y 24 hombres y en cuanto al estado civil 40 están viudo/as, 38 casado/as, 5 soltero/as y 2 separado/as. En relación al estado civil, posteriormente analizaremos si el tener cónyuge o no tiene relación con la percepción de soledad.

#### **4.2. PROCEDIMIENTO**

Los participantes usuarios fueron contactados, al azar a través del personal del centro de Convivencia Salvador Allende, y concretamente por mediación del director del centro, Javier Casamian, y a través de las trabajadoras sociales de la Empresa CLECE, S.A., que gestiona el servicio de ayuda a domicilio municipal.

El contacto con los participantes se realizó directamente en el Centro de Convivencia Salvador Allende, con los usuarios de los talleres de la memoria, y en visitas domiciliarias para los usuarios del servicio de ayuda a domicilio, previamente programadas.

Se explicó el objeto de los cuestionarios y se realizaron, en el centro, y en el domicilio, en el caso de los usuarios del servicio de ayuda a domicilio municipal, previo consentimiento informado, con una duración aproximada de 20 minutos cada uno.

La realización de los cuestionarios a los participantes se realizó entre los días 17 de marzo y 10 de abril de 2014. Finalizado el periodo de recogida de datos, se llevó a cabo el análisis de los mismos

### **4.3. INSTRUMENTOS**

El primer instrumento, ha sido un cuestionario diseñado *ad hoc* para analizar el tipo de apoyo social informal que mantienen las personas mayores, la relación que mantienen con los vecinos, y el tipo de apoyo que les prestan. Para realizar este cuestionario, nos basamos en distintos instrumentos de apoyo social, como el cuestionario de Duke-Unc (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988), escala MOS de apoyo social (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria, 1991), y escala de Apoyo social percibido adaptada al castellano (Landeta y Calvete, 2002), entre otras. Todos ellos por sí solos, no se adaptaban suficientemente al contexto a estudiar aquí. Por este motivo, se extrajeron los ítems más adecuados.

Así, finalmente el cuestionario constó de 18 ítems, valorados en una escala del 1 al 4, dónde 1 significaba Nunca, 2 Rara Vez, 3 A menudo, 4 Siempre. Los 6 primeros ítems abordaron las fuentes de interacción de las personas mayores; los ítems 7 a 11 abordaron la existencia de interacción con los vecinos; los ítems 12 al 15 abordaron, en el caso de existir ayuda por parte de los vecinos, de qué tipo era ésta. Por último, los ítems 16 al 18 analizaron si los participantes se sentían solos o no, y que rol jugaban los vecinos en el sentimiento de soledad.

El segundo instrumento utilizado, para evaluar la soledad, ha sido la escala estandarizada UCLA(Austin, 1983; Russell, Peplau, y Cutrona, 1980); se trata de una de las escalas mayormente utilizadas para medir de manera global el sentimiento de soledad, como estructura unidimensional. Está

compuesta por dos factores: “Intimidad con otros” y “Sociabilidad”. Existen muchas versiones de esta escala, adaptadas a diversos grupos de población, una de las más utilizadas es la versión 3: una escala de 20 ítems tipo Likert, con una puntuación en cada ítem de hasta 4 puntos. Las preguntas fueron redactadas en negativo e indican la frecuencia de lo que sintieron yendo desde la valoración “nunca” hasta “siempre”.

## 5. RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos a partir de los objetivos planteados.

Los datos sociodemográficos recogidos en los cuestionarios, con un total de 85 personas encuestadas, 61 son mujeres y 24 hombres; la franja de mayor edad corresponde a 70 y 79 años en mujeres (28) y entre los 80 y 89 años de edad en los hombres (11). (ver Figura 2.)

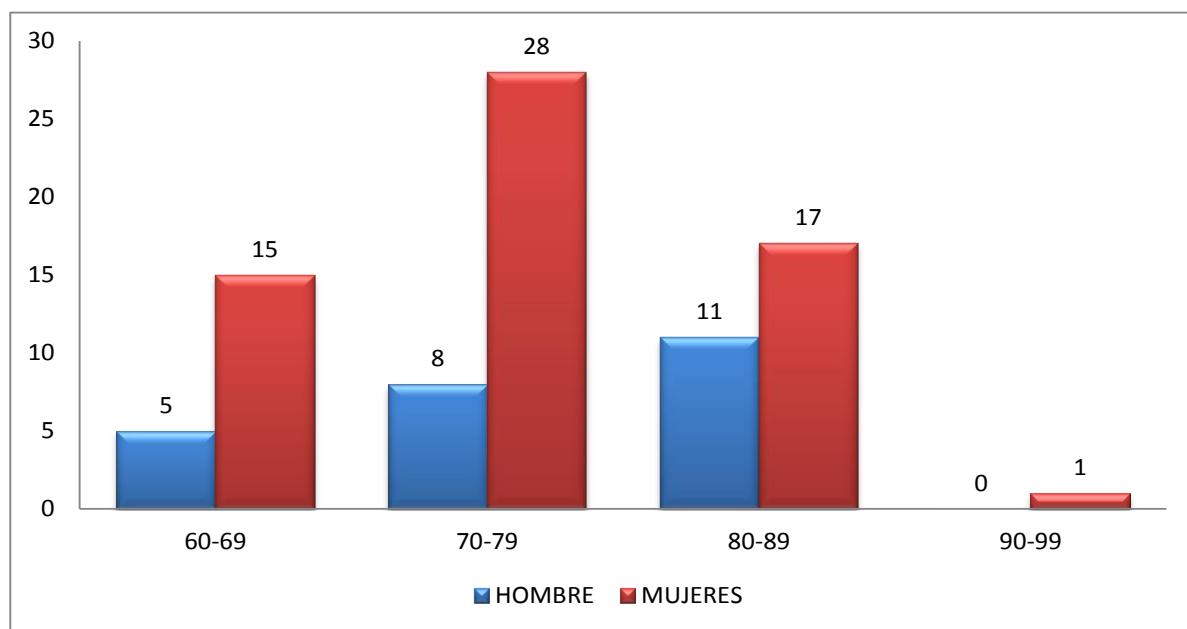


Figura 2. Edad-Sexo

En relación al estado civil, de los encuestados, ver Figura 3; de las 61 mujeres encuestadas 4 estaban solteras; 20 casadas, 35 viudas y 2 separadas. Y en relación a los hombres 1 estaba soltero, 18 casados, 5 viudos, y ninguno separados del total de hombres encuestados que eran un total de 24. (ver Figura 3).

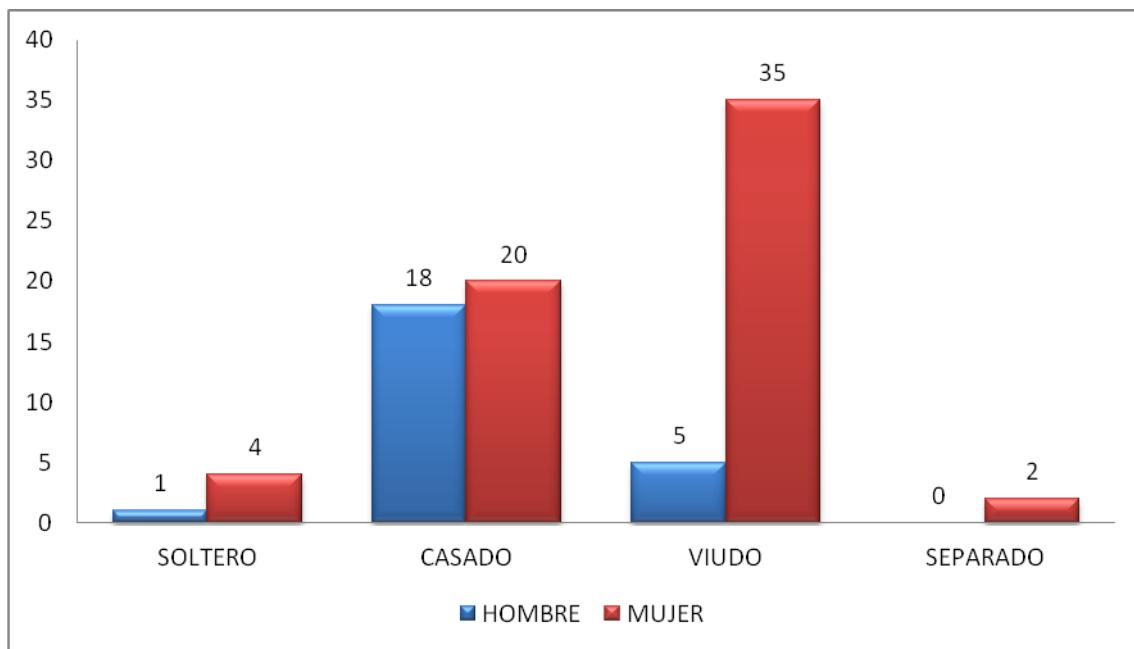


Figura 3.Estado Civil

El porcentaje más alto corresponde a viudos/as, con un 47,10%, el 44.7% de los encuestados estaría casado, le sigue el 5,9% de solteros y por último 2,3% está separado o divorciado.

En cuanto al nivel de estudios los resultados presentan que tanto hombres como mujeres 2 (hombres y (2) tienen estudios superiores, (4) mujeres y (3) hombres, estudios secundarios ; básicos (32) mujeres , frente a(12) hombres, y por último en estudios inferiores /básicos son(23) mujeres y (7) hombres, Los datos reflejan que muy pocos 6 de las 61 entrevistadas han tenido una formación más amplia incluso universitarias, y en los hombres (5) ocurre lo mismo. Es plausible la baja formación tanto en hombres como mujeres. (ver Figura 4.)

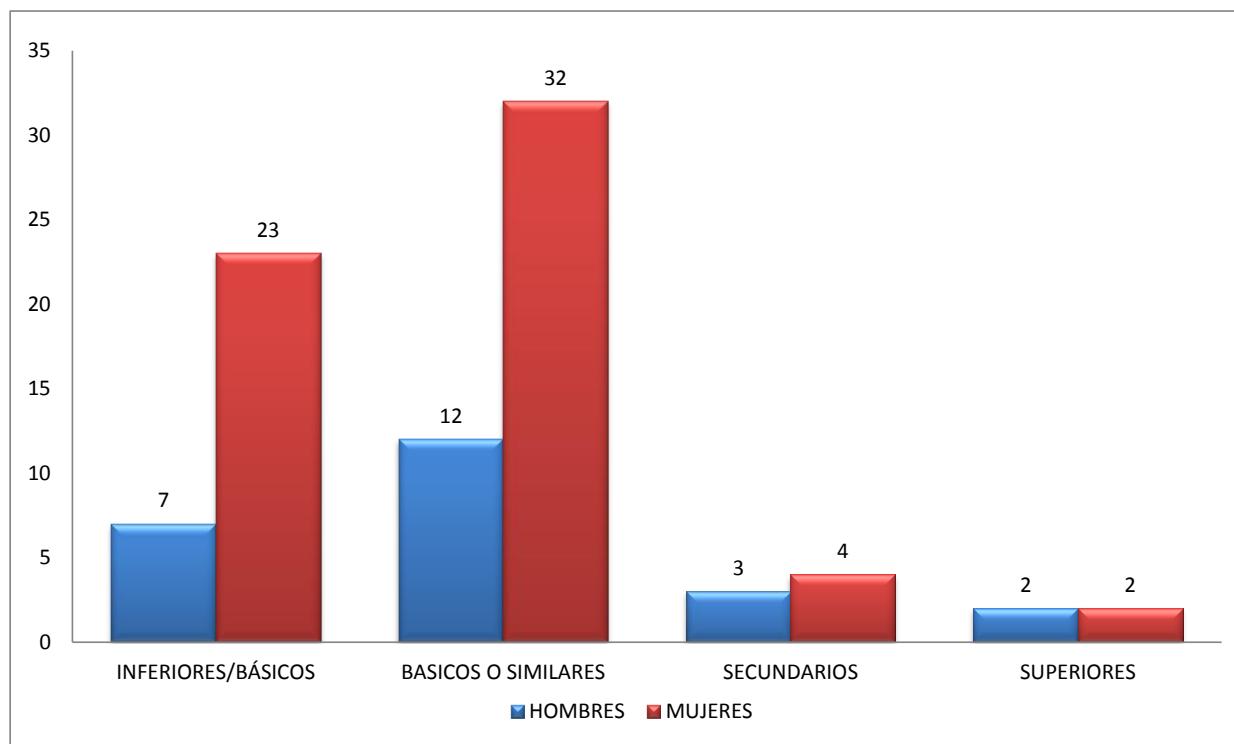


Figura 4. Nivel de Estudios

Para analizar el apoyo social informal de las personas mayores, centrado en el rol de los vecinos.

La primera cuestión que se planteó en el cuestionario para valorar el apoyo social informal vecinal fue:

1.-Recibe invitaciones de sus amistades para salir y distraerse: a la cual las respuestas fueron 42.6 % de las mujeres siempre reciben invitaciones con respecto al 29.2 % de los hombres. A menudo el 41.7% de hombres y 32.8 % de mujeres la respuesta fue a menudo. No hubo ninguna hombres cuya respuesta fuese (nunca) recibe invitaciones. (ver Figura 5.)

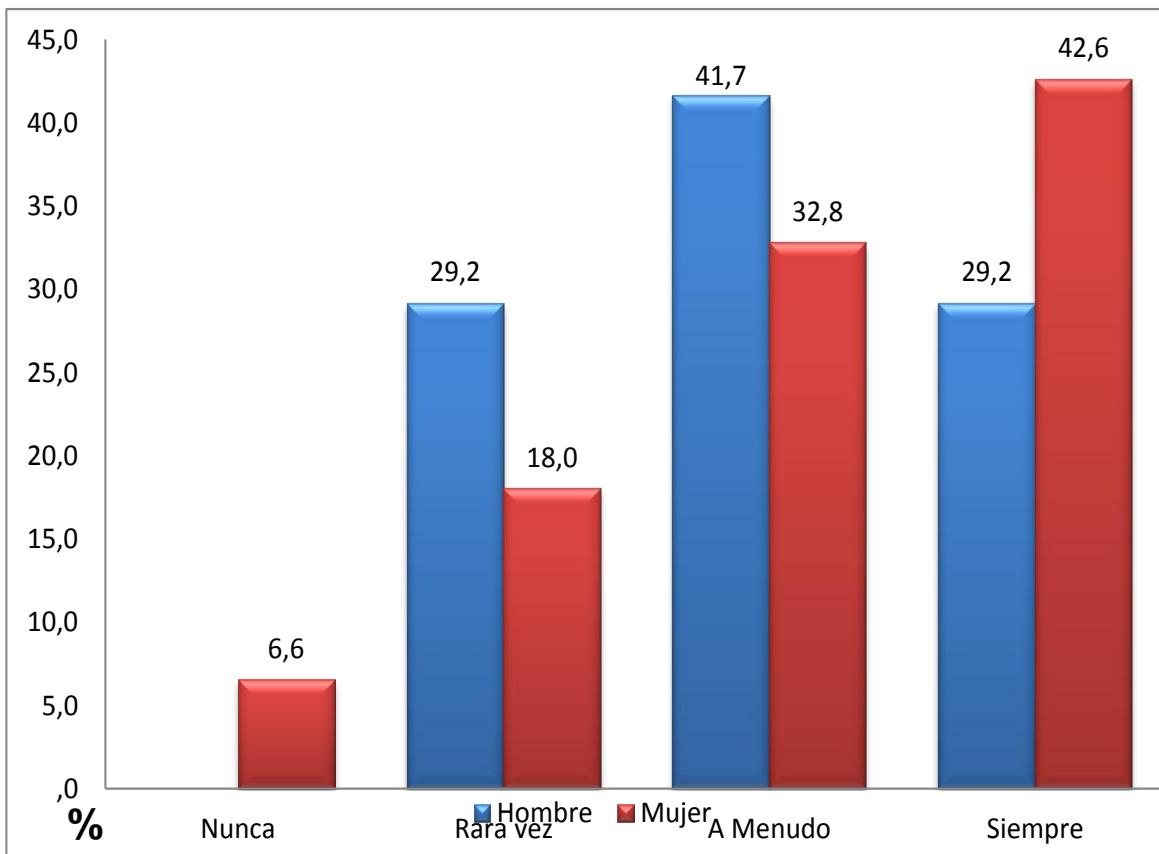


Figura 5. Recibe invitaciones de sus amistades para salir y distraerse.

A la pregunta si las personas mayores contactan con otros miembros de la familia, el porcentaje obtenido en mujeres 73,8% (Siempre), frente al 50 % de los hombres. A menudo en mujeres 21,3% y en hombres 37.5%, cabe señalar que tanto en hombres como mujeres no respondió ninguno que nunca contacta con miembros de la familia (ver Figura 6).

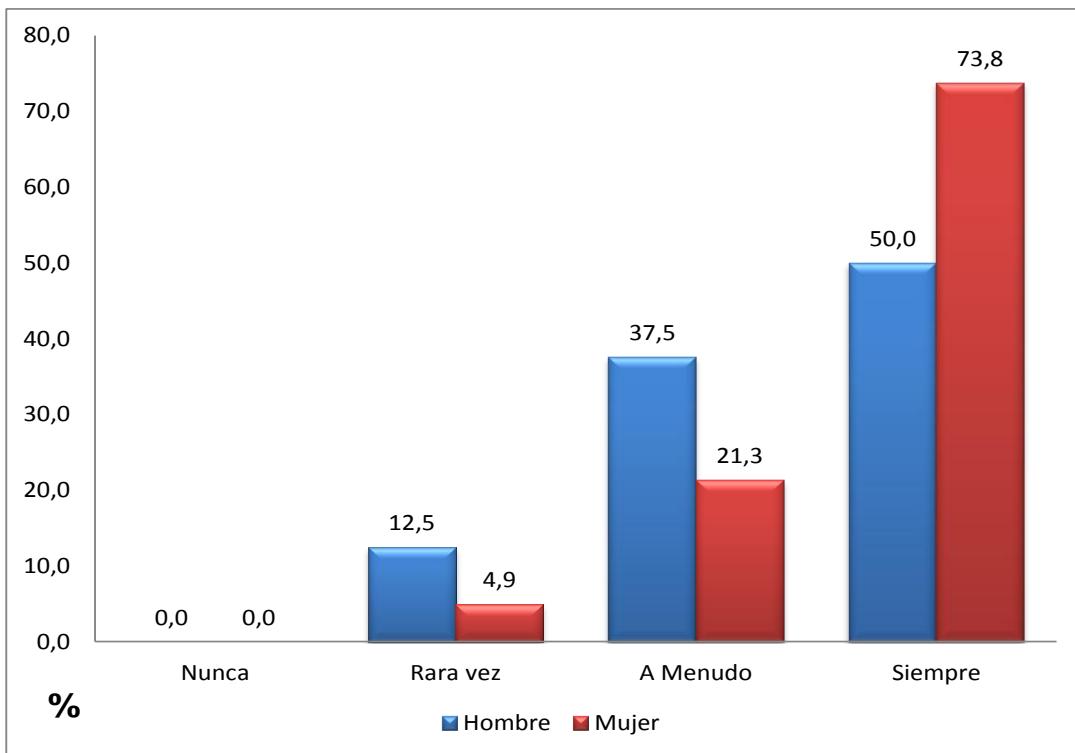


Figura 6. Contacto con otros miembros de su familia.

En cuanto a la cuestión sobre sí acuden a actividades que se realizan en el barrio.

Las respuestas han sido; en mujeres el 34,4 % nunca, frente a 12,5% de los hombres, rara vez 29,5 % de mujeres, así como el 33,3% en hombres. A menudo y siempre los porcentajes en mujeres han sido muy parecidos 19,7% y 16,4% respectivamente, en hombres A menudo 33,3% así como el 20,8% siempre en hombres. (*ver Figura 7.*)

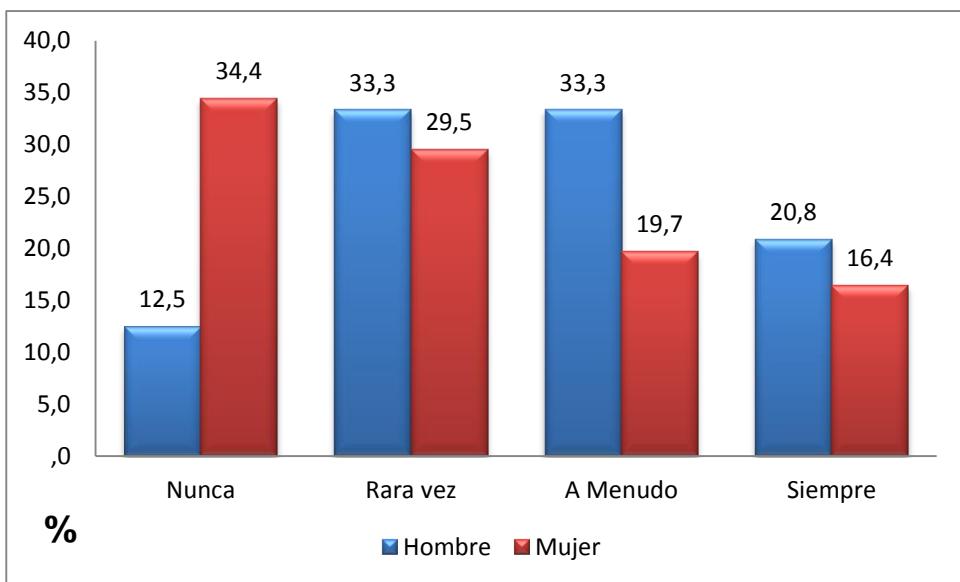


Figura 7. Acuden a realizar actividades en el barrio

La pregunta si realizan actividades con sus nietos.

Los datos obtenidos con respecto a esta pregunta son que el 41% de las mujeres nunca realiza actividades con sus nietos así como el 25% que tampoco realiza actividades, sólo el 33,3% de los hombres realiza siempre actividades con respecto al 19,7% de las mujeres. (ver Figura 8.)

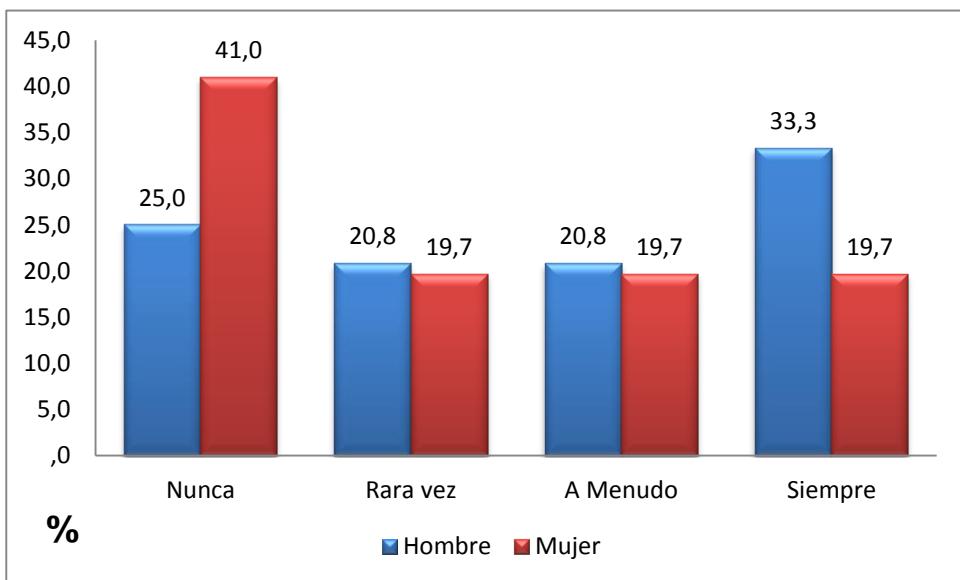


Figura 8. Realizar actividades con nietos.

A su vez en relación a si reciben ayuda de sus hijos/as, cuando tienen un problema de cualquier tipo.

Vemos que la gran mayoría, tanto hombres como mujeres refieren que siempre reciben ayuda de sus hijos/as, concretamente un 77% en el caso de las mujeres y un 62,5% en el caso de los hombres. Por el contrario un 12,5% de los hombres y un 11,5% de las mujeres manifiesta que nunca. (ver Figura 9.)

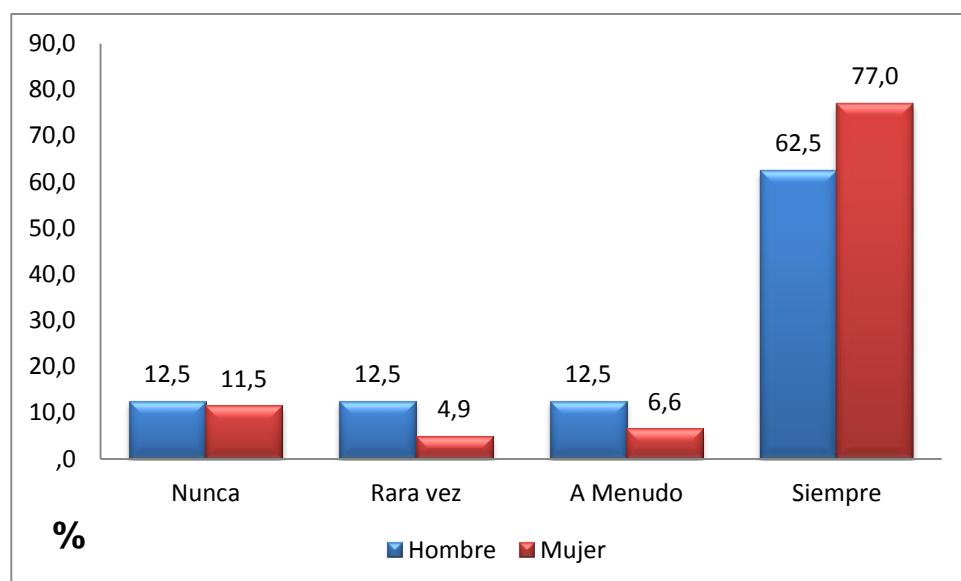


Figura 9. Recibe ayuda de sus hijos/hijas cuando tiene un problema

#### El contacto con los vecinos.

El mayor porcentaje tanto de hombres como de mujeres, refiere que siempre mantiene contacto con sus vecinos, siendo mayor el porcentaje de las mujeres que el de los hombres, seguido por a menudo y rara vez, en estos casos el porcentaje de los hombres es mayor que el de las mujeres. Ni hombres ni mujeres han contestado que nunca mantienen contacto con sus vecinos, por lo que entendemos que existe contacto con los vecinos en nuestra muestra. (ver Figura 10.)

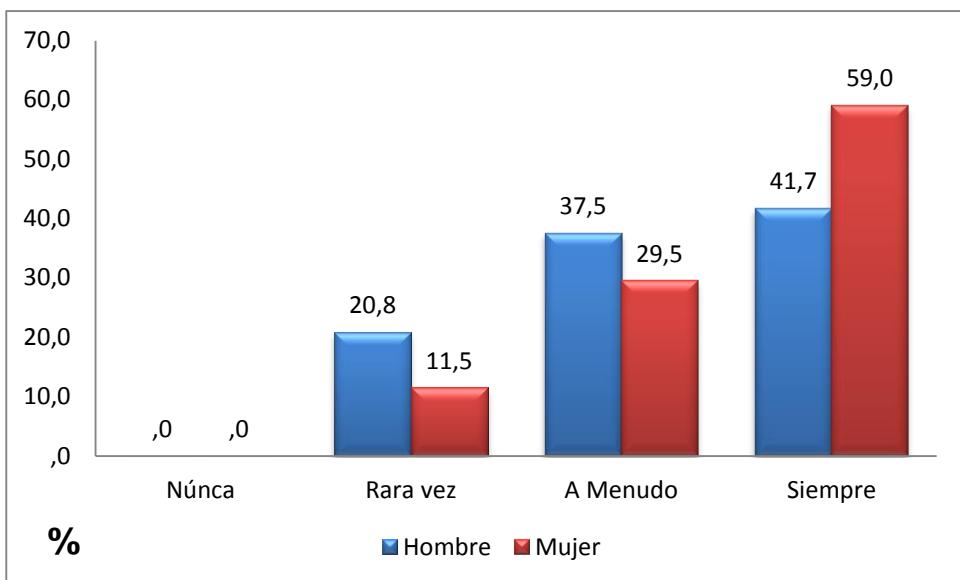


Figura 10. Porcentaje de contacto con sus vecinos

Con que frecuencia piden ayuda a los vecinos.

La respuesta es menor, pues la gran mayoría tanto de hombres como de mujeres rara vez lo hacen o nunca. Concretamente el 50% de los hombres encuestados rara vez lo hace, frente al 45,9% de las mujeres, y el 29,2% de los hombres nunca lo hace, frente al 27,9% de las mujeres. Por el contrario 4 de cada 61 mujeres piden siempre ayuda a sus vecinos y 1 de cada 24 hombres. (ver Figura 11).

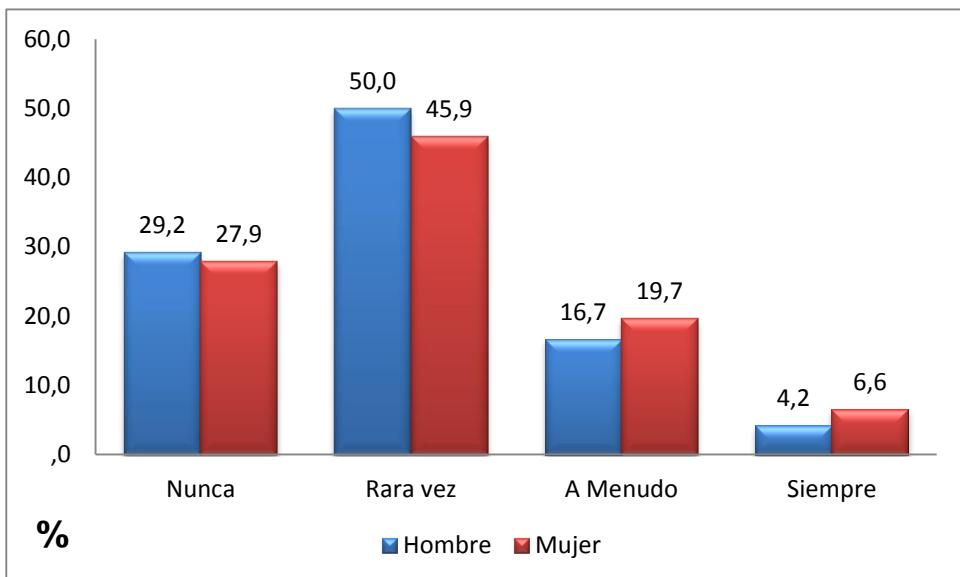


Figura 11. Frecuencia que pide ayuda a sus vecinos

### La satisfacción del apoyo vecinal:

37 mujeres de cada 61, y 10 hombres de cada 24 contestan que siempre están satisfechos con el apoyo recibido de sus vecinos, siendo la gran mayoría de los encuestados. En general la gran mayoría contestan siempre o a menudo, concretamente un 78,7% de las mujeres y un 75% de los hombres, (ver Figura 12.)

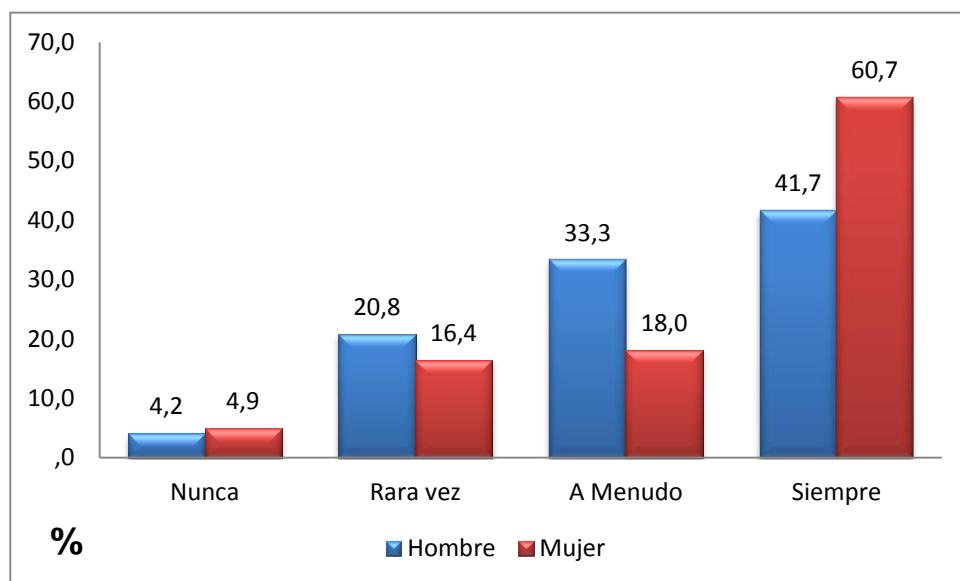


Figura 12. Grado de Satisfacción del apoyo vecinal ante cualquier problema o dificultad

A la pregunta si reciben invitaciones de sus vecinos para salir, distraerse o cualquier actividad que les guste.

Sin embargo, la gran mayoría responde nunca o rara vez. 29 de cada 61 mujeres responde nunca, y 17 de cada 61 rara vez. Y en el caso de los hombres 11 de cada 24 responde nunca, y 8 de cada 24 rara vez. Entre ambos géneros es mayor el porcentaje de hombres, un 79,1% que nunca o rara vez recibe invitaciones de los vecinos, frente a un 75,4%. En cambio en el porcentaje de los encuestados que siempre reciben invitaciones de los vecinos, es mayor el porcentaje de las mujeres, 11,5%, que el de los hombres, 4,2%. En general vemos que el porcentaje es mayor en los hombres en las respuestas intermedias que el de las mujeres (ver *Figura 13*).

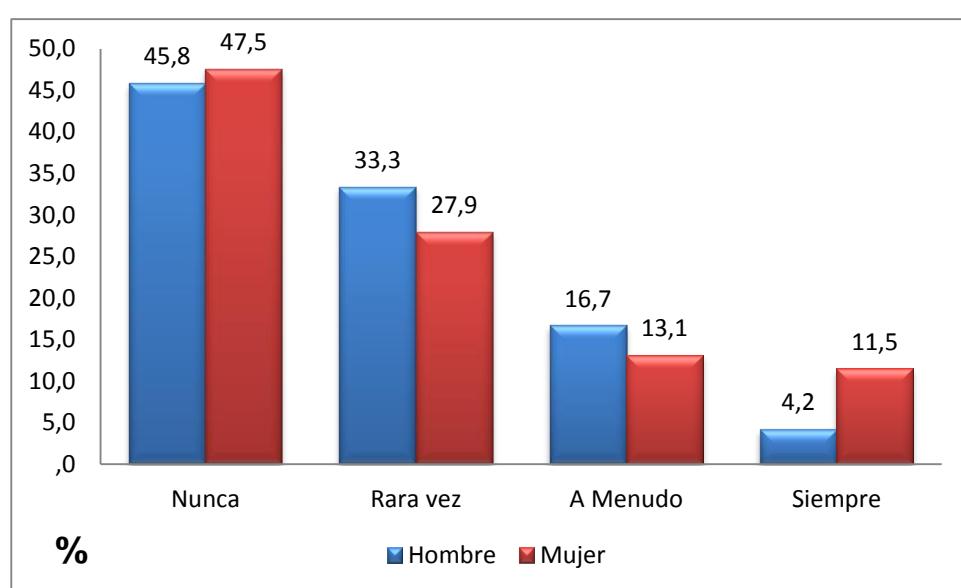


Figura.13. Invitaciones de los vecinos para salir, distraerse o realizar actividades.

La participación junto a sus vecinos en alguna actividad que se lleve a cabo en el barrio.

Vemos que los porcentajes se repiten al igual que en la pregunta anterior. La gran mayoría responde nunca o rara vez. Pues 38 de cada 61 mujeres responde nunca, y 12 de cada 61 rara vez. Y en el caso de los hombres 12 de cada 24 responde nunca, y 8 de cada 24 rara vez. Entre ambos géneros es mayor el porcentaje de hombres, un 83,3% que nunca o rara vez recibe invitaciones de los vecinos, frente a un 82%. En este caso los porcentajes están muy igualados. En cambio en el porcentaje de los encuestados que participa en actividades del barrio con los vecinos, es mayor el porcentaje de las mujeres, 13,1%, que el de los hombres, 4,2%. En general vemos que el porcentaje es mayor en las mujeres en las respuestas siempre y/o nunca que el de los hombres, y el de los hombres en las respuestas rara vez o a menudo (*ver Figura 14*).

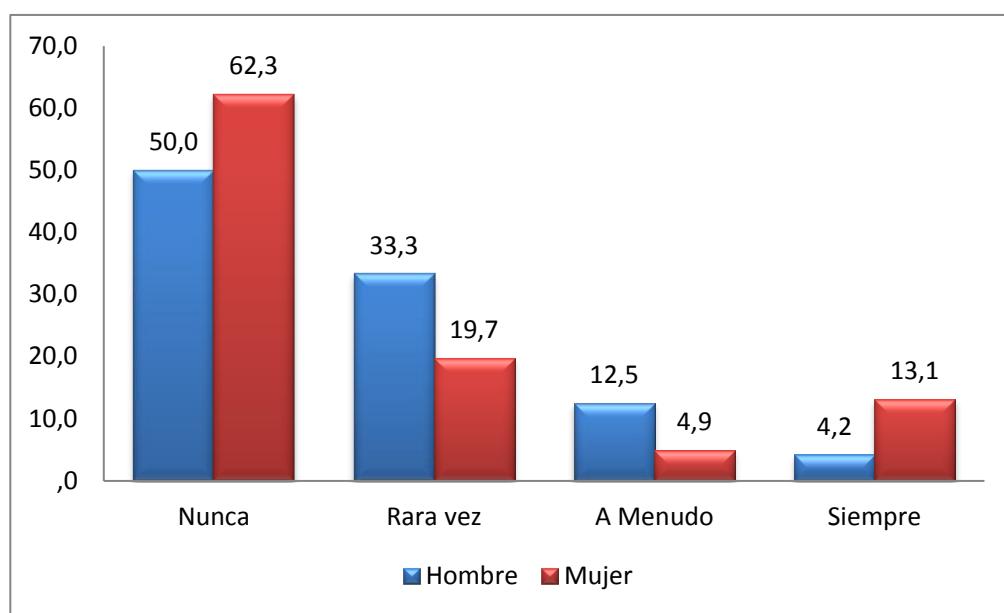


Figura 14. Participación de actividades junto a los vecinos en el barrio.

## Acude a reuniones vecinales.

La gran mayoría de los encuestados asociaba estas reuniones con la reuniones de la comunidad de vecinos del edificio dónde viven, a lo cual referían en su gran mayoría que siempre, siendo un poco mayor el porcentaje de mujeres, 50.8%, frente al 50.0% de los hombres. La otra mitad se reparte entre las otras 3 respuestas, siendo mayor el porcentaje de hombres que responde a menudo, y mayor el de mujeres que responde rara vez o nunca. (ver Figura 15).

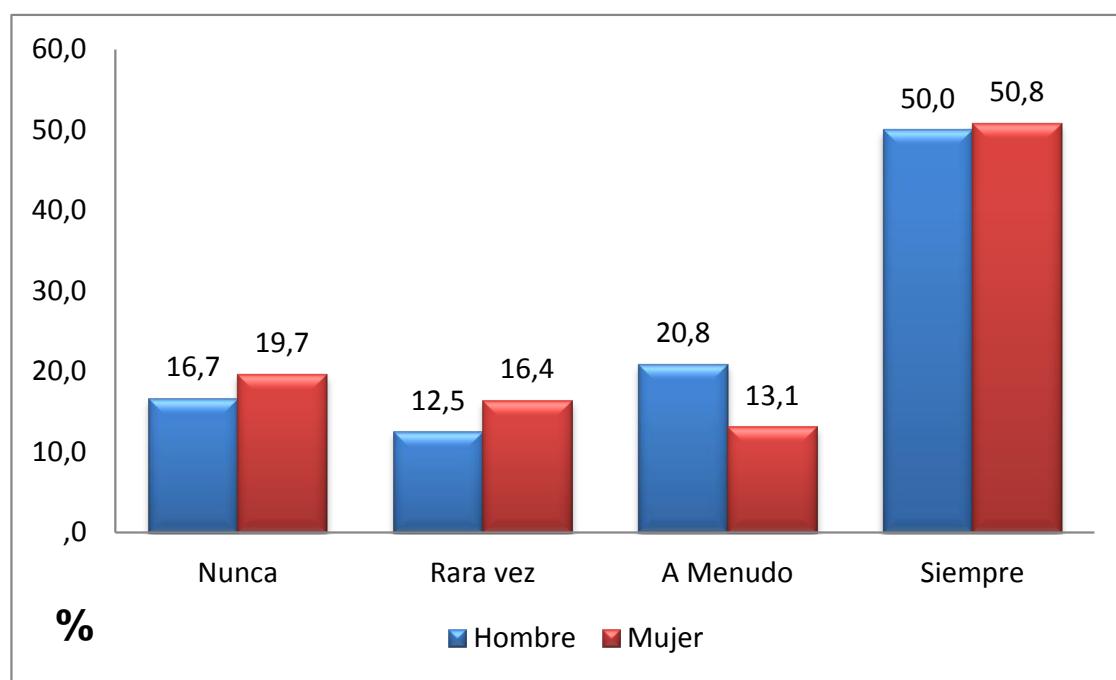


Figura 15. Reuniones vecinales.

Solicita ayuda a algún vecino para la preparación de la comida en el caso de no poder hacerla por uno mismo

Vemos que la gran mayoría, tanto de hombres como de mujeres, responde que nunca o rara vez. En el caso de las mujeres 25 de cada 61 responde nunca, y 18 de cada 61 responde rara vez. En el caso de los hombres 8 de cada 24 responde nunca y 10 de cada 24 responde rara vez. Sólo 14 de cada 61 mujeres responde siempre, un 23%, y 3 de cada 24 hombres, un 12.5%. (ver Figura 16).

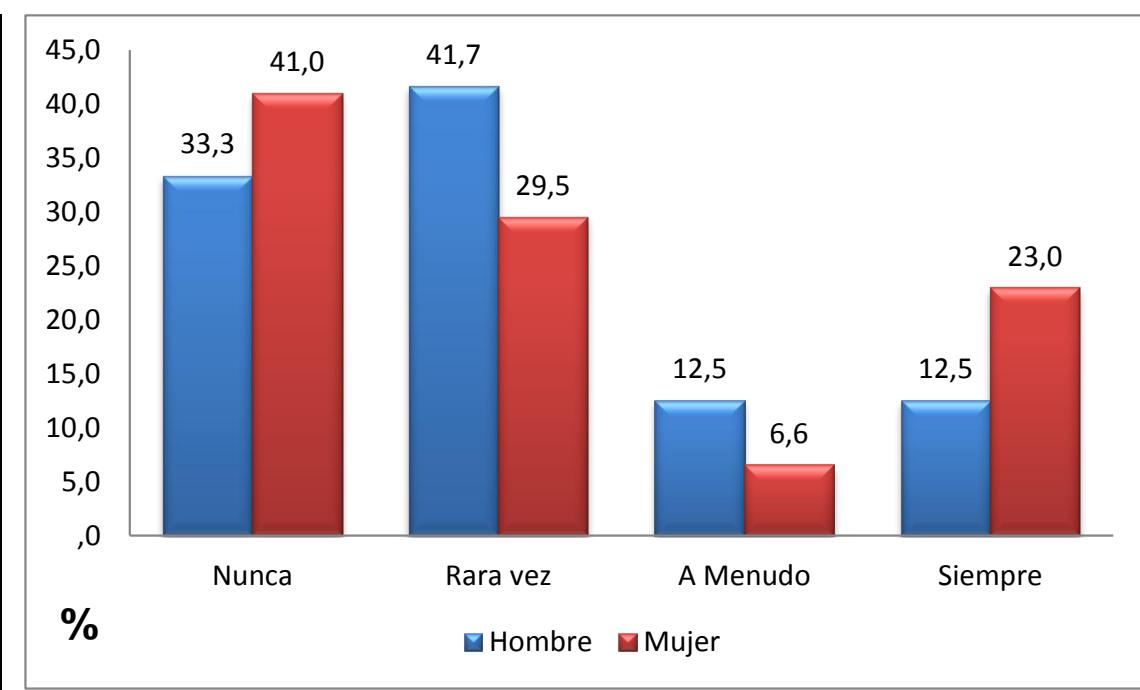


Figura 16. Pedir ayuda a los vecinos

En el caso de estar enfermo o postrado en cama pediría ayuda a los vecinos

Las respuestas se repiten. La gran mayoría, tanto de hombres como de mujeres, responde que nunca y otro gran porcentaje contesta rara vez. En el caso de las mujeres 25 de cada 61 responde nunca, y 22 de cada 61 responde rara vez. En el caso de los hombres 10 de cada 24 responde nunca y 6 de cada 24 responde rara vez. Sólo 13 de cada 61 mujeres responde siempre, un 21,3%, y 4 de cada 24 hombres, un 16,7%. En este sentido el porcentaje aquí es un poco menor en las mujeres, que en la pregunta anterior (pedir ayuda para preparar la comida), y en el caso de los hombres por el contrario es un poco mayor aquí que en el anterior. (*ver Figura 17.*)

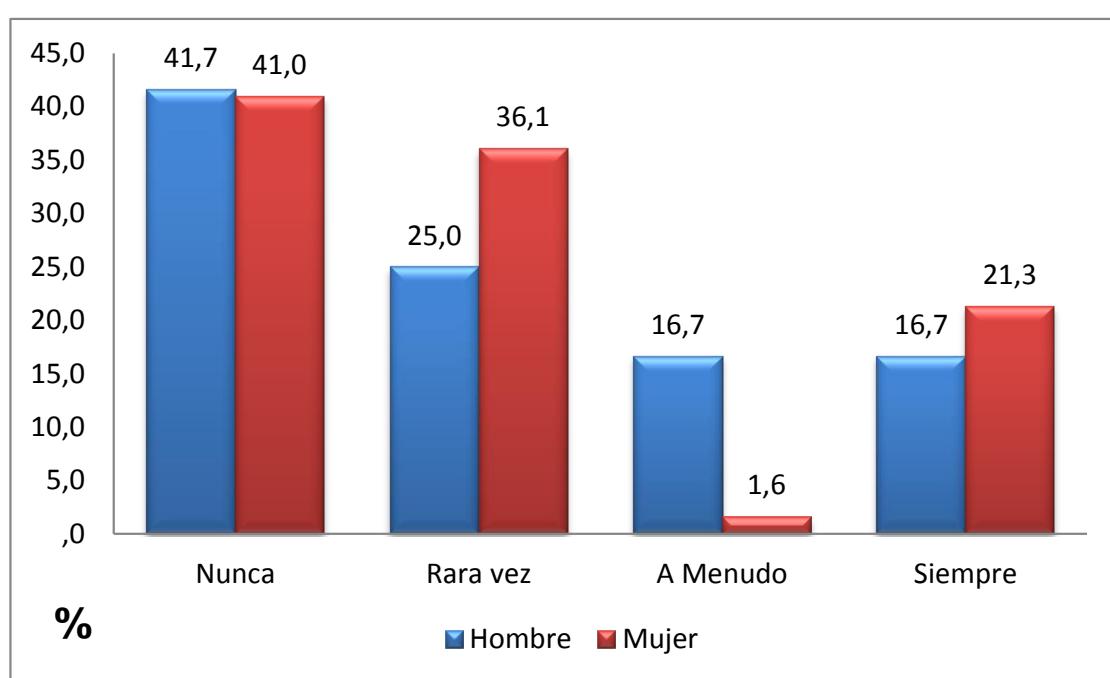


Figura 17. Ante una enfermedad acuden sus vecinos

## La pregunta sobre pedir consejo a los vecinos

Nuestros encuestados rara vez o nunca pedirían consejo a sus vecinos. 11 de cada 24 hombres lo harían rara vez, y 9 de cada 24 nunca. En el caso de las mujeres 19 de 61 rara vez lo harían y 17 de cada 61 nunca. Aunque los porcentajes son mayores en el caso de estas respuestas negativas, en el caso de las mujeres los porcentajes son relativamente parecidos y oscilan entre un 18%, siempre pedirían consejo a sus vecinos, un 23% a menudo, un 31.1% rara vez y un 27.9% nunca. En el caso de los hombres la respuesta es clara y un 83.3% nunca o rara vez pedirían consejo, frente a un 12.5% que siempre. (ver Figura 18.)

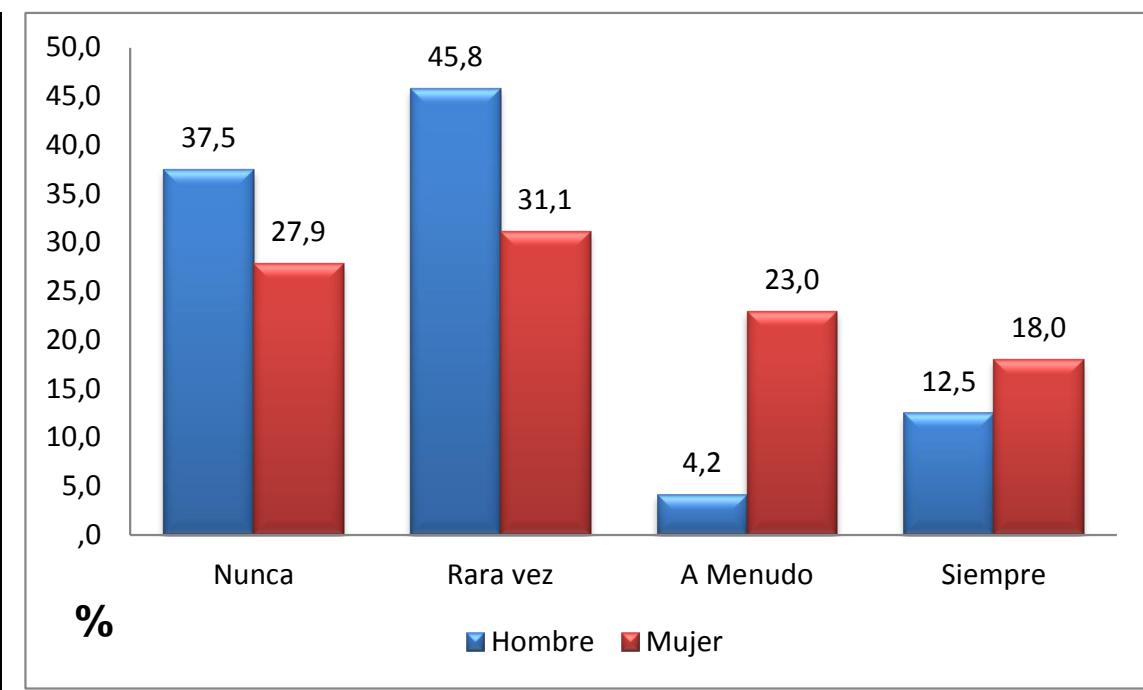


Figura 18. Pedir consejo o hablar con los vecinos

## En cuanto dejar las llaves a un vecino

Actividad relacionada a nuestro parecer con la intimidad, la mayoría de mujeres y hombres dejaría las llaves a sus vecinos. En concreto 31 mujeres el 50,8% de cada 61 mujeres lo haría y 8 hombres o bien el 33,3% de cada 24 hombres también, dejarían las llaves a sus vecinos. (*ver Figura 19.*)

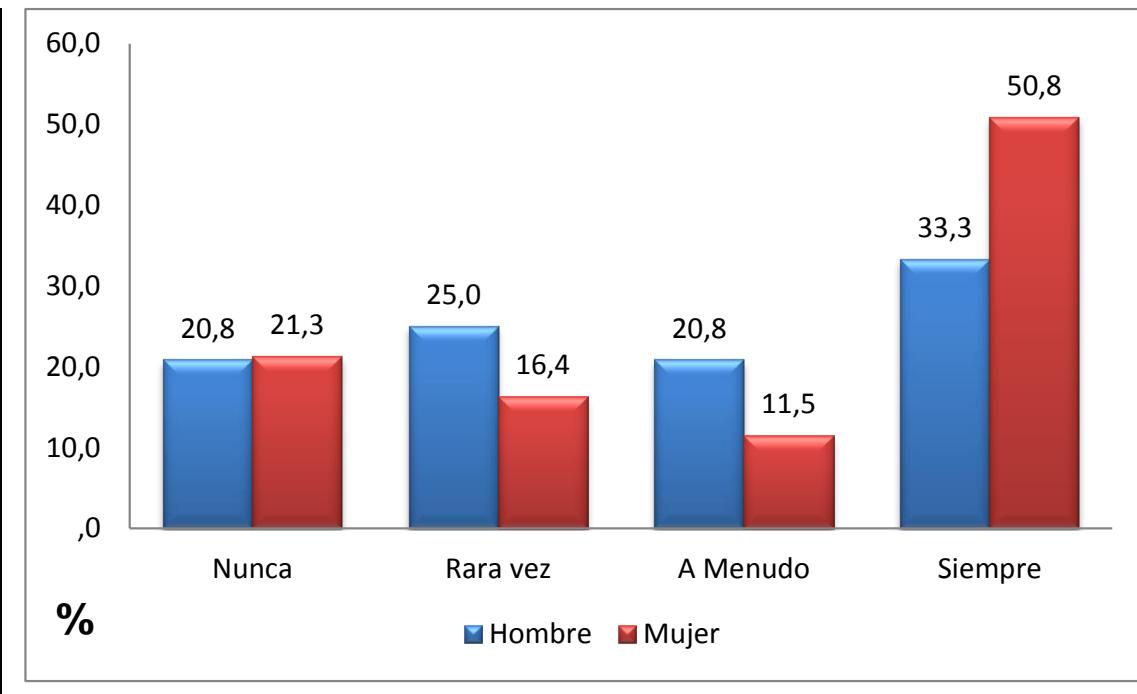


Figura 19. Dejar las llaves a los vecinos.

El mantener una relación con sus vecinos le ayuda a sentirse menos solos.

La mayoría responde siempre y a menudo. 12 de cada 24 hombres responde siempre y 8 de cada 24 responde a menudo, siendo un porcentaje total de 83,3%. En el caso de las mujeres 29 de cada 61 responde siempre, un porcentaje menor que en el caso de los hombres, y 16 de cada 61 responde a menudo, siendo el total de 73,7%. (*ver Figura 20*).

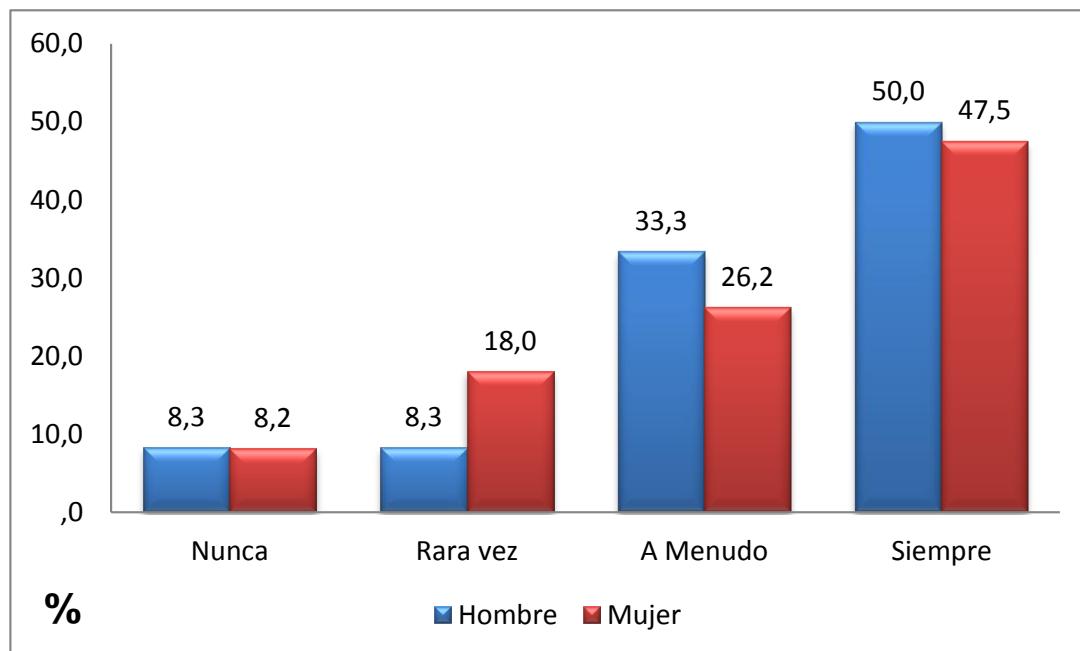


Figura 20. Mantener relación con los vecinos unido a no estar solo

Es el apoyo social informal el único que reciben:

Las personas mayores encuestadas responde en su gran mayoría que nunca o rara vez, siendo sólo 3 de cada 24 hombres los que responden siempre y 4 de 61 mujeres. En general 11 de cada 24 hombres responden nunca y 8 de cada 24 rara vez. En el caso de las mujeres 35 de cada 61 responden siempre y 14 de cada 61 rara vez. (ver Figura 21).

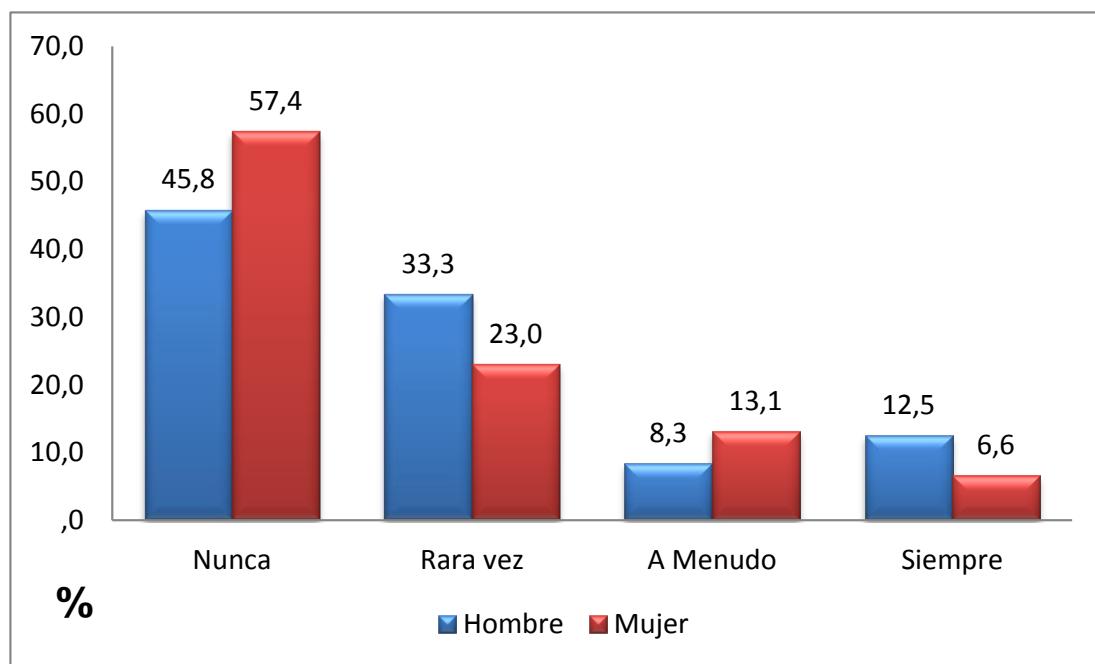


Figura 21. Apoyo de los vecinos

En el caso de no tener familia, si solicitarían apoyo o alguna ayuda a sus vecinos.

La gran mayoría de hombres y mujeres encuestadas responden que siempre, a menudo o rara vez, siendo sólo 2 de cada 61 mujeres las que contestan que nunca y 4 de cada 24 hombres. En el caso de las mujeres es mayor la respuesta rara vez, 21 de cada 61, y en el caso de los hombres siempre, 8 de cada 24. (ver Figura 22).

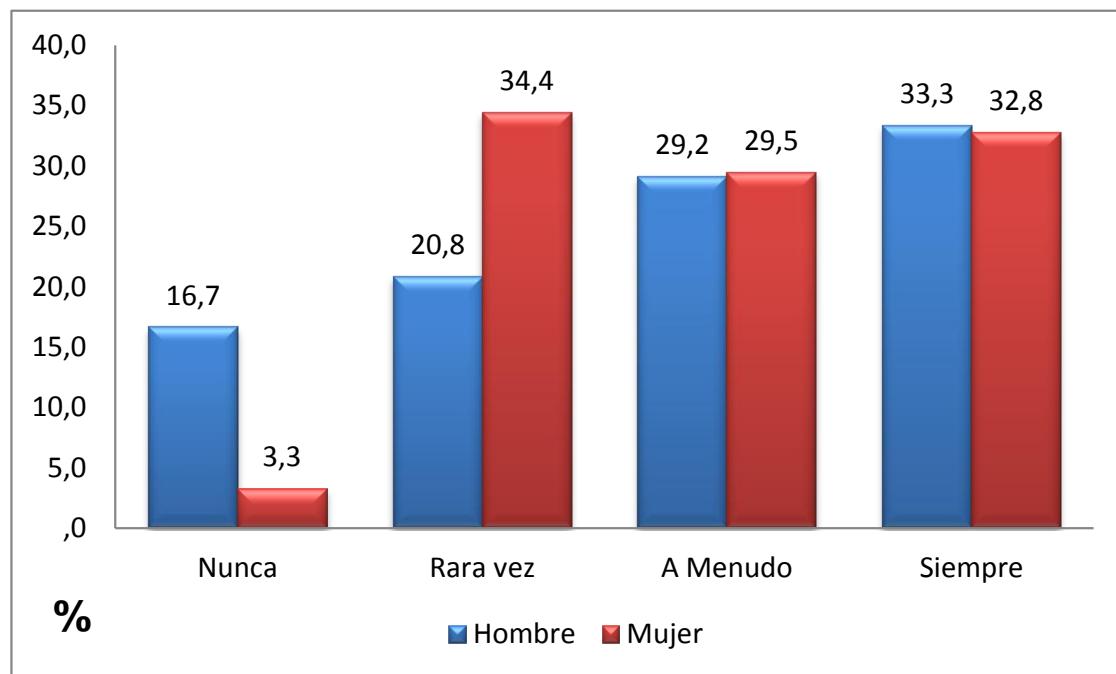


Figura 22. Solicitar ayuda en el caso de no tener familia

En relación a la media del apoyo informal del total de las personas encuestadas, los valores se encuentran entre 1.50 de mínimo, y de máximo 3.89, siendo la media de 2.60, no es un valor muy significativo.

Cuando contrastamos dos variables como sexo (hombre /mujer) con su estado civil (con cónyuge o sin él) no existe diferencias sustanciales en el dato que refleja el Chi Cuadrado de Pearson el valor que refleja es un frecuencia esperada inferior a 5 con lo cual no existen diferencias sustanciales entre, las 41 mujeres sin cónyuge frente a 20 que si lo tienen, o bien los 6 hombres sin cónyuge al lado de los 18 hombres casados.

Los contrastes entre nivel de estudios y sexo, tampoco llega a ser significativo, resulta que la mayoría tanto hombres como mujeres han cursado estudios básicos, (32 mujeres frente a 12 hombres); inferiores (23 mujeres frente a 7 hombres), el número de mujeres que ha estudiado secundaria es de 4 mujeres frente a 3 hombres) y para terminar que hayan terminado estudios superiores aquí son (2 mujeres y también 2 hombres).

La franja de edad en relación al estado civil se resumiría:

El mayor porcentaje (48.9%) de personas sin pareja estaría dentro de la franja de edad comprendida entre 70 a 79 años. Con un total de 23 encuestados. Seguidamente de (44,7%) aquí se equipara los resultados entre la franja de edad de 60-69 con 17 encuestados con cónyuge, así como entre 70 y 79 otro (44.7%). El (40,4%) entre la franja de edad de 80-89 que corresponde principalmente a 19 encuestados sin cónyuge. El resto de valores no resultó estadísticamente significativo.

En relación a la diferencia de apoyo social informal por soledad y edad observamos que en el tramo de edad de 90 a 99 años la media soledad es menor y al mismo tiempo la media del apoyo social informal en este tramo también es menor que en los otros tramos de edad. El porcentaje mayor de apoyo social informal es en el tramo comprendido entre los 70-79 años. (ver Figura 23).

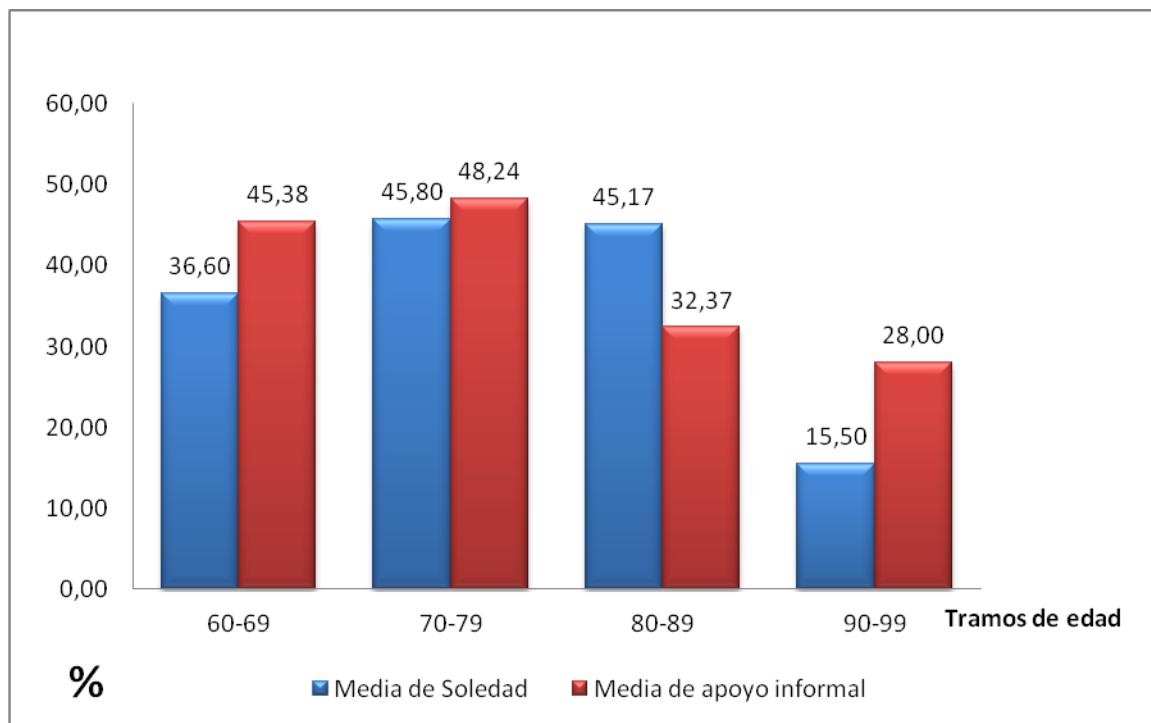


Figura 23. La diferencia de apoyo social informal por soledad y edad.

Nota. Prueba de diferencias de medias Kruskal-Wallis.

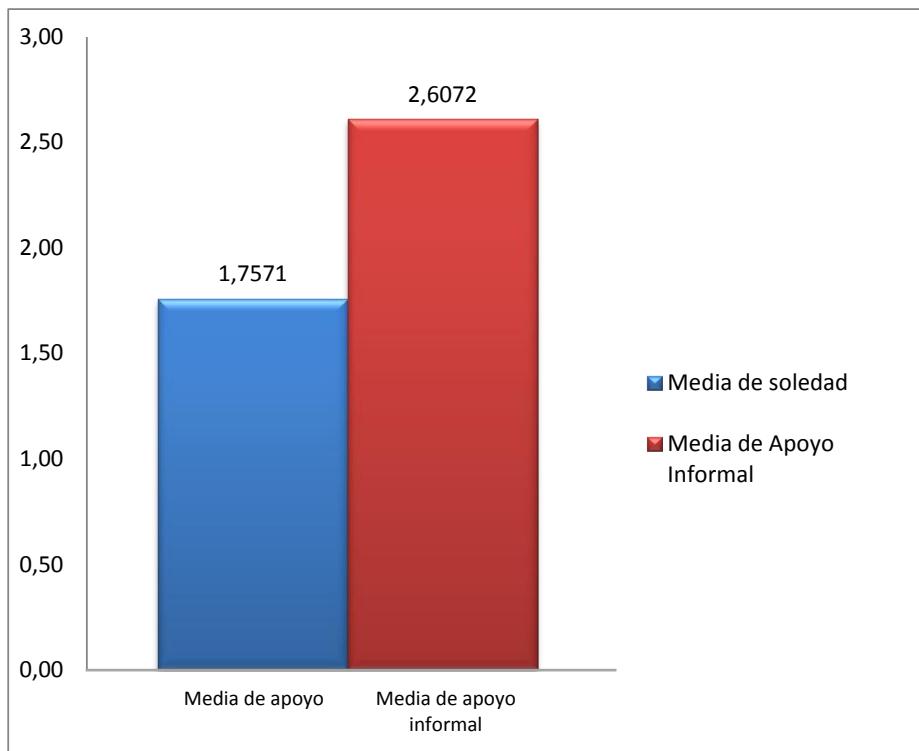


Figura 24. Media de Soledad/Apoyo informal

En los resultados obtenidos en el estudio no existe unas diferencias estadísticas significativas ( $U$  de Mann-Whitney;  $p < 0.106$ ) entre las personas encuestadas que todavía están casadas (número de personas con cónyuge son 38 del total de encuestados) frente a los que no tienen pareja que son un número mayor (47 personas encuestadas de un total de 85 no tienen pareja). Es decir, el estar con o sin pareja no influye en sentirse más o menos solo/a.

## **6. CONCLUSIONES**

Este estudio ha abordado de forma exploratoria el apoyo social informal vecinal, sobre las personas mayores, en el contexto del barrio de San José de Zaragoza. A partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que la gran mayoría de los encuestados siempre mantiene contacto con sus vecinos. De este modo, esto se asocia al sentimiento de soledad, pues la mayoría responde que mantener una relación con los vecinos les ayuda a sentirse menos solos. No obstante, a la hora de recibir apoyo informal éste suele provenir principalmente del entorno más cercano, como la familia.

En relación a los datos sociodemográficos de la muestra; la mayoría de los encuestados han sido mujeres, y la media de edad ha sido de 74,80 años. En concreto, las mujeres estarían en el intervalo entre 70-79 años, más jóvenes que los hombres, que estarían en el intervalo de 80-89 años. Siguiendo con la muestra, la mayoría de las mujeres son viudas, y por el contrario, la mayoría de los hombres están casados. En cuanto al nivel de estudios, en el caso de los hombres predominaba al igual que en las mujeres, los estudios básicos o similares, seguido de los estudios inferiores y, cuando hablamos de estudios secundarios y superiores los porcentajes son muy bajos.

Siguiendo con el apoyo social informal familiar, hemos visto que la gran mayoría, tanto hombres como mujeres reciben siempre ayuda de sus hijos cuando tienen un problema de cualquier tipo. A su vez, prefieren acudir a la familia cuando necesita ayuda, o bien reciben ayuda de la familia antes que de los vecinos, y sólo en el caso de no tener familia, sí pedirían ayuda a los vecinos.

Con respecto a la frecuencia con que piden ayuda a sus vecinos, ésta es pequeña pues, tanto hombres como mujeres rara vez lo hacen. Cuando piden ayuda a los vecinos, las mujeres, en temas más relacionados con el rol de ama de casa, como puede ser "hacer la comida", en un porcentaje muy alto, piensan que nunca pedirían ayuda, y tanto a hombres como a mujeres les costaría mucho pedir ayuda a los vecinos si estuviesen postrados en cama, en cambio a la hora de dejarles las llaves, la gran mayoría de los encuestados sí lo haría.

Tanto el apoyo que reciben de los vecinos, como la relación con otros miembros de su familia, o con vecinos, es alto. No existen diferencias sustantivas entre hombres y mujeres. Los hombres reciben más invitaciones de amigos que las mujeres.

En las mujeres es mayor el porcentaje que no realizan actividades con los nietos, siendo mayor el número de mujeres que el de los hombres que tampoco realizan actividades con sus nietos, pero estos últimos, en cambio realizan actividades con sus nietos en un porcentaje mayor que el de las mujeres.

Por otro lado existe una baja participación en las actividades que se realizan en el barrio. La diferencia entre hombres y mujeres no es muy significativa con respecto a ser partícipes de actividades.

En cuanto a la soledad la suma 35, se encuentra cerca del parámetro para personas mayores pasado por Russel 30.5, por lo que la muestra se encuentra en el promedio.

Los estudios de soledad desde la década de los 60 hasta la actualidad han sufrido cambios.

- a) Primero se consideraba que estaba referida exclusivamente a sujetos sin un grupo familiar definido y en muchas ocasiones por ambientes marginales.
- b) Posteriormente autores como Peplau y Caldwell (1978) consideran que el sentimiento de soledad se define como consecuencia de que las relaciones sociales logradas por una persona, son menos numerosas y satisfactorias de lo que ella desea, fenómeno particularmente influyente en las personas mayores estos mismos autores discuten cuáles son los factores que causan esta sensación o sentimientos al alterar las relaciones sociales deseadas, considerando posibles factores a la muerte, enfermedad, aburrimiento, abandono, etc. Incluso la falta de amor y la ruptura de relaciones provocadas por causas diversas provoquen esta sensación de abandono, de soledad (Klein, 1982).

## **6.1. LIMITACIONES**

El tiempo dedicado a esta investigación ha sido muy limitado, la población a la que se administró los cuestionarios, en general, fueron reacios a contestar. También, en algunos casos se tuvo que leer la pregunta, pues tuvieron dificultades de comprensión sobre algunas cuestiones, lo cual puede señalar la utilidad de otros métodos para recoger información sistemática en las personas mayores (i.e., historias de vida). El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS (PASW), sobre el cual carecíamos de la experiencia suficiente, y gracias a nuestro director pudimos avanzar en ello para obtener los resultados. En general, la falta de experiencia previa e integrada sobre la investigación ha sido un reto para este trabajo.

## **6.2. IMPLICACIONES PRÁCTICAS**

Cuando abordamos este trabajo nos pareció un tema interesante y poco estudiado. En este sentido, hubiese sido de interés poder contrastar los datos obtenidos en este estudio con una muestra que resida en el ámbito rural, pues quizás las respuestas serían diferentes y más concluyentes. No obstante, éste es un trabajo exploratorio, que puede servir para otros posteriores que se puedan realizar tanto en el municipio de Zaragoza, como en el entorno rural de la comunidad autónoma. El aumento de las personas mayores hace necesario analizar y comprender mejor esta etapa de la vida, para poder crear estrategias de prevención en pro de la salud, y donde el apoyo social informal es un aspecto clave.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aguilar, J.M., Álvarez, J., Fernández, J. M., Salguero, D. y Pérez, E. R. (2013). Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 147-154.
- Bermejo, J. C. (2005). *La Soledad en los mayores*. IMSERSO. Madrid: Humanizar.es.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical care*, 709-723.
- Calvo, F., y Díaz, M.D. (2004). Apoyo Social percibido: características psicométricas del cuestionario CASPE en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16(4), 570-575.
- Cardona J, y Villamil M (2006). El sentimiento de soledad en el adulto mayor. *Revista Asociación Colombiana Geriátrica*, 20(2), 930-938.
- Cardona, J.L., Villamil, M.M., Henao, E., y Quintero, A. (2009). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (2), 153-163.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista multidisciplinar de Gerontología*, 13, 188-192.
- Curry, T. J. y Ratliff, B. (1973). The effects of nursing home size on resident isolation and life satisfaction. *The Gerontologist*. 13 (3-1), 295-298.
- Del Barrio, E., Castejón, P., Sancho, M. Tortosa, M. A., Sundström, G., y Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista online Española de Geriatría y*

*Gerontología, Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento, 45(4),189-195.*

Díaz, C. y García, J.N, (2013). Posibilidades de la web para el despliegue de intervenciones integrales con personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psycholog, Revista de Psicología, 1* (2),721-728.

Evans, R.L. Werkhoven, W.,y Fox, H.R. (1982). Treatment of social isolation and loneliness in a sample of visually impaired elderly persons. *Psychological reports, 51(1)*,103-108.

Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M. Á., Diez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema,22(4) nov,* 641-647. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3779.pdf>

Franco, P. y Sánchez, A. (2008). Saber envejecer; aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de educación, 10,* 369-383.

García, M.A. y Hombrados, M.I.(2002). Intervención psicosocial con personas mayores: los talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos. *Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida, Vol. 11 (1)*, 43-56.

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/2002/vol1/77062.pdf>

Gonzalez, A.L (2005).Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto Nacional de Geriatría de México, 366-378.

Guzman, J. M., Huenchuan, S.,y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores. Marco teórico conceptual. *Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e*

*Inclusión Social.* 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile.

Iglesias, J., López, J., Díaz, M.P., Alemán, C., Trinidad, A., y Castón P. (2001) La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 149-165.* Madrid.

Kahn, R.L., y Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior, 1980*

Klein, S.B. (1982) Motivation Biosocial approach New York: McGrawHill

Krause, N., Liang, J. y Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychology and Aging. 4 (1)* 88-97.

Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y estrés. Vol 8 (2-3), 173-182*

Limón, M.R. (1992). Características psicosociales de la tercera edad. *Revista interuniversitaria de Pedagogía Social, 7, 167-178*

López, J. (2004). Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid: IMSERSO.*

Madrigal, A. (2000). La soledad de las personas mayores. Perfiles y tendencias, 3. [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentación/publicaciones/publicacionesperiódicas/boletín\\_envejecimiento/2000/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentación/publicaciones/publicacionesperiódicas/boletín_envejecimiento/2000/index.htm)

Managan, D., Wood, J y Heinichen, C. (1974). Older adults: A community survey of health needs. *Nursing research* 23(5), 426-432.

Minkler, M. y Field, D. (1988). Continuity and change in social support between Young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43, 100-106.

Molinero, S. (1997).Fragilidad en la esfera social. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32,35.

Moreno, J. (2004).Mayores y calidad de vida. *Portularia*, 4, 197-198.

IMSERSO (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares Españoles. El entorno familiar. IMSERSO.

IMSERSO (2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: IMSERSO

IMSERSO (2002). Informe 2002, las personas mayores en España. Madrid. IMSERSO

INE. 1971-2001: Estimaciones intercensales de población. 2002-2010: Estimaciones de la población actual. 2011-2049: Proyecciones de población a largo plazo.  
<http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/graficos-dinamicos/graficos/piramide-espanya.html>

INSERSO/CIS (1995). Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Kennedy, G.E. (1992). Shared activities of grandparents and grand children. *Psychological Reports*, 70, 211-227.

Levine, R.F. (1980). Isolation and characterization of normal human megakaryocytes. *British journal of haematology*, 45(3), 4587-497

López, J. (2004). Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid: IMSERSO.*

Peplau, I.A. y Caldwell, M. (1978) Loneliness: A cognitive analysis. *Essence*, 2 (4), 207-230

Pinazo, S. (2006). Las relaciones sociales. Triadó, C. & Villar, F. (Coords) (Ed.). *Psicología de la Vejez*: (253-289). Madrid. Alianza Editorial

Ramos, F. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 16, 83-104.

Requena, C., López, V., y Ortiz, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *.Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 37 (2), Mar-Abr, 61-67.

<http://actaspsiquiatria.es/repositorio/10/56/ESP/13476+5+1275.pdf>

Ring, J. (1994). Aspectos sociales de la depresión en los ancianos. En Buendía, J. *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1998). Successful aging: The MacArthur foundation study. *New York:Pantheon*.

Rubio, R. (2004). "La soledad en las personas mayores españolas". *Madrid: IMSERSO*.

Rubio, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *Infad. Revista de Psicología*, Vol.XIX, 2.

Rubio, R. (2009). Variables relacionadas con los estilos de vida y su influencia en las actitudes frente al envejecimiento. *Revista Psicológica Herediana*. Vol. 2 (1).

Rubio, R. y Aleixandre, M. (1997). La escala "Este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrka. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*. Vol. 15, 26-35.

Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. Vol. 11 (1), 23-28.

Rubio, E., Blasco, G., Comín, M., Martínez, T., Magallón, R. y García, J. (2012). Salud mental y relaciones sociales en población mayor rural. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 40 (5), 239-247.

<http://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/79/ESP/14-79-ESP-239-247-974920.pdf>

Sanchez, J.L. y Braza, P. (1992). Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Revista Española. Geriatría y Gerontología*, 30.

Seligman, M.E. (1975) *Helplessness:On depression, development, and death*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt y Co

Silvestrone B y Miller S (1980):The isolation of the community elderly from the informal social structure. Myth or reality?.*Journal of Geriatric Psychiatric*, 13 (1),27-47,

Vega, J.L., Buz, J. y Bueno, M.B. (2002). Niveles de actividad y participación social en las personas mayores de 60 años. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 45, 33-53.

Vivaldi, F. y Barra, E.(2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica Revista Chilena de Psicología Clínica*, Vol. 30 (2) Jul, 23-29.

| <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>

## **8. ANEXOS**

### **8.1. Datos Sociodemográficos y Observaciones de los participantes**

#### **DATOS PERSONALES**

**1. EDAD:** \_\_\_\_\_

**2. SEXO**

Mujer       Hombre

**3. ESTADO CIVIL**

Solter@       Casad@  
 Viud@       Separad@/divorciad@

**4. ¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESTUDIOS?**

Inferiores a básicos  
 Básicos o similares (primaria o similar)  
 Secundarios (bachillerato, técnicos o similar)

#### **OBSERVACIONES:**

Por si Usted quiere añadir algo más una vez finalizados los cuestionarios

**CUESTIONARIO SOBRE EL APOYO SOCIAL INFORMAL VECINAL**

<b>1 = Nunca</b>	<b>2 = Rara vez</b>	<b>3 = A menudo</b>	<b>4 = Siempre</b>
------------------	---------------------	---------------------	--------------------

<b>PREGUNTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. ¿Recibe invitaciones de sus amistades para salir y distraerse?				
2. ¿Contacta con otros miembros de su familia?				
3. ¿Acude Vd. a las actividades que se realizan en el barrio?				
4. ¿Realiza actividades con sus nietos?				
5. ¿Recibe ayuda de sus hijos/hijas, cuando tiene un problema de cualquier tipo?				
6. ¿Tiene Vd. contacto con sus vecinos?				
7. ¿Con qué frecuencia pide ayuda a sus vecinos?				
8. ¿Está satisfecho del apoyo recibido de sus vecinos, cuando tiene un problema o dificultad?				
9. ¿Recibe invitaciones de sus vecinos para salir, distraerse o cualquier otra actividad que le guste?				
10. ¿Participa junto a sus vecinos en alguna actividad que se lleve a cabo en el barrio?				
11. ¿Acude a las reuniones vecinales?				
12. ¿Si Vd. en un momento dado, no pudiese preparar la comida, pediría ayuda algún vecino?				
13. ¿Si Vd. está enfermo/a o en cama, acuden en su ayuda los vecinos?				
14. ¿Cuándo necesita hablar o pedir consejo llama algún vecino?				
15. ¿Le dejaría las llaves del hogar algún vecino, para que ellos puedan atenderle cuando fuera preciso?				
16. ¿Cree Vd. que mantener una relación con sus vecinos, le ayuda a sentirse menos sólo/a?				
17. ¿El apoyo que recibe de sus vecinos, es el único?				
18. ¿En el caso que no tuviese familia, solicitaría apoyo o alguna ayuda a sus vecinos?				

### 8.3. Cuestionario UCLA

<b>1 = Nunca me siento así</b>	<b>2 = Rara vez me siento así</b>	<b>3= A menudo me siento así</b>	<b>4 = Siempre me siento así</b>
--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

<b>PREGUNTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>S1.</b> Me llevo bien con la gente que me rodea				
<b>S2.</b> Me falta compañía				
<b>S3.</b> No tengo a nadie con quien pueda contar				
<b>S4.</b> Me siento solo				
<b>S5.</b> Me siento parte de un grupo de amigos				
<b>S6.</b> Tengo mucho en común con los que me rodean				
<b>S7.</b> No tengo confianza con nadie				
<b>S8.</b> Mis intereses no son compartidos				
<b>S9.</b> Soy una persona abierta, extrovertida				
<b>S10.</b> Me siento cercano a algunas personas				
<b>S11.</b> Me siento excluido, olvidado por los demás				
<b>S12.</b> Mis relaciones sociales son superficiales				
<b>S13.</b> Pienso que realmente nadie me conoce bien				
<b>S14.</b> Me siento aislado de los demás.				
<b>S15.</b> Puedo encontrar compañía cuando lo necesito				
<b>S16.</b> Hay personas que realmente me comprenden				
<b>S17.</b> Me siento infeliz por estar tan aislado				
<b>S18.</b> La gente está a mi alrededor pero no la siento				
<b>S19.</b> Hay personas con las que puedo hablar y				
<b>S20.</b> Hay personas a las que puedo recurrir				

## **8.4. Consentimiento Informado a Instituciones**

Zaragoza a 26 de marzo de 2014

Somos estudiantes de Grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, que con fines de obtención del título profesional, queremos realizar una investigación sobre **El apoyo social informal vecinal, de las personas mayores del barrio de San José, y entre ellos los usuarios del CMSS de San José y del Servicio de Ayuda a Domicilio.** Este estudio se realiza mediante la asignatura Trabajo de Fin de Grado, y bajo la supervisión del profesor Javier Martín-Peña. El objetivo del trabajo es analizar el rol que juegan los vecinos en el apoyo social informal.

En este sentido, para desarrollar esta investigación, necesitamos el consentimiento del Ayuntamiento y la colaboración voluntaria de usuarios del Servicio de Ayuda a domicilio. Durante el estudio se aplicarían cuestionarios a usuarios, comprometiéndonos a que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación (art. 11.1 de Ley Orgánica 15/1999). En el caso de que los resultados de la investigación se publicaran no se incluiría información que pudiera revelar la identidad de las personas y, si el Ayuntamiento y la empresa de Ayuda a Domicilio CLECE lo deseara, les enviaríamos una copia de los resultados del trabajo de investigación una vez se haya concluido.

Agradeciendo de antemano, le saludamos atentamente:

Zaragoza a 1 de abril de 2014

Somos estudiantes de Grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, que con fines de obtención del título profesional, queremos realizar una investigación sobre **El apoyo social informal vecinal, de las personas mayores del barrio de San José, y entre ellos los usuarios del centro de mayores Salvador Allende, por ser un centro al que acuden los vecinos.** Este estudio se realiza mediante la asignatura Trabajo de Fin de Grado, y bajo la supervisión del profesor Javier Martín-Peña. El objetivo del trabajo es analizar el rol que juegan los vecinos en el apoyo social informal.

En este sentido, para desarrollar esta investigación, necesitamos el consentimiento del centro y la colaboración voluntaria de los usuarios del mismo. Durante el estudio se aplicarían cuestionarios a usuarios, comprometiéndonos a que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación (art. 11.1 de Ley Orgánica 15/1999). En el caso de que los resultados de la investigación se publicaran no se incluiría información que pudiera revelar la identidad de las personas y, si el centro Salvador Allende lo deseara, les enviaríamos una copia de los resultados del trabajo de investigación una vez se haya concluido.

Agradeciendo de antemano, le saludamos atentamente:

## **8.5. Consentimiento informado a usuarios**

### **Apoyo Social Informal vecinal de las personas mayores del barrio de San José**

**FECHA:**

**NOMBRE DE INVESTIGADOR:**

**NOMBRE DE PARTICIPANTE:**

Somos estudiantes de Grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, que con fines de obtención del título profesional, queremos realizar una investigación sobre **el apoyo social informal vecinal de las personas mayores de San José**. El objetivo del trabajo de investigación es analizar el rol de los vecinos como posible elemento de relevancia en el apoyo social de las personas mayores del barrio de San José.

La investigación para la cual necesitamos su valiosa participación consistirá en contestar a un cuestionario de 38 preguntas y tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene derecho a negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad o relaciones actuales o futuras con la Prestación de Ayuda a Domicilio de la que es usuario/a (art. 5.1 Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal)

Sus respuestas serán anónimas (art. 10 Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal). La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación (art 11.1 de Ley Orgánica 15/1999). Una vez procesada la información contenida en las grabaciones, estas se destruirán. En el caso de que los resultados de la investigación se publiquen no se incluirá información que pueda revelar su identidad.

**Le agradecemos su participación.**

*Al firmar este documento manifiesto que he leído o me han leído toda la información descrita y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas de manera adecuada por el investigador antes de firmarla.*

*Por lo tanto, accedo a participar en este estudio y autorizo a que se use la información para los propósitos de la investigación.*

**Investigador:**

**Participante:**

**DNI:**

**DNI:**

**Firma:**

**Firma:**