

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y

HUMANIDADES LICENCIATURA EN

PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Análisis del funcionamiento de las redes
de apoyo social de los adultos mayores residentes
del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS)
Cuauhtémoc**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A :

JANETH ROCÍO CORTES BASILIO

DIRECTORA

MTRA. JOYCE BRITT RIVERA GRANADOS

Ciudad de México, marzo de 2025.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

El poder concluir esta investigación me deja una gran experiencia y muchos aprendizajes. Me permitió reconocer que las personas mayores son personas a los que debemos de aprenderles, atesorarles y valorarles.

“Saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir”.

-Henry-Frédéric Amiel-

A mis abuelitos

En primer lugar, agradezco a mis abuelitos, quienes fueron mis segundos padres y son mi motor día a día. Ellos me hicieron valorar y acrecentaron mi interés en el tema del envejecimiento. Principalmente a mi Juanito, quien me enseñó lo maravilloso que es envejecer. Al contarme sus grandiosas experiencias y vivencias, las disfrutaba y volvía a vivirlas, y yo con él aprendía y me divertía mucho. Me hizo entender que lo que un adulto mayor necesita es amor, cariño y tiempo, y eso vale más que todo, aún a pesar de los cambios que se presentan en esta etapa. Abuelitos gracias por todo... los amo.

A mis padres

A mis papás, quienes siempre me han brindado su amor y su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis sueños y objetivos. Ellos que siempre me han enseñado que con esfuerzo y dedicación todo se puede lograr, y aquí la prueba de ello. Espero se sientan orgullosos de este logro que también es de ustedes y que es dedicado con mucho amor. Gracias por hacer de mí, la mujer que ahora soy. Los amo infinitamente.

A mi directora de tesis

Maestra Joyce, agradezco infinitamente su apoyo incondicional, acompañamiento, experiencia, así como su compromiso, complicidad, y sobre todo su paciencia. El compartir el interés por el tema hizo aún más enriquecedora e interesante esta investigación, sin ello, no hubiese podido llegar hasta este momento. Sus consejos y guía me han ayudado y me han mejorado como persona y en mi vida profesional. Gracias por compartir y hacer posible esta experiencia conmigo, la cual llevaré grabada con admiración y cariño siempre.

A mis lectores

Para la doctora María Eugenia Covarrubias Hernández, al doctor Óscar González Gómez y maestro José Luis Fernández Silva agradezco su tiempo, apoyo, acompañamiento y sus valiosos comentarios

que enriquecieron este proyecto. De igual manera agradezco al profesor Benito López, quien me apoyó con el diseño del mi instrumento de evaluación. Este es el resultado de un esfuerzo colectivo, y su colaboración fue crucial para su culminación.

A mi Institución, la UACM

Por último, agradecer a mi honorable casa de estudios por haberme permitido culminar esta gran aventura profesional, lugar que me permitió formarme profesionalmente, lugar en el que adquirí conocimientos, formación, experiencias, momentos, aventuras y sobre todo recuerdos. Los mejores momentos los pasé en mi UACM, además de mis logros académicos y profesionales, me permitió conocer personas maravillosas; como mis profesores y amigos. Gracias por tanto.... Hasta pronto...

Índice

Marco Teórico	10
Capítulo I. Envejecimiento y Vejez.....	10
Conceptualización del Envejecimiento y la Vejez	10
Capítulo II. Redes de Apoyo Social.....	29
Redes sociales.....	30
Tipología de las Redes	36
Estructura de la Red	44
Elementos para el para el análisis de una red egocéntrica.....	46
Capítulo III. Apoyo Social.....	49
Clasificación del apoyo social	50
Capitulo IV. Redes De Apoyo Social En La Vejez	52
Capítulo V. Contextualización de los Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS)	56
Contextualización del origen del CAIS Cuauhteppec.....	57
Metodología.....	60
Tipo de estudio	61
Muestra	61
Categorías de análisis.....	62
Características Estructurales	62
Funciones de la Red Social	63
Instrumento	64
Análisis y discusión de resultados.....	65
Características Sociodemográficas.....	65
Características Estructurales De La Red	66
Funciones de la Red	85
Conclusiones.....	100
Anexos	110
Anexo 1. Cuestionario de Identificación Estructural y Funcional de las Redes de Apoyo Social Egocéntricas del Adulto Mayor.....	110
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	112
Referencias	115

Introducción

Durante los próximos años, el envejecimiento de la población será una de las transformaciones con mayor impacto a nivel mundial, debido a los cambios demográficos y sociales que se están presentando de forma acelerada. Se estima que para el 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (ONU, 2019). En el mismo sentido, en México el 12 % de la población pertenece al grupo de 60 y más (INEGI,2021) y se proyecta que para finales de esta década el porcentaje aumentará un 2.6 % (SEDESOL, 2017).

Ante este panorama es importante analizar qué factores sociales influyen en la calidad de vida del adulto mayor, entre ellos cómo se configuran y reconfiguran las redes de apoyo social en la vejez.

Esta tesis está enfocada al análisis de la estructura y el funcionamiento de las redes de apoyo social de 62 personas mayores (PM) varones residentes del Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtepc (CAIS-C) de la alcaldía Gustavo A. Madero. Se seleccionaron a participantes que no presentaran deterioro cognitivo. Esta institución brinda servicios a las personas mayores que se encuentran en situación de calle, por lo que la mayoría no cuentan con apoyo familiar.

El contar con una red de apoyo social es indispensable en cada una de las etapas del ciclo de vida de los seres humanos porque permite a los individuos ser auxiliados y mantener u obtener alternativas de apoyo, así como la formación de relaciones interpersonales. Sin embargo, durante la vejez son indispensables, al ser una etapa en la que se presentan cambios que, para algunos son difíciles de afrontar. Además, porque permiten enfrentar situaciones que pudieran poner en riesgo la integridad de las personas mayores.

La red de apoyo social cobra mayor relevancia en población que no cuenta con familia por lo que es importante que el adulto mayor pertenezca a una red u

organización de apoyo que contribuirá en gran medida al mantenimiento de su autonomía y al mejoramiento de su autoestima.

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, las redes de apoyo son fundamentales para mejorar la salud integral de los residentes del CAIS, mediante estrategias que permitan fomentar y fortalecer la acción comunitaria a través de la solidaridad y empatía, lo que aumentará la confianza y autonomía de los adultos mayores.

Del mismo modo, el crear y potencializar ambientes favorables, a través de la Promoción de la salud permitirá el desarrollo integral de los residentes del CAIS, y con ello mejorar su calidad de vida. Estas estrategias permitirán también afrontar los cambios en su forma de vida, así como la configuración de sus nuevos roles laborales y de ocio que se transforman durante la vejez, y que afectan de forma significativa su salud.

Asimismo, como lo establece la Carta de Ottawa la promoción de la salud juega un papel importante dentro en el fortalecimiento de las redes de apoyo. Los promotores de salud pueden actuar como agentes mediadores entre los distintos actores involucrados en el bienestar de las personas, entre los que se incluyen a los gobiernos, los sectores sanitarios, los profesionales de la salud, las familias y la comunidad. La Promoción de la Salud tiene la responsabilidad de participar en el mejoramiento la salud de cada individuo, reforzando la acción comunitaria y favoreciendo el desarrollo de aptitudes personales, como lo establecen dos de las cinco líneas de acción de la Promoción de la Salud inscritas en la Carta mencionada (Secretaría de Salud, 2015).

Por ello, el objetivo central de esta investigación es analizar la estructura y funcionamiento de las redes de apoyo social de las personas mayores residentes del Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtémoc. Para lograrlo se establecieron tres objetivos específicos: Identificar las características sociodemográficas de los participantes, identificar las principales características estructurales (tamaño, densidad, composición, distribución y direccionalidad) de la

red de apoyo y por último conocer el tipo de apoyo de la red egocéntrica (emocional, material, instrumental y cognitivo).

El documento está organizado en cuatro capítulos teóricos, metodología, análisis de resultados y conclusiones.

En el capítulo 1 se hace una revisión del concepto de envejecimiento. Enfatizando que éste es un proceso natural e inevitable de todos los seres humanos y diferente en cada uno de ellos, debido a condiciones biológicas, sociales, culturales, trayectorias de vida, entre otras. Se muestran diferentes conceptualizaciones del envejecimiento desde las biológicas, hasta las más integrales que incluyen distintos componentes psicosociales.

Además, se analiza qué es la vejez, subrayando que es una etapa que, al igual que el proceso de envejecimiento depende de factores sociales y no sólo de cambios biológicos. Se analiza cómo la vejez es una construcción social determinada por el contexto y cultura en la que se vive, así como el significado que cada persona le da.

En el capítulo 2 se estudia qué es una red social y cómo se configura. Este capítulo se centra en el análisis del concepto de redes sociales incluyendo la perspectiva anglosajona y latinoamericana, sus orígenes y diversos estudios realizados sobre la estructura y funcionamiento de las redes de apoyo social de distintos grupos sociales en México.

Con respecto a la configuración de la red se analiza la tipología, clasificándolas en redes basadas en el tipo de intercambio (de reciprocidad o de distribución de bienes y servicios) y basadas en los tipos de interconexión (redes primarias o informales conformadas por familiares, amigos, vecinos y comunidad y redes secundarias o formales conformadas por redes gubernamentales y no gubernamentales). También se examinan los elementos para el análisis de la estructura de la red como tamaño, densidad, composición y distribución, dispersión y homogeneidad a partir de la propuesta de mapeo de Sluzki.

En el capítulo 3 se aborda qué es el apoyo social. Se incluyen definiciones y su clasificación. El apoyo social puede ser material, emocional, instrumental y cognitivo. La importancia del apoyo social en el adulto mayor es que le permiten recibir compañía, cuidado, un espacio de encuentro afectivo y sobre todo de seguridad (Sirlín, 2006).

En el capítulo 4 se analiza la importancia de las redes de apoyo social en la vejez y se muestran algunas investigaciones relevantes en este campo.

En el capítulo 5 se aborda el contexto institucional de los Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS). Particularmente se desarrolla el origen, función y servicios prestados en el CAIS Cuatepec.

En el apartado metodológico se justifica la metodología empleada para la investigación. Para el análisis de la estructura de la red se utilizó la metodología cualitativa, basada en la propuesta de mapeo de Sluzki a través del esquema de “círculos concéntricos”, además, del empleo de la técnica de observación participante para conocer y analizar el medio en el que se desenvuelven y se relacionan las personas mayores dentro de la institución.

Para la descripción del apoyo brindado por la red social se utilizó la metodología cuantitativa que permite mostrar la frecuencia por tipo de apoyo. Para ello se utilizaron algunos ítems del Cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey, (MOS) de apoyo social (De la Revilla Ahumada, L. et al, 2005) con respecto a los cuatro tipos de apoyo: material, emocional, instrumental y cognitivo.

Para la recolección de información sobre la estructura y el funcionamiento de las redes de apoyo social de los participantes se diseñó el “Cuestionario de identificación estructural y funcional de las redes de apoyo social egocéntricas del adulto mayor” que incluyen la estructura y funcionamiento de la red.

En el apartado de resultados se presentan y discuten los principales hallazgos. En esta sección se decidió presentar resultados y discusión de manera conjunta, con el propósito de problematizar lo hallado en esta investigación y

contrastarlo con los resultados de otros estudios dada la diferencia de grupos analizados. Se divide en tres secciones: en la primera se describen las características sociodemográficas de los participantes. En la segunda se realiza una descripción de los tipos de redes identificadas a partir de la clasificación en 8 grupos según la composición y distribución de la red egocéntrica de las personas mayores. Además, se incluye el mapeo de círculos concéntricos de cada grupo.

En la tercera se muestran y analizan las funciones de la red social a partir de los cuatro tipos de apoyos: apoyo material, emocional, instrumental y cognitivo. Se muestran los porcentajes según algunos indicadores del MOS de apoyo social y se describe la percepción del apoyo recibido por parte de los participantes.

Por último, se presentan las conclusiones donde se describen los principales hallazgos respecto a la estructura y funcionalidad de las redes egocéntricas. Se demuestra que las redes egocéntricas, son redes primarias e informales, en las que el apoyo proviene de los amigos y compañeros y no de la familia, así mismo son redes basadas principalmente en la reciprocidad. Respecto a su funcionalidad se describen los hallazgos de cada uno de los tipos de apoyo material, emocional, instrumental y cognoscitivo. Por último, se describen las fortalezas y limitaciones de la investigación, así como su relación con la Promoción de la Salud.

Marco Teórico

Capítulo I. Envejecimiento y Vejez

Durante los próximos años el envejecimiento de la población será una de las transformaciones con mayor impacto a nivel mundial, debido a los cambios demográficos y sociales que, ya en la actualidad, se están presentando de forma acelerada.

En México, la pirámide poblacional se está invirtiendo, esto se debe a la disminución de la natalidad y al aumento en la esperanza de vida. Se estima que, la natalidad siga disminuyendo hasta alcanzar solamente 14 nacimientos por cada mil habitantes para el 2050. Respecto a la esperanza de vida, se pronostica que incremente a 76.9 años para el 2030 (SEDESOL, 2017).

A este proceso se le denomina “transición demográfica”, por las variaciones en la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, lo que repercute en la reducción del número de personas jóvenes y el aumento de personas en edad avanzada (CONAPO, 2015).

Ante este panorama, es preciso conceptualizar biológica, psicológica y socialmente el envejecimiento y la vejez, debido a la complejidad y multifactorialidad de estos procesos. En este primer capítulo, se analizará dichos conceptos a través de las propuestas teóricas de diferentes autores.

Conceptualización del Envejecimiento y la Vejez

Es importante diferenciar estos conceptos debido a que se manejan o usan como términos semejantes. Asimismo, se tienen ideas erróneas y en algunos casos las representaciones se enfocan a lo que se considera negativo o “feo” y no se analizan los aspectos positivos.

Envejecimiento. El envejecimiento es un proceso natural de todos los seres humanos a lo largo de nuestro ciclo vital, desde que nacemos hasta que morimos. Independientemente de la edad, cada persona y organismo envejece de forma y a ritmos diferentes de acuerdo con factores externos y formas de vida. Es un proceso que, aunque algunos se niegan a asumir, indudablemente no podrán evitar.

Las principales definiciones que se encuentran en los textos académicos se refieren al ámbito biológico, por lo tanto, se comenzará con definiciones de tipo biológicas/ fisiológicas.

La Organización Mundial de Salud (2019) establece que:

el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte (OMS, 2019 sección Notas descriptivas Envejecimiento y Salud).

Sobre esta misma línea, Zetina (1999) hace referencia a que el envejecimiento es un proceso asociado a la disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico que conlleva a la muerte, resultado de la disminución de las acciones fisiológicas que se presentan en el envejecimiento a causa del desgaste orgánico y celular.

En la mayoría de las definiciones de textos biomédicos se aborda de forma muy similar, donde el factor principal del envejecimiento es la pérdida y desgaste de las funciones orgánicas en las que el proceso siguiente es la muerte. Por otra parte, se debe enfatizar que en el envejecimiento intervienen otros factores biológicos, como el factor genético que tiene un papel importante en este proceso. Independientemente que el envejecimiento sea un proceso natural, la genética influirá en que se desarrolle o no cierta patología o que cause enfermedades severas independientemente de la forma de vida.

Las definiciones antes citadas tienen elementos muy similares, coinciden que el envejecimiento biológico se relaciona con el déficit y deterioro de las capacidades funcionales orgánicas y celulares. Como se mencionó al inicio, el envejecimiento no tiene una sola dimensión, y por ende no debe estudiarse solamente desde lo biológico. Hay que tener en cuenta que también influyen factores personales, ambientales, sociales, psicológicos, entre otros (Alvarado y Salazar, 2014). Existen otras conceptualizaciones que establecen que se ven involucrados dichos factores, además del ámbito biológico, entre las que destacan las siguientes:

Castanedo et al. (2006, como se citó en Alvarado y Salazar, 2014) afirman que “el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios que se presentan son biológicos, químicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (p.59).

Sobre la misma perspectiva, Motte y Muñoz (2006) definen el envejecimiento como “el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo” (p.20).

Bazo y Maiztegui (1999) también coinciden que el “envejecimiento es un fenómeno multifactorial que afecta a todos los componentes del ser humano: su biología, psicología y sus roles sociales” (p.48).

Silvestre et al. (1995) establecen que el envejecimiento: “no debe entenderse únicamente como un fenómeno estrictamente orgánico, sino que es un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas” (p.147). Así mismo, el envejecimiento del ser humano:

es un proceso caracterizado por la diversidad. Los factores que determinan dicha diversidad son: la herencia genética, el estado de salud, el estatus socioeconómico, las influencias sociales de la educación y la ocupación

ejercida, diferencias por generación y la personalidad... es una etapa cambiante a lo largo del tiempo (Ramos et al., 2009, p.52).

Estas definiciones son más integrales porque incluyen elementos que unifican un concepto de envejecimiento en el que están inmersas las dimensiones biológica, psicológica y social.

Como resultado de la revisión de estas definiciones, se puede señalar que el envejecimiento es un proceso inevitable y cada persona lo vive de forma y a un ritmo diferente. Para conceptualizarlo, es necesario considerar varios aspectos que tengan el mismo peso y valor. Es decir, considerar que lo biológico, lo psicológico y lo social son aspectos que se interrelacionan en el proceso de envejecer.

Ciertamente, el envejecimiento es un proceso de cambios naturales del organismo, pero en él influyen factores externos tales como el nivel socioeconómico, la forma de vida, las relaciones y las formas en las que se desenvuelve socialmente el ser humano.

El envejecimiento se manifiesta fisiológicamente, pero también se presentan cambios en los aspectos psicológico y social. Por lo tanto, se determina que el envejecimiento no es exclusivamente biológico como es expresado en la mayoría de los textos científicos, ya que en él intervienen otros aspectos de importancia. A partir de esta revisión teórica y para fines de esta investigación se definirá que:

El envejecimiento es un proceso natural del desarrollo humano en el ciclo vital, el cual avanza desde que nacemos hasta que morimos. Es el resultado de los cambios físicos, psíquicos y sociales en cada una de las etapas del ciclo vital del ser humano. Este proceso es individual y, por tanto, diferente en cada persona. En él influyen diversas cuestiones como los factores hereditarios, el sexo, el nivel socioeconómico, el cambio de roles, la pérdida o ganancia de redes sociales y el modo de vida (Barraza y Castillo, 2006).

Vejez. Para analizar la vejez, como una etapa de desarrollo, es necesario comenzar por el ciclo de vida. Éste explica el tránsito de la vida como un continuo.

En él se propone que el crecimiento y desarrollo social es producto de la sucesión de experiencias en lo biológico, psicológico y social. Por ende, el ciclo vital es un proceso continuo que parte desde el nacimiento hasta la vejez. Es por lo que, las experiencias y las circunstancias de una etapa de la vida condicionan la siguiente, así como las necesidades y los problemas pueden ser previstos, agravados o superados en la etapa anterior (Rodríguez, 2011).

Los periodos de la vida comienzan con la lactancia que abarca hasta los 2 años, seguida de la infancia hasta aproximadamente los 12 años, la adolescencia que comprende hasta los 20 años, con ello se inicia la etapa adulta inicial la cual culmina cerca de los 40 años, la adultez madura abarca hasta los 60 años, y finalmente la senectud o vejez comprende de los 60 años en adelante.

Como se mencionó, las etapas del ciclo vital son categorizadas de acuerdo con un estándar o un rango numérico al que se denomina edad. Se han establecido cuatro tipos de edad. Edad cronológica: en la que se considera el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona hasta su edad actual. Edad biológica: se determina basado en el grado del deterioro de los órganos. Edad psicológica: ésta se determina por el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación. Edad social: establece el papel que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve (Alvarado y Salazar, 2014)

En lo que respecta a la vejez, comúnmente se relaciona con la edad cronológica. En algunos países se considera que se ha alcanzado la vejez cuando se cumplen 60 años, mientras que en otros la edad de referencia son los 65. La edad es establecida dependiendo de la situación, en muchos casos se establece para fines administrativos y cuestiones legales¹.

De igual forma, así como la edad cronológica es utilizada para definir la vejez, la forma de enunciar o referirse a la persona es un indicador de que se

¹ En México y de acuerdo con la Organización de la Naciones Unidas, se establece la edad de 60 años para considerar que una persona entra a la vejez, así mismo para algunas instancias esta edad también marca el inicio de la jubilación.

encuentra en esta etapa. Existen diferentes términos para nombrar a las personas que envejecen. El más común es el término de viejo. La Real Academia Española (RAE, 2019) hace referencia a una persona de edad, que se entiende como una persona que ya cumplió 70 años. Del mismo modo el término anciano en la Real Academia Española (RAE), se define como: “dicho de una persona de mucha edad” (2019). A pesar de que estos términos están establecidos formalmente y su significado no conlleva una definición peyorativa, muchas personas los utilizan de forma discriminatoria para excluir a este sector de la población.

Respecto a la edad es una forma relativa y subjetiva de categorizar a las personas, es cierto que para fines administrativos la edad cronológica es importante, pero en otras situaciones categorizar a la persona por su edad es una forma de exclusión.

Al igual que el envejecimiento, la vejez ha pasado por diferentes conceptualizaciones, que involucran las dimensiones biológica, psicológica y social.

Desde la concepción médica, la vejez ha sido relacionada y vista como un estado previo a la muerte. Peter Medawar (1953, como se citó en Satatorres, 2013), afirmó que “la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte” (p.13).

Así también Rice (1997) refiere que “la vejez es un momento de ajustes particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales y las relaciones” (p. 9).

Ham (1999) alude que la condición de vejez y sus grados “se determinan por ciertos signos que son condicionantes: eventos biológicos, psicológicos, sociales y/o económicos, los cuales varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales” (p. 52).

Considerar sólo el aspecto biológico de la vejez es una visión muy reducida porque invisibiliza los aspectos psicológicos y sociales de esta etapa. Como establece Ham, en la vejez se ven inmersos condicionantes que afectan lo

biológico, psicológico y lo social dependiendo de la época, la cultura y la clase social.

Un claro ejemplo de que la vejez es una construcción que se elabora socialmente, se identifica en nuestro país. En algunas zonas indígenas quién alcanza mayor edad tiene un doble reconocimiento por ser una persona con experiencia y por la capacidad en la superación de enfermedades. También la vejez ha sido relacionada con la sabiduría, por lo tanto, en algunas comunidades, se le da al viejo un estatus de admiración y respeto (Zetina, 1999)

La vejez al igual que el envejecimiento se debe abordar desde los tres ámbitos: biológico, psicológico y social, sin que uno tenga mayor importancia que otro.

Podemos concluir que la vejez es una etapa que se vive de forma individual, no todos la vivirán de la misma forma. Todo esto dependerá de diversos factores y las capacidades, actitudes y posibilidades que se tengan para afrontar los cambios. Ciertamente es un proceso universal e inherente al ser humano. La vejez es una construcción social determinada por el contexto y cultura en la que se vive, así como el significado que cada persona le da.

Cambios en la vejez. Durante el proceso de envejecimiento se van efectuando cambios a nivel interno y externo. Al llegar a la vejez, estos cambios se manifiestan tanto en el ámbito biológico como en el psicológico y el social. Anteriormente, se mencionó que ninguna persona vivirá el envejecimiento de la misma manera, este proceso está condicionado por factores culturales, económicos, sociales, patológicos y/o psicológicos que influyen en la forma en cómo el adulto mayor se desenvuelve.

En el aspecto biológico. El proceso de envejecimiento conlleva cambios fisiológicos, pero esto no significa que la vejez sea una etapa patológica en sí misma (Montañes y Latorre, 2004). A nivel sensorial se presentan cambios en los sentidos como lo son la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto. Algunos de

ellos, podrían influir en la forma en la que se desenvuelve el adulto mayor o generar ciertas patologías.

Por ejemplo, a medida que envejecemos el oído externo presenta un mayor incremento de glándulas productoras de cerumen, lo que hace que las personas mayores (PM), tengan acumulación excesiva de éste, lo que puede provocar la disminución de la audición. Por lo tanto, una buena higiene evitará que este proceso afecte la capacidad auditiva.

En otros casos, los cambios neurosensoriales pueden degenerar las células pilosas del oído, que son receptoras del sonido, ocasionando desgaste o deterioro en uno o ambos oídos, provocando presbiacusia² o hipoacusia³. En el caso de la presbiacusia, la pérdida de la audición se relaciona a la edad y es gradual, también puede ser consecuencia de otras enfermedades tales como la diabetes, hipertensión, así como de daños externos (ruido excesivo), mientras que la hipoacusia puede presentarse en cualquier edad, aunque predomina más en la vejez y puede afectar a uno o los dos oídos (Mayo y Aldecoa, 2019).

Al igual que el oído, la vista, es de gran importancia para la sobrevivencia humana, pues es la principal entrada del procesamiento de la información. También se presentan cambios que en algunos casos pueden derivar en la presencia de condiciones como la presbiopía o presbicia relacionadas con la disminución en la capacidad de enfocar; provocando que se tenga visión borrosa. Algunas de las patologías derivadas de lo anterior son las cataratas, el glaucoma y la retinopatía (INGER, 2019).

También se presentan cambios en los demás sentidos como el gusto y el olfato y en los distintos aparatos (respiratorio, cardiovascular, digestivo, musculoesquelético, etc.). En algunos casos, estos pueden ocasionar

² Presbiacusia: Es una enfermedad neurodegenerativa la cual se caracteriza por el deterioro progresivo de la audición relacionada con la edad, es predominante en la población de 65 años en adelante, la cual se desarrolla paulatinamente al envejecer. Por lo regular, la pérdida de la audición se presenta en ambos oídos, afectándolos por igual (NIH,2023).

³Hipoacusia: es el daño en la capacidad de oír altas frecuencias y la distinción de los sonidos de las consonantes (INGER, 2019)

enfermedades o condiciones de salud (infecciones respiratorias, infartos, arterioesclerosis, hipertensión arterial, enlentecimiento en la absorción de nutrientes, osteoporosis y/o artritis, algunas demencias como el Alzheimer y Parkinson). Sin embargo, con atención y cuidados específicos, pueden ser procesos que no perjudiquen o agraven la calidad de vida del adulto mayor (McGraw, 2011).

Por lo tanto, a los cambios producidos en el cuerpo como consecuencia del paso de los años, se le conoce como “envejecimiento orgánico o normal”, debido a que no todas las personas envejecen del mismo modo, pues el transcurso del tiempo no es igual para todos los individuos, es decir, el envejecimiento orgánico no es un estado sino un proceso de cambio (Belsky, 2001, como se citó en Franco 2008).

Por ello, aunque los sistemas sensoriales sufren una declinación paulatina, no necesariamente llegan a manifestarse como una enfermedad. En el mismo sentido, se puede señalar que, estos déficits progresivos no se deben a la presencia de una patología, siendo esto una de las principales características del envejecimiento normal (Fernando et al., 2006). A diferencia del envejecimiento patológico que está directamente relacionado con las enfermedades crónicas tales como enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias y otras (Muñoz, et al, 2004).

Las teorías que estudian estos cambios son las teorías biológicas del envejecimiento, cuyo objetivo es explicar las causas del cómo y a qué velocidad envejecemos, entre las que destacan:

1.- Teoría del disfuncionamiento del sistema inmunológico: Postula que este sistema es la línea de defensa contra cualquier sustancia que sea capaz de dañar al organismo. A medida en que se envejece, este sistema se vuelve menos eficaz en contra de algunas enfermedades. Destaca que, con la edad, disminuye la capacidad del sistema de sintetizar anticuerpos. El sistema de defensa del organismo se ataca a sí mismo y ataca algunas de sus partes como si fueran

invasores externos, y con ello se producirían enfermedades autoinmunes. (González de Gago, 2010).

2.- Teoría del envejecimiento celular: Su enfoque se basa en la importancia que tiene el ADN en la producción y restauración de las células durante esta etapa. Principalmente se determina que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un gran número de células.

3.-Teoría del desgaste natural: Esta teoría fue propuesta por Sheldrake en 1974, en la que se establece que se envejece porque los sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida diaria. Este proceso afecta principalmente a las mitocondrias que son las encargadas de brindar energía celular para la realización de las actividades diarias (Pulido, 2002, como se citó en González de Gago, 2010)

4.- Teorías genéticas: Planteada por Szilard en 1959, establece que el envejecimiento se determina por la expresión de los genes, se cree que para entender este proceso se debe entender al código genético que determina nuestra longevidad (Mishara y Riedel, 2000).

Estas perspectivas teóricas nos dan un enfoque de cómo y por qué se desarrollan y/o se presentan la mayoría de los cambios biológicos en el adulto mayor. Es importante notar, que cómo se señaló al analizar las definiciones del envejecimiento, desde la perspectiva médica, el proceso se vincula con el desgaste, el deterioro y la pérdida.

En el aspecto psicológico. Los principales cambios psicológicos se relacionan con la modificación natural de las capacidades cognitivas. Por cognición se entiende a todos aquellos procesos de adquisición de conocimiento, así como las transformaciones en las capacidades del pensamiento a lo largo de la vida. Las alteraciones cognitivas afectarán tanto a los procesos cognitivos básicos como a los complejos (Benavides, 2017).

Entre los procesos cognitivos básicos se encuentran, la sensación, percepción, atención y la memoria. Los procesos cognitivos complejos son el pensamiento, el lenguaje y la inteligencia (Puig, 2012).

En cuanto a la sensación y la percepción, éstas son el medio inmediato por el cual se procesan los estímulos en el organismo. El primero se constituye por procesos fisiológicos simples, para ello, se utilizan los distintos sentidos (vista, oído, gusto, el olfato y tacto), la alteración en alguno de estos provocaría el enlentecimiento en los procesos perceptivos.

El adulto mayor al presentar alguna alteración o cambio en alguno de estos sentidos le será más difícil procesar los estímulos externos. Estos procesos están mediados por el sistema nervioso, por tanto, el daño en alguna o algunas de las regiones cerebrales afectará la realización de actividades, pues la respuesta a estas acciones se torna más lenta y se presenta cierto decremento en la capacidad de codificar, almacenar y evocar informaciones nuevas inclusive en la reducción lexical (Lorenzo y Fontán, 2003).

Así mismo se presentan cambios en la forma en la que la memoria procesa o codifica la información. La memoria no es una función aislada o independiente, está estrechamente relacionada con la inteligencia, la atención, la imaginación, la percepción, éstas se ven influenciadas por el grado de motivación, estado afectivo y por el grado de inhibición social de una persona (Cabras, 2012).

Alrededor de los 60 años, la memoria de corto plazo es la que sufre más cambios en comparación con la memoria de largo plazo que no sufre alteración alguna. La memoria a corto plazo, al igual que la memoria inmediata se tornan con más dificultades ya que almacena cantidades limitadas de información por poco tiempo. Al envejecer, si las personas mayores sufren alguna patología o daño cerebral pueden presentar dificultades para interpretar o decodificar la información “fresca o recién” aprendida.

A diferencia de la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo muy difícilmente sufre alteraciones, pues la información fue recibida por los sentidos a

lo largo de la vida en los cuales no había daños o patologías cerebrales que impidieran el procesamiento y la capacidad mental de interpretar y codificar la información (Mesonero y Fombona, 2013). Puig (2012) refiere que los déficits en la memoria se podrían revertir, realizando cambios en los hábitos de vida y la realización de acciones que permitan la estimulación cognitiva.

Al igual que la memoria, la inteligencia⁴ también puede verse afectada. Principalmente la inteligencia fluida ya que se caracteriza por la resolución de nuevas problemáticas, en comparación a la inteligencia cristalizada que se caracteriza por la resolución de problemas de acuerdo con la acumulación de experiencias anteriores. Por lo tanto, la inteligencia fluida disminuye con el tiempo, mientras que la cristalizada puede mantenerse o aumentar, ya que con la edad se presenta una inteligencia basada en las experiencias.

La afectación en la memoria puede implicar que se presenten dificultades en la fluidez verbal, la disminución de la capacidad de lógica matemática, la eficiencia y rapidez de análisis en la resolución de problemas, así como la percepción o el tiempo de reacción ante ciertas situaciones, propiciando la pérdida progresiva de la memoria y de algunas otras funciones cognitivas relacionadas con patología como la enfermedad de Alzheimer y el Parkinson (Benavides, 2017).

Algunos autores proponen el mantener un buen funcionamiento cognitivo en la vejez depende en gran medida del soporte social con el que se cuente y del estado anímico.

Existen diferentes teorías que explican a profundidad los cambios en los procesos cognitivos, el comportamiento y la personalidad del adulto mayor que ocurren en la vejez. Entre las que se encuentran:

1.- Teoría del desarrollo: Propuesta de Erick Erickson (1950) quien analiza que el ser humano pasa por ocho crisis, los cuales corresponden a los cambios

⁴ Para Vigotsky (1979, 1995^a) la inteligencia es un producto histórico cultural, el cual puede modificarse, a través de la actividad, particularmente por la actividad mediada por el lenguaje. La inteligencia tiene una base biológica, pero esta toma la dirección que cada cultura le impone (Arias Gallegos & Walter Lizandro, 2013).

del ciclo de vida. Estas crisis son procesos progresivos de cambio de un estadio a otro. La octava etapa del ciclo de vida es la vejez. La crisis de esta etapa es la de integridad frente a desesperación, en donde surge la necesidad de que el ser humano acepte el modo de vida que ha seguido desde su infancia en la búsqueda de identidad personal. Se busca la aceptación de sí, de su historia personal y de vida (Bordignon, 2005). La integridad se logra cuando se da la aceptación de la vida hasta su presente con sus aspectos positivos y negativos; si no se logra la aceptación se llega a la desesperación (Di Giglio, 2002).

Otra propuesta que se relaciona con los estadios de las crisis es formulada por Peck, en la que de forma general refiere que las decisiones tomadas en los primeros años de vida sientan las bases para resolver los desafíos que se presentarán en la senectud (Izquierdo, 2005).

El ser humano, durante la vejez, pasa por tres crisis que necesitan ser resueltas para envejecer de forma saludable (Mc Graw, 2011). La tres crisis son: i) trascendencia corporal frente a la preocupación por el cuerpo; se toma en cuenta que hay un mayor riesgo de enfermarse debido a la edad, así como disminución del rendimiento físico, lo que significa hacer una transición de los problemas físico-corporales y centrar nuevas metas en el rendimiento mental y espiritual, así como en las relaciones sociales, ii) diferenciación del ego frente a la preocupación por el trabajo; en ella refiere al temor al llegar a la jubilación y al abandono del puesto de trabajo. Requiere, por tanto, la valorización de la persona mediante actividades independientes de su anterior vida laboral (por ejemplo, hacer ejercicio, viajar, leer etc., es decir, invertir tiempo en ellos mismos haciendo cosas que les gusten y disfrutar lo que dejaron de hacer por el trabajo), y iii) trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego; se refiere el temor a la muerte, además de sentirse obligados a realizar aportaciones personales (económicas, de apoyo a la familia, a los hijos) y de contribuir al legado material y cultural para las futuras generaciones (Izquierdo, 2005).

2.- Teoría de la continuidad: Propuesta por Robert Atchley en 1971; parte del estilo de vida que la persona siguió durante toda su vida, en la cual no debería

haber una ruptura o transición entre la edad adulta y la tercera edad, y, por lo tanto, la personalidad debería mantenerse casi intacta (Alvarado y Salazar, 2014).

En el aspecto social. El siguiente apartado analiza los cambios sociales en la vejez. Se relaciona con la construcción social que se le da a esta etapa, es decir, en cómo es vista y construida la vejez por la sociedad o cultura a la que se pertenece.

Actualmente, uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en esta etapa es la exclusión o rechazo social hacia el adulto mayor, afectando su desenvolvimiento y participación comunitaria, debido a que la vejez se concibe como una etapa de pérdidas, deterioro e inactividad. Como consecuencia de esta construcción social negativa de la vejez o de las personas que se encuentran en este proceso, surge lo que algunos autores han denominado como “viejismo”.

El viejismo es cualquier acción que genera discriminación en contra de las personas viejas/mayores. Refiere Butler (1975) que es “el proceso de sistemática estereotipación y discriminación en contra de las personas por el hecho de ser viejas” (p. 243). Este concepto hace referencia al rechazo a los viejos por cuestiones de edad al considerar que las personas viejas son menos capaces, atractivas, pensantes o productivas. Estas ideas promueven que las nuevas generaciones vean a los viejos como personas diferentes e inferiores a ellos (Martínez et al, s/f, p.3).

De acuerdo con Butler y Lewis (1977, como se citó en Martínez et al, s/f,) existen factores que influyen en la construcción del viejismo relacionados con el modelo capitalista y con las corrientes y modelos teóricos que se derivan de éste.

Los autores plantean que los factores que influyen en la construcción del viejismo son: i) el temor a la muerte: ya que el llegar a ser viejo es el paso directo al final de la vida. En las sociedades industrializadas se considera que la enfermedad y la muerte son los enemigos del progreso económico, por lo tanto, la medicina busca la forma de luchar contra la enfermedad y evitar la muerte. ii) la referencia a una cultura de juventud: pues la juventud en el capitalismo es el

estatus máximo. Se piensa que por el hecho de ser joven se es más sano y productivo, colocando a la población joven en una situación de superioridad frente a los viejos, es por ello, que las personas se ven en la necesidad de disimular o negar su edad o que están en la vejez, con la finalidad de seguir desempeñando un papel importante en la sociedad, y iii) énfasis en la productividad y competitividad, las cuales se relacionan con el modelo económico, donde las personas mayores dejan de ser competitivas. En el sistema capitalista se necesita eficacia y eficiencia para ser más productivo laboralmente. Se cree que ser viejo es igual a ser incapacitado para realizar actividades remuneradas (Martínez et al, s/f).

El viejismo parece estar convirtiéndose en un fenómeno de gran impacto social, que de manera intencional o no, hace ver a la vejez como una etapa a la que no se debería de llegar; y cuando se llega, por lo general es considerada como una tortura o castigo. Con ello, el viejo va perdiendo valor, haciéndonos creer que ser viejo es estar en retroceso y declive. A la población vieja se le discrimina y se le excluye de la participación social, restringiendo su acción en el campo laboral y en las actividades políticas y culturales.

Uno de los procesos sociales más importantes que se viven durante la vejez, es la jubilación, ya que el adulto mayor se desvincula total o parcialmente del ámbito laboral y según sea el caso se prepara para la jubilación. En nuestra sociedad, la edad en la que una persona puede jubilarse es entre los 60 y los 65 años (Alvarado y Salazar, 2014). Una vez que se llega a esta edad, el adulto mayor se retira de su vida laboral.

Con la jubilación puede haber cambios en las relaciones sociales de las personas. Por ejemplo, las redes sociales pueden disminuir ya que el adulto mayor se distancia del espacio laboral que representa una fuente de contactos sociales donde se crean vínculos afectivos-amistosos más allá de lo laboral y que por lo regular son redes de apoyo independientes de la familia. Cabe destacar que el hecho que disminuya el número de contactos sociales no significa que debería haber una disminución del apoyo recibido.

La importancia y el impacto de las redes de apoyo social, además de ser indispensables y necesarias en la interacción con los demás, fortalecen el desarrollo del adulto mayor. Las redes de apoyo social (RAS) impactan de forma significativa a nivel económico, social y sobre todo emocional para afrontar los cambios en la vejez.

Debemos comprender que no todos los cambios sociales tienen un efecto negativo, pues la jubilación también podría permitir que el adulto mayor tenga más tiempo libre en el que podría realizar diferentes actividades culturales o de ocio para mejorar y vivir una vejez digna, y con ello, la posible formación de nuevos vínculos que le permitan acrecentar su red de apoyo social.

Otro cambio de gran impacto social para el viejo es la modificación de los roles sociales. Los roles que tenía establecidos con anterioridad cambian al envejecer. La sociedad obliga al adulto mayor a abandonar los roles que había desempeñado toda su vida y a asumir nuevos.

En algunos casos, el adulto mayor deja de ser una persona económicamente activa, capaz de valerse por sí mismo, y se enfrenta a la dependencia de la familia, pues ya no cumple con la función de ser proveedor o fuente de ayuda y se convierte en una carga familiar. Situación que se ve atenuada o resuelta si el adulto mayor cuenta con algún tipo de apoyo económico y/o pensión.

Otro aspecto que se modifica está relacionado con las actividades diarias. Algunas personas mayores que tenían una vida muy activa relacionada con el trabajo, al jubilarse pueden descansar, realizar labores que anteriormente no podían hacer como alguna actividad recreativa, ejercicio, viajar o simplemente disfrutar su tiempo, entre otras cosas. Otras personas mayores no precisamente disfrutarán de su tiempo libre, posiblemente tendrán que seguir trabajando de manera informal, al no contar con apoyo económico.

Así mismo, en algunos casos se asignan nuevos roles. Hay quienes asumen el rol de abuelo que se relaciona con el disfrute o la imposición del cuidado de la

familia y/o los nietos según sea el caso. Esto dependerá del contexto en el que el adulto mayor se encuentre, quizás no todos cuenten con una familia.

Para concluir con este apartado, se destaca que, como consecuencia de lo antes mencionado, se presentan, intensifican y son más notorios los cambios en el estado de ánimo del adulto mayor. Se pueden presentar sentimientos de tristeza, soledad y/o depresión por los acontecimientos negativos que se llegan a suscitar en este proceso y más cuando no se cuentan con las redes de apoyo social necesarias, o, por el contrario, esos cambios también podrían identificarse de forma positiva, al tener un buen soporte dentro de su red de apoyo social.

Algunas de las teorías que abordan la explicación de los cambios sociales son:

1.-Teoría de la desvinculación o desligamiento: Propuesta por Elaine Cumming y William Henry en 1961, quienes analizan el retiro de la interacción social de las personas mayores. Esta propuesta sugiere que los viejos aceptan la reducción de sus interacciones sociales y personales como una forma de adaptación natural a la vejez. La premisa de esta teoría es que la desvinculación, es un proceso natural y que, a todas las personas mayores, independientemente de la cultura o el contexto, tienen una tendencia al desapego de la vida social, así mismo, se destaca que la desconexión o ruptura de vínculos entre la persona mayor y la sociedad es un proceso inevitable en el envejecimiento (Merchán y Cifuentes, s/f).

De acuerdo con esta teoría se da por hecho que todas las personas mayores están de acuerdo o aceptan la pérdida de redes sociales y vínculos. Como se mencionó anteriormente las redes de apoyo social son indispensables y el medio de interacción del adulto mayor. Por lo tanto, no se puede determinar que la disminución de la interacción social es algo natural.

2.-Teoría Funcionalista: Su principio es partir del papel que tienen los ancianos desde la actividad. Defiende la asignación de roles sociales diferentes después de la jubilación, debido a que la persona envejecida está expuesta a

pérdidas físicas y psicológicas que reducen su autonomía y disminuyen su competencia productiva/laboral.

Una persona mayor no es funcional o eficaz para el modelo capitalista, porque el viejo es más lento, pierde funciones psíquicas, el cansancio y la fatiga se hacen más presentes, así como la pérdida de las capacidades esenciales y habilidades básicas en un contexto de competitividad. Al percibirse al adulto mayor así, es evidente que para el mundo capitalista representará ineficiencias en la experiencia social y laboral, por lo tanto, se reduce a la persona mayor al ámbito familiar.

3.-Teoría de la actividad: Propuesta por Robert Havighurst en 1964. En ella se plantea la importancia de los roles sociales como principal elemento entre lo psicológico y lo social (Mishara y Riedel, 2000). Lo que propone esta teoría es que quienes envejecen mejor son los que tiene mayores niveles de participación social, emocional y física (Aguilera, 2010). Lo que se busca es involucrar al adulto mayor socialmente a través de actividades. Es decir, si las personas se mantienen activas en su vida diaria tendrán más situaciones gratificantes que les permitirán mantener su autoestima, tener mayor seguridad e independencia. Así mismo, quienes participan en alguna actividad tendrán mayor capacidad de adaptación al medio social.

4.-Teoría de la modernización: Propuesta por Cowgill en 1974. Enfocada a analizar la situación actual del adulto mayor. El autor analiza que en las sociedades modernas el adulto mayor es relegado socialmente, mientras que en sociedades tradicionales el ser viejo daba mayor estatus; las personas eran reconocidas por su experiencia y sabiduría. De la misma forma, se descalifica al viejo del ámbito laboral por no cumplir con las nuevas exigencias de competitividad (Ortiz de la Huerta, 2005). Esta teoría afirma que la posición social de los ancianos es proporcional al grado de industrialización de cada sociedad; las nuevas tecnologías son asimiladas por los jóvenes que desplazan a los ancianos del mercado laboral (Merchán y Cifuentes, s/f).

5.-Teoría de los roles sociales: Propuesta por Irving Rosow en 1967, establece que, a lo largo de la vida de una persona, la sociedad va asignando papeles que deben ser asumidos en el proceso de socialización. Estos papeles/roles van cambiando según las distintas etapas del desarrollo cronológico.

Por lo tanto, la premisa de esta teoría destaca que la persona que envejece debe ir asumiendo roles que corresponden a su edad, lo que producirá mayor satisfacción en la vejez. Cuanto más adaptado esté el adulto mayor a los cambios de roles que la sociedad va asignando, mejor vivirá esta etapa.

Esta teoría ha intentado estudiar la vejez como un proceso evolutivo de adquisición y pérdida de roles sociales, permitiéndole a la persona darse cuenta de la posición social que ocupa de acuerdo con su interacción con las demás personas de la sociedad, en la que los cambios de las actividades que desempeña son asociados a la jubilación y la falta de salud (Zetina, 1999).

Con la anterior revisión se concluye que la vejez y el envejecimiento son conceptos complejos que deben de contextualizarse y comprenderse desde distintos ámbitos (biológico, psicológico y social). Al ser un proceso y etapa universal, significa que todos viviremos el envejecimiento y la vejez de modos y a tiempos diferentes.

Algunas perspectivas teóricas señalan que la vejez es una etapa normal del ciclo vital, sin embargo, no podemos perder de vista que en la actualidad se le ha dado una construcción social negativa, en la que se percibe que el ser "viejo" o estar en la vejez es sinónimo de algo malo, ser viejo significa ser incapaz de realizar las actividades que marca la sociedad e inclusive la mayoría de las veces el ser viejo está relacionado con la enfermedad y por consecuencia o por obiedad significa estar cerca de la muerte.

Capítulo II. Redes de Apoyo Social

Como se analizó en el capítulo anterior, durante la vejez se producen diversos cambios en los aspectos biológico, psicológico y social, los cuales están relacionados entre sí. Teóricamente, ninguno de ellos tiene mayor importancia que el otro, debido a que el cambio de un aspecto puede modificar los demás.

Como se mencionó todos los cambios son relevantes, pero para fines de esta investigación, me centraré en los cambios sociales por los que pasan las personas mayores, específicamente los relacionados a las redes de apoyo social, es decir, a su funcionamiento, fortalecimiento, rompimiento o debilitamiento, y la influencia de éstas y cómo son percibidas por ellos.

Analizar las redes de apoyo social (RAS), es relevante durante la vejez, ya que la forma de interactuar con los demás, durante esta etapa, es un elemento que determina el modo y la calidad de envejecimiento. Es decir, si las redes son estables fortalecen el sentido del valor individual y el reconocimiento de las capacidades propias, así como el buen desarrollo de las personas mayores (Arias, 2009).

Sin bien es cierto que, las redes de apoyo social son fundamentales en todas las etapas de la vida porque permiten a los individuos ser auxiliados y mantener u obtener alternativas de apoyo, así como la formación de relaciones interpersonales, durante la vejez son indispensables, ya que permiten afrontar situaciones que pudieran poner en riesgo la integridad de las personas mayores. En este capítulo se describirán y analizarán el concepto y características de las RAS.

En algunas propuestas teóricas los conceptos de red y apoyo sociales son definidos como conceptos separados, en algunas otras se utiliza indistintamente, dependiendo de cómo lo determine el autor. Sin embargo, ambos conceptos van de la mano, el vínculo que se establece entre ellos es complementario al estudiar y analizar las RAS.

Redes sociales.

A principios de los años treinta del siglo XX, Jacob Moreno (1889-1974), psiquiatra norteamericano, comenzó a estudiar el átomo social, es decir, se interesó no sólo por el individuo, sino por la forma en que éste establece relaciones interpersonales con otros. Por sus investigaciones, es considerado pionero en el estudio y trabajo de grupos y su interacción. Analizó el caso de una institución de rehabilitación, en la cual las jóvenes escapaban en grandes cantidades, y se interesó en cómo se relacionaban entre ellas y formaban una red, en la que existían relaciones que iban más allá de las fronteras de los propios grupos. Jacob Moreno fue uno de los precursores de la sociometría⁵, mediante la creación y el uso de sociogramas⁶ (Bezanilla y Miranda, 2012).

Sin embargo, al primer investigador al que se le atribuye la noción y uso del término de red social es a John A. Barnes, antropólogo social, quien, en 1954 estudió la relación de algunos parroquianos de un pueblo de Noruega. Las cuestiones que le interesaban estudiar eran dos: la primera era referente al tipo de estratificación social y la segunda enfocada al funcionamiento del poder. Con ello, evaluó la posición social de cada individuo dentro del colectivo, pero sobre todo el contacto entre personas, quienes a pesar de las diferencias sociales se percibían como iguales. Determinó que cada persona está en contacto con cierto número de personas, de las cuales algunas tienen contacto entre sí y algunas otras no, es así como se define a este grupo social como red (De la Rúa, 2008).

Lewin (1952), en su análisis de la interacción social, refiere que el comportamiento de los individuos y la estructura del grupo al que pertenecen se

⁵ La sociometría era utilizada con fines terapéuticos como una técnica de intervención y estrategia en el estudio de las relaciones interpersonales en los grupos terapéuticos psiquiátricos. Desde la perspectiva Moreniana se pretendió partir de los principios de atracción y rechazo en la interacción entre personas. Benzanilla, J, M, Miranda, M. A (2012). La sionomía y el pensamiento de Jacobo Levy Moreno. Una revisión teórica. Revista de Psicología GEPU, 3(1), 15-17.

⁶ Los sociogramas son una representación gráfica que permiten medir o analizar las relaciones interpersonales, el desarrollo, la organización del grupo e identificar la posición que ocupan los individuos dentro de éste. García, S. (2013). El uso del sociograma para determinar las relaciones existentes en el aula de 4º E.S.O. Facultad de Educación. Universidad Internacional de la Rioja, Barcelona, 14-16.

inscriben en un espacio social formado por el grupo y su entorno, configurando un campo de relaciones, mismas que pueden ser analizadas formalmente a través de procedimientos matemáticos (Lozares, 1996). Su estudio se enfocó en grupos, denominados por Lewin como campos. Estos campos son los espacios en los que las personas interactúan y mediante los cuales existe la comunicación de ideas a través del contacto directo o por intermediarios capaces de transmitir dicha información.

No obstante, es hasta la década de los setenta del siglo pasado que el estudio de las redes sociales tiene mayor auge y por lo tanto comienza su utilización como orientación e instrumento de análisis de grupos. Comenzaron con mayor regularidad las investigaciones debido al desarrollo basado en métodos matemáticos específicamente los relacionados con la teoría de los grafos⁷ y la sociometría (Lozares, 1996).

El análisis de las redes sociales se fue desarrollado de forma continua a lo largo de los años, hay autores que siguieron aportando elementos para dar una construcción sólida del concepto de red social.

Sluzki (1979) y Steinment (1988 como se citó en Clemente, 2003) plantearon que la red social está conformada por “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferentes a la masa anónima de la sociedad” (p.34). Por lo tanto, esta red se refiere al ámbito interpersonal del individuo, contribuye a su reconocimiento, así como a su imagen de sí. Wasserman y Faust (1998, como se citó en Clemente 2003) plantean que “la red social es un conjunto finito de actores y de relaciones que se autodefinen entre ellos” (p.35).

⁷ La Teoría de los grafos es una representación matemática relacionado con otras áreas como la topología. Los grafos son diagramas o dibujos que se definen como una representación diagramática, o bien como un par de conjuntos que se pueden expresar algebraicamente. Un grafo es un conjunto de puntos en el espacio, los cuales están unidos entre sí mediante líneas. Por lo tanto, un grafo puede ser la representación de un sinnúmero de situaciones posibles. Menéndez Velázquez, A (1998). Una breve introducción a la teoría de los grafos. Suma. Revista sobre la enseñanza y el aprendizaje de las matemáticas. 28, 11-26. https://revistasuma.fespm.es/sites/revistasuma.fespm.es/IMG/pdf/28/SUMA_28.pdf.

Sirlín (2006) define a las redes sociales como las relaciones e interacciones que se establecen entre todas o algunas de las personas dentro de un entramado social. Estas relaciones generan vínculos que pueden ser positivos y/o negativos dependiendo del contexto en el que se encuentre el individuo. A su vez éstas contribuyen al sentido de pertenencia, lo que genera integración social evitando el aislamiento que incide en la forma de vida y el proceso de salud enfermedad del individuo.

Otros autores definen como red social al entramado de personas que rodean a un individuo, permitiendo que se relacione e interactúe con integrantes de otros grupos dentro de un medio, con la finalidad de potencializar los recursos con los que cuentan y enriquecerse de los recursos intercambiados y de las relaciones establecidas con los miembros que conforman la red (Madariaga et al., 2003).

Por lo tanto, las redes sociales son consideradas como:

el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social, permitiéndole mantener o mejorar su bienestar físico, material y emocional que ayudará a evitar el deterioro que se puede generar cuando existen dificultades, crisis o conflictos que afecten al sujeto (Guzmán et al., 2003, p.43).

Como hemos observado el término red social se ha ido definiendo durante mucho tiempo. Actualmente se distinguen dos perspectivas teóricas que dependen del lugar y la visión de la que parten: la anglosajona y la Latinoamericana.

Desde el contexto anglosajón sobresalen los trabajos de Lopata (1975) quien definía a “la red social informal como un sistema de apoyo primario integrado para dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional, que son considerados por el receptor y el proveedor como importantes” (p. 40). Del mismo modo, en 1975, Cobb concebía a “la red social como instancia mediadora por la cual se proporciona apoyo emocional y de información” (p. 40).

Posteriormente, Walker (1977, como se citó en Guzmán et al., 2003) las definió como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, material e información” (p. 40).

Años más tarde Maguire (1980, como se citó en Guzmán et al., 2003) determinó que las redes podrían funcionar como fuerzas preventivas que atienden a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y/ o emocionales. Derivado de ello, Connidis y Davies, hacen referencia a la necesidad de contar con una red de apoyo social diversa, debido a que existen diferentes tipos de relaciones y por ende proveen diferentes formas de apoyo (Salinas et al., 2007).

Por otra parte, desde el contexto Latinoamericano, el estudio de las redes sociales se caracteriza por la importancia que se les da a éstas en cuestión de reproducción social⁸, prioritariamente de personas que tienen una desventaja social.

El trabajo más destacado se le atribuye a Larissa Lomnitz (1994), quien con el análisis de su obra *Cómo sobreviven los marginados*, realizado en la Ciudad de México, determinó que “las redes de intercambio desarrolladas por los pobladores constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en la barriada” (p. 29).

En ella, se identifican cuáles podrían ser los mecanismos de supervivencia de los grupos con mayor marginación. Se establece que la supervivencia se determina de acuerdo con los vínculos de reciprocidad y ayuda mutua del que la persona pueda disponer. Principalmente esta propuesta se basa en que las redes

⁸ Reproducción Social: Se refiere a las formas de vida que caracterizan a los distintos grupos sociales, así como sus patrones de trabajo y de consumo, su forma organizativa y su cultura, con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan. Es decir, los miembros de cada clase social, de acuerdo con su inserción en la esfera productiva, con sus patrones de consumo y sus formas características de organización y cultura, se desenvuelven en un sistema contradictorio en el que se oponen las fuerzas que protegen y benefician la salud, por otro lado, los aspectos destructivos que constriñen y perjudican, a este sistema de contradicciones es a lo que se llama reproducción social. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): p13-27 <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

desempeñan un papel de gran relevancia entre los grupos o sectores más desfavorecidos, ya que éstas tienden a satisfacer las necesidades que no son cubiertas por el Estado.

La autora sostiene que, en la búsqueda de beneficios entre los más desprotegidos, las redes se estructuran y reestructuran para conservar o aumentar los recursos en beneficios de todos los integrantes del grupo. De tal modo que, el único modo de sobrevivir en el medio estará determinado por los lazos de reciprocidad y ayuda mutua.

Lomnitz (1977) identificó que estos mecanismos se institucionalizan y en la mayoría de los casos reemplazan una necesidad o precariedad. Con ello su concepción de red se asemeja a ser una acción social solidaria, en la que se busca hacer frente a las condiciones de explotación, marginación y exclusión que el sistema capitalista impone a la mayoría de la población (García, 2017). La posición y el contexto que Lomnitz da a las redes sociales, permite identificar que existen redes sociales informales dentro de los sistemas formales.

De igual manera, González de la Rocha (1999) realizó diversos estudios en México que se centraban en el estudio de la pobreza, la organización social de la familia, los grupos domésticos, el cambio económico y su impacto en la vida familiar, así como la vulnerabilidad de los más pobres.

Trabajó al igual que Lomnitz cuestiones de reciprocidad, estrategias y redes sociales entre los sectores más pobres en Guadalajara y realizó un estudio de caso en una comunidad. Lo que principalmente se cuestionaba emergía de la pregunta ¿Por qué se trataban de buscar soluciones mediante la familia y las redes a los problemas que eran generados por la constante adversidad económica?

En sus conclusiones, afirma que la familia y las redes actúan como amortiguadores que sirven como un refugio o una forma de seguridad ante los problemas generados por las dificultades económicas constantes. La autora destacó que la reciprocidad es “un elemento básico en cualquier tipo de

intercambio social” (De la Rocha, 1999, como se citó en Montes de Oca, 2005, p. 23), con lo que permitiría dar continuidad y permanencia a las relaciones sociales.

González de la Rocha también retomó lo estudiado por Mingione (1994) argumentando que las redes sociales actúan en contextos y grupos sociales específicos y son diferentes en hombres y mujeres.

En Argentina, Elina Dabas (1993), destacó lo desarrollado, durante el Encuentro Internacional sobre las Redes Sociales a través de su publicación *Redes: El lenguaje de los vínculos*. En ella se compilan una serie de exposiciones de diversos autores acerca de cómo las redes sociales son un ámbito de interacción humana, y son el punto de partida de un sentimiento de pertenencia, de accionar, de diálogo e inclusive de conflicto.

En su publicación, se muestran diversas posibilidades del accionar comunitario, así como las formas de organización social. Su principal planteamiento fue la necesidad de estudiar las redes desde la perspectiva comunitaria y no solamente desde lo individual o familiar. Las redes comunitarias desde este enfoque tienen diferentes implicaciones: se conciben sólo de manera colectiva, el empoderamiento toma sentido a través de la experiencia colectiva, es decir, cuando la subjetividad de haber participado, logrado o compartido es posible gracias a estar dentro del colectivo, lo que permite que las comunidades puedan determinar y discutir las principales necesidades mediante procesos internos de diagnóstico.

Por ende, la propuesta de Dabas se remite no sólo a ver y estudiar a la red, sino que, hay que operar dentro de ella, dotándola de poder para la solución de problemáticas, otorgándole a los individuos poder suficiente dentro de su red (Guzmán et al., 2003). Por lo tanto, la propuesta que Dabas expone, radica en la necesidad de pensar en redes y no en unidades aisladas o individuales.

Como hemos visto dependiendo del contexto en el que se estudie la red social, su conceptualización cambiará.

En el contexto anglosajón se observa que el análisis se realiza desde las acciones individuales, ya que parte de la persona y de la interacción que ésta establece con el medio. Algunas de sus características son que la disponibilidad del apoyo depende principalmente de los contactos personales y cercanos de la persona, es otorgada a un solo individuo y no necesariamente surge del interior de la familia, sino que otras personas pueden brindar asistencia y diversos tipos de apoyo. Es decir, las redes sociales giran en torno al individuo, y no necesariamente a la comunidad.

Al contrario, en el contexto latinoamericano, su principio se basa en la reciprocidad de las relaciones de grupos de personas que se encuentran en desventaja social y económica. Mediante la red social se construyen lazos y se brinda ayuda mediante acciones que el colectivo ofrece y que son una forma de respuesta para suplir necesidades económicas que el Estado no puede resolver. El punto de partida son los vínculos de reciprocidad colectiva, mismos que permiten la integración y el sentido de pertenencia. La acción solidaria de las redes permitirá la supervivencia de los individuos ante adversidades que se les puedan presentar.

Tipología de las Redes

La tipificación de las redes sociales da un panorama de la forma de distribución, clasificación, beneficios y la conexión que existen entre los integrantes que las conforman, es decir, permite identificar la forma en que un individuo está inmerso dentro de su red social. Existen dos criterios de clasificación, el primero se basa en los tipos de intercambio que se generan, y el segundo en las interconexiones entre los miembros (ver figura 1).

Redes basadas en los tipos de intercambio. Retomando a Lomnitz, sostiene que “en toda sociedad se dan redes sociales verticales y horizontales, que establecen intercambios simétricos y asimétricos, las que se articulan entre sí conformando el tejido social” (Lomnitz, 1988, como se citó en Aguirre y Pinto, 2006, p. 83). De igual forma la autora refirió que según Polanyi y Dalton (1964)

existen tres tipos (para fines de esta investigación solo se basará en 2 tipos) de redes de intercambio:

1.- Redes basadas en la reciprocidad: Se produce un intercambio igualitario de bienes y servicios como parte de una relación social duradera, de modo que su enfoque emerge de la existencia de igualdad, con la idea de que lo brindado será recompensado del mismo modo, ya sea en términos económicos, materiales o instrumentales.

Una condicionante de la reciprocidad es que exista un intercambio, donde la persona que recibe apoyo esté en condiciones de devolver la acción similar o dependiendo de lo que la otra persona requiera (Rivera, 2005). El resultado de este intercambio origina la creación de relaciones y vínculos fraternales dentro de una agrupación específica (Polanyi, 2014).

La reciprocidad se entiende como un intercambio entre individuos con recursos y carencias similares, que se dan en un contexto de sociabilidad y confianza (Lomnitz, 1988, como se citó en Aguirre y Pinto, 2006).

2.- Redes basadas en la distribución de bienes y servicios: Estas emergen en un contexto en el que los individuos que están dentro de ellas tienen diferentes jerarquías y recursos desiguales, es decir, son relaciones de poder inmersas en las relaciones personales.

En estas redes se realizan intercambios con la finalidad de obtener recursos o servicios (Aguirre y Pinto, 2006). De modo que, la distribución de los bienes se enfoca primeramente en el individuo para que luego estos puedan distribuirse en la comunidad o la sociedad (Guzmán et al., 2003). Por lo general, debe existir un intermediario que será el encargado de recoger o distribuir los bienes de forma igualitaria para la sociedad (Polanyi, 1989).

Redes basadas en los tipos de interconexión. Esta clasificación se realiza con base en la interacción entre los miembros de la red social, donde se pone el énfasis en la interconexión. Existen dos tipos de redes: las informales o redes primarias y las formales o redes secundarias. Entre las primeras se

encuentran la familia, amigos y redes comunitarias, las segundas se constituyen por instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

La importancia de esta tipología no es sólo por quienes la constituyen sino por la función de apoyo que proporcionan.

Red informal o red primaria. Según Chadi (2000) es “el mapa que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona” (p. 23). A esta red se le conoce como red de estrella o red egocéntrica. Está constituida principalmente por la familia, los vínculos amistosos o vecinales y/o de alguna comunidad determinada en la que participa la persona.

Esta red proporciona apoyo, que, al ser provisto por personas cercanas, el individuo lo percibe como significativo. En esta red no se cuenta con una estructura o reglas a seguir para brindar ayuda, sino que se brinda de manera espontánea y de acuerdo con las posibilidades de quien la brinda.

Las redes primarias constituyen el soporte más poderoso que tiene el individuo, ya que permite al individuo mantenerse en sociedad de forma autónoma, integra e independiente (Terán, 2014). Entre las redes de apoyo informal se encuentran:

Red familiar. Es la red más cercana al individuo, en la cuál se crean vínculos interpersonales significativos. La pareja, los hijos y los parientes son los principales actores de esta red. La fractura o alteración en este tipo de redes puede estar dado por el contexto geográfico, debido a que algunos de los integrantes de la familia cambian de residencia, lo que hace que el contacto sea ocasional y menos frecuente o por los conflictos internos en la familia.

Esta red se caracteriza por ser la principal fuente de apoyo, en ella se forman los vínculos más cercanos al individuo. El apoyo que brinda esta red está determinado por cuestiones de género, ya que a la mujer se le ha impuesto a lo largo de la historia el papel de cuidadora, y con ello, la responsabilidad de cuidar del otro, mientras que los hombres son quienes principalmente reciben el apoyo ya sea a través de la pareja y/o hijas.

En estas redes, el apoyo familiar se proporciona de diversas formas. Cuando la familia cohabita, el apoyo se expresa por la colaboración en quehaceres domésticos, el cuidado, el apoyo emocional, la compañía, el consejo, etc. En tanto que en familias que no cohabitan, el apoyo emocional e instrumental son sustituidos por apoyos de tipo material (Montes de Oca, 2005).

La diferencia en el otorgamiento de ayudas estará determinada por los niveles de proximidad, intimidad y niveles de convivencia.

Redes no familiares o redes de amigos y vecinos. Esta red se conforma por amigos, vecinos, compañeros y ex compañeros de trabajo y conocidos. Una de las características de esta red es que los vínculos amistosos se establecerán por lo intereses comunes y actividades compartidas.

Al igual que la red familiar, las relaciones establecidas con los amigos también son percibidas como significativas, y son las personas con las que se mantiene una relación directa y constante. Los vínculos amistosos también son una fuente de apoyo de gran relevancia. Los amigos y los vecinos constituyen el grupo más cercano a la familia.

El tipo de apoyo que este grupo de personas puede brindar es el de tipo emocional, afectivo e instrumental y en algunos casos también de tipo material. En las personas en situación de viudez, solteros, quienes no tuvieron hijos o quienes han sufrido la muerte de los anteriores, las redes amistosas y de vecinos es la fuente de apoyo más importante. En situación de enfermedad, la compañía de los amigos es un posible factor de alivio emocional (Montes de Oca, 2007).

Sluzki (1998, como se citó en Montes de Oca, 2005) retoma que “los amigos son tan importantes como la familia” (p. 59). A pesar de que la red de amigos varía en el curso de la vida por las diferentes trayectorias y cambios de residencia, tienen gran importancia en la construcción y reconstrucción de la identidad desde la niñez hasta la vejez (Clemente, 2003).

Otros autores como Antonucci y Jackson (1987 como se citó en Sirlín, 2006) refieren que “el apoyo provisto por los amigos posiblemente es más

apreciado que el cuidado recibido obligadamente por la familia” (p. 40). En los vínculos amistosos existen y se comparten códigos de reciprocidad que requiere de tiempo y disponibilidad para poder brindar la ayuda de cualquier tipo (Montes de Oca, 2003).

Al igual que en las redes familiares el apoyo será diferente entre hombres y mujeres y adquiere significados diferentes dependiendo de la etapa de vida en la que se encuentre la persona. Este tipo de red puede verse limitada y afectada por la disponibilidad de tiempo, el trabajo, limitaciones económicas o limitaciones de autonomía física, así como la distancia entre una persona y otra.

Redes comunitarias. Estas redes se basan en las experiencias colectivas. Su principal objetivo es el sentido de pertenencia, en ellas se pueden compartir ideas o características semejantes acerca de alguna cuestión o problemática específica (Montes de Oca, 2005). Las redes comunitarias se conforman por colectivos como las organizaciones barriales, los equipos de trabajo comunitario, las organizaciones religiosas, de salud, entre otras.

Una de las características de esta red es que puede definirse por cuestiones geográficas, y de cercanía social, es decir, por el nivel de confianza e intimidad y la relación entre los miembros de la comunidad. Otra característica de estas redes se da por la territorialidad y el sentido de comunidad, es decir, sentir pertenencia a un grupo específico. El contexto geográfico o la vecindad serán clave en la determinación de la formación de redes comunitarias, debido a cuestiones de cercanía o lejanía espacial entre los miembros.

Según Montes de Oca (2005), las redes comunitarias tienen un gran potencial en la forma de proveer apoyos de formas parcialmente estructuradas, ya que dentro de estos grupos también existen normas y reglas que se deben seguir, con la finalidad de organizar y conseguir los objetivos del colectivo.

Las redes comunitarias son diferentes para hombres y mujeres. La mujer tiene mayor facilidad para establecer vínculos con otras personas, y su participación en los grupos de apoyo es más frecuente que la de los hombres

debido a los roles establecidos por la sociedad. Al hombre se le dificulta la participación porque la mayoría del tiempo, su rol como proveedor familiar y su inserción en mercado laboral le impiden establecer relaciones con su comunidad.

El tipo de ayuda que brindan las redes comunitarias es de tipo informativa, de consejos, apoyo emocional, posiblemente económica ya sea en dinero o en especie. Principalmente, en las redes comunitarias se podrá proporcionar y recibir compañía, un espacio de relajación, esparcimiento e información que les permitirá enfrentar enfermedades o pérdidas sociales, emocionales y físicas a sus integrantes (Montes de Oca, 2003).

Red formal o red secundaria. Este tipo de redes se basa en una organización estructurada y con objetivos específicos en determinadas áreas, es decir, proviene de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en dónde participan profesionales. Las redes formales son estrategias positivas principalmente para personas que no cuentan con familia, que viven solos, o su familia no conviven con ellos (García, 2017).

Estas redes están mediadas por programas de apoyo y acciones sociales del Estado, de la iniciativa privada o de organizaciones civiles. Están dirigidos principalmente a población vulnerable como los niños, mujeres, indígenas y personas mayores (Pérez, 2018).

El apoyo que se proporciona es mediante un sistema estructurado, es decir, se trabaja con reglas formalizadas y procedimientos estandarizados. El apoyo proveniente de instituciones públicas o/ privadas, se rigen mediante políticas públicas, subsidios, y programas de prestación de servicios como los servicios públicos, servicios de seguridad social y los de salud (Pérez, 2018). Las personas que estén inmersas dentro de este tipo de redes desarrollan un rol concreto encaminado a cumplir objetivos específicos en determinadas áreas (Reyes, 2017).

Entre las redes formales o secundarias se encuentran:

Red Gubernamental. Se integra principalmente por organismos públicos dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población de acuerdo con sus condiciones de salud, situación económica o con necesidades de información y servicios.

En México existen diversas instituciones que brindan apoyo económico, servicios educativos y de salud a la población como la Secretaría de Bienestar Social, la Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituciones Públicas del Sector Salud (IPSS), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) o el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) por mencionar algunas. Son instituciones que se encargan y están obligadas a hacer efectivos los derechos de la población más vulnerable como niños, mujeres, indígenas y personas mayores.

La forma de apoyo de estas redes está encaminada a brindar ayuda de tipo material, de información o la prestación de algún servicio, principalmente. (CONEVAL, 2015, como se citó en Pérez, 2018). Estos pueden ser brindados a partir de políticas públicas, así como por el otorgamiento de subsidios y diversos programas prestadores de servicios. La disponibilidad dependerá del contexto demográfico ya que no en todos los estados se brindan los mismos programas sociales (Arias, 2009).

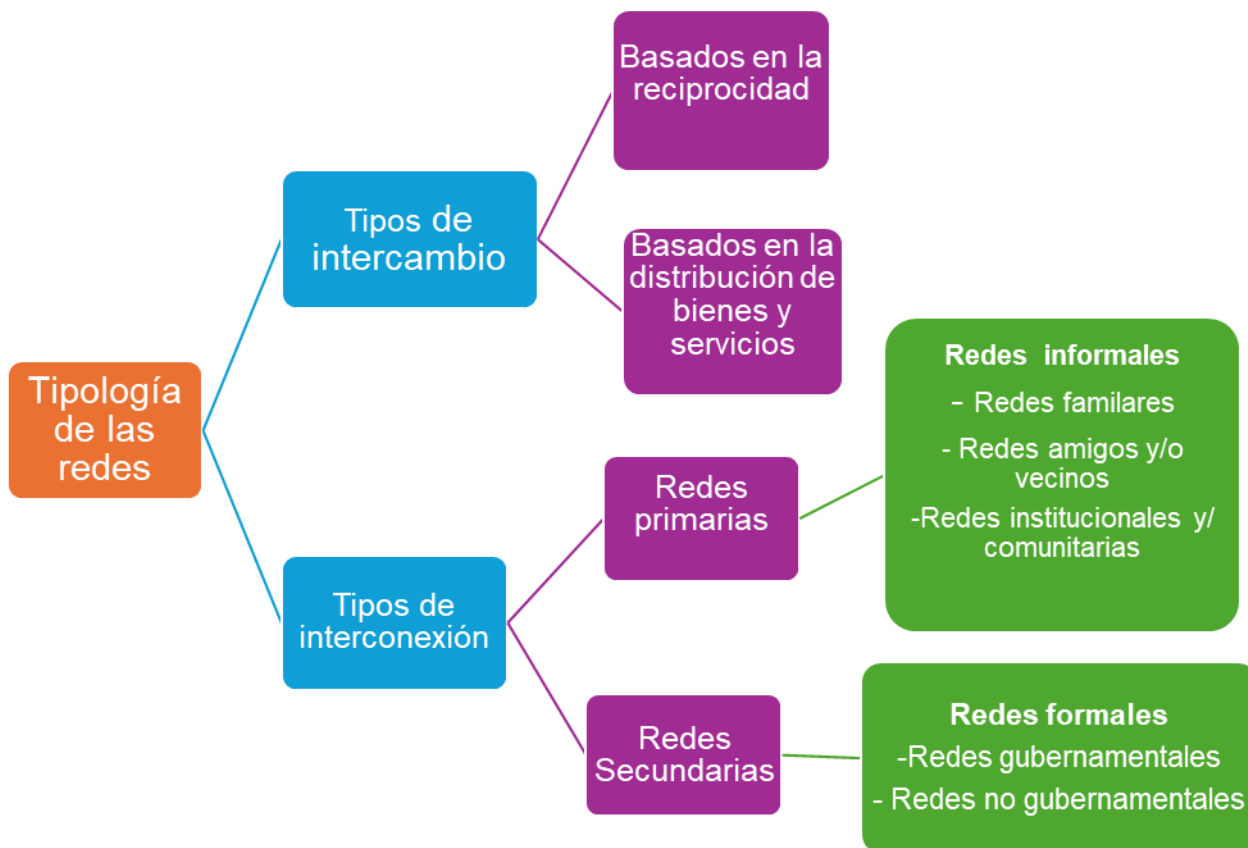
Red no Gubernamental. Está integrada por las organizaciones de la iniciativa privada y las asociaciones sin fines de lucro, en las que se constituye un espacio de participación, que hacen posible la construcción de la ciudadanía e integración social de las personas mayores, es decir, son espacios que buscan optimizar las condiciones de vida de los sectores con los que trabajan (Sirlin, 2006).

En México, algunas organizaciones y asociaciones civiles que atienden a personas mayores son: Hogar Marillac A.C., Fundación Tagle I.A.P, Fundación de Ayuda a la Ancianidad I.A.P., Fundación para Ancianos Concepción Beistegui I.A.P., entre otras. Estas instituciones se encargan de satisfacer algunas

necesidades básicas de las personas mayores en materia de alimentación, vestido, cuidado y asistencia médica.

Figura 1

Esquema general de Tipología de las redes sociales.



Nota. Propuesta propia basada en Guzmán, et al. (2003). *Redes de Apoyo Social de las personas mayores: Marco Teórico Conceptual*. (44-45).

Estructura de la Red

La estructura de la red es una de las características esenciales que permite conocer los criterios estructurales e interaccionales en el análisis de las redes. Más que un método, Requena (1989) determina que la estructura de la red sirve como un modelo que permite reconocer y describir cuáles son las relaciones y las posiciones sociales que ocupan los actores dentro de una red.

La estructura de la red se puede definir a partir de los siguientes elementos: tamaño de la red, densidad, composición y distribución, dispersión y homogeneidad o heterogeneidad.

Tamaño de la red: Evidentemente, ésta se cuantifica de acuerdo con el número de personas que la integran. Hay que hacer énfasis en que el tamaño de la red depende del contexto y la población en la que se enfoque (Sluzki, 1998).

Clemente (2003) menciona que mientras la red sea de tamaño mediano será más efectiva que las pequeñas o las que son muy extensas, ya que en el caso de las redes pequeñas puede haber dificultades en la interacción por la falta de diversidad de relaciones, al contrario, en las redes más grandes, el hecho de que haya gran diversidad podría alterar las relaciones entre los actores de la red.

Otros difieren de ello, Rowe y Khan (1998, como se citó en Montes de Oca 2003) argumentan que “entre más extensa y diversa es la red de apoyo mayor es su eficacia” (p. 21) debido a que hay mayores posibilidades de relaciones de reciprocidad, así como de información o ayuda, a diferencia de una red de menor tamaño ya que al ser pequeña se ejerce, de cierta forma, presión sobre las mismas personas que brindan el apoyo.

Densidad: Ésta se definirá de acuerdo con el número de vínculos que existan entre los actores que conforman la red (Requena, 1989). Por lo tanto, una red en donde todos los actores están interconectados entre sí se determina como una red de máxima densidad, mientras que las redes en las que los actores solo están vinculados con algunos, pero no con todos, se denomina red de baja

densidad. La baja, media o alta densidad dependerá de que tan vinculados estén entre sí los individuos.

Del mismo modo, estos parámetros son indicadores de que la baja densidad corresponde a situaciones de aislamiento y exclusión, mientras que de alta densidad corresponderían a situaciones de inclusión y arropamiento social (Campos, 1996). Sin embargo, Hall y Wellman (1985 como se citó en Guzmán et al., 2003) señalaron que “la máxima densidad de la red no significa que esté asociada a brindar algún tipo de ayuda” (p. 61).

Composición y distribución: Se caracteriza por la proporción total de los miembros de la red según al grupo al que pertenecen. En la red social podemos encontrar variedad de grupos como la familia, los amigos y vecinos e identificar la posición que ocupa cada uno dentro de la red (Sluzki, 1998).

La distribución de las relaciones entre los individuos son medidas por niveles de proximidad, o confianza que el individuo posea con el otro, así como la referencia al grupo de personas donde se concentra la mayoría de las personas con las que se establecen más vínculos.

Las redes muy localizadas (es decir, donde la mayoría de los miembros de la red pertenecen al mismo grupo), son menos efectivas y flexibles, que las redes con mayor distribución, debido a que no se cuentan con más opciones de donde obtener algún tipo de apoyo o intercambio (Clemente, 2003).

Dispersión: Es la distancia geográfica entre los miembros que conforman la red. A mayor distancia menor facilidad de acceso en la interacción, eficacia y velocidad de respuesta ante situaciones de crisis que el individuo pueda presentar (Sluzki, 1998).

La dispersión puede verse afectada debido a factores geográficos, pues en algunos casos el cambio de residencia de algún miembro hará que el contacto ya no sea constante. Al respecto, Sluzki (1998) señala que la relación geográfica fractura las redes de apoyo y las afecta a tal grado que aparecen perturbaciones

psicosomáticas e interpersonales. La migración puede ocasionar el abandono de la red social personal y con ello pérdidas en el mapa emocional y funcional.

Homogeneidad y heterogeneidad: Se refiere al nivel de similitudes o diferencias entre los actores de la red de acuerdo con el contexto y espacio geográfico y sociocultural. Se relaciona con variables como la edad, sexo, tipo de cultura y el nivel socioeconómico (Sluzki, 1998).

Elementos para el para el análisis de una red egocéntrica

Como se mencionaba anteriormente, una red egocéntrica está conformada por el conjunto de personas con quienes se relaciona un individuo. Las relaciones establecidas son directas entre un actor central al que se le denomina *ego*, con las otras personas denominadas *alter*, a esta interacción se le denomina estrella relacional o estrella de primer orden (Requena, 1996).

Sluzki (1988), define a la red personal como todos aquellos vínculos interpersonales significativos del individuo, principalmente de la familia, vecinos, amigos, compañeros de trabajo. De tal modo que la red personal hace referencia al mundo social de cada persona (Requena, 1996). Por tanto, los actores o también denominados “nodos” son los individuos o colectivos entre quienes se establecen vínculos y relaciones en torno a un objetivo en común.

Además de los actores de la red egocéntrica es indispensable identificar los lazos relacionales que se forman entre ellos (Freeman, 1989; como se citó en Gil et al., 2002). La vinculación de los actores se da a partir de la interacción entre dos o más individuos⁹. A través de las relaciones existentes entre ellos se pueden formar conexiones que ligan a unos actores con otros. El lazo relacional se refiere al tipo de contacto, conexión o relación entre los actores. En él interviene cualquier acción, actividad o sentimiento. Los vínculos pueden ser de comunicación, asesoría, amistoso, de parentesco, religioso, etc. El tipo de lazo relacional puede

⁹ La relación de actores se puede establecer mediante díadas, tríadas, subgrupos y grupos. Se entiende díada a la relación que sólo involucran dos actores y los posibles vínculos existentes entre ellos. La díada es el nivel mínimo que se puede analizar. En la tríada interviene un subconjunto de tres actores y sus posibles vínculos. Grupo: se define como el conjunto finito de actores (Konke y Yang, 2008)

partir desde compartir opiniones, transmisión de recursos económicos o de información, la interacción y conexión física entre ellos, tal como hablarse, escribirse, ayudarse o simplemente la pertenencia.

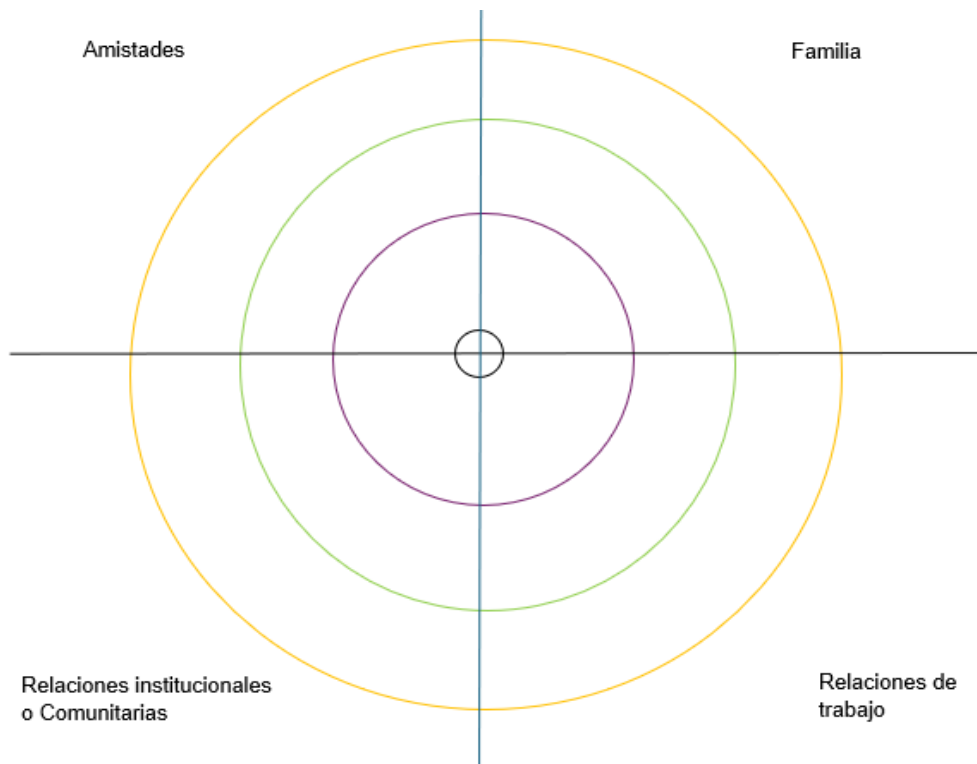
Para analizar las redes sociales de un individuo, Sluzki (1979, como se citó en Sluzki, 1998) propone la elaboración de un mapeo en el que se registran, como primer paso, todos los actores o nodos que conforman la red social de la persona. El registro se sistematiza en cuatro cuadrantes: familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones instituciones y/o comunitarias. En el mapeo están inmersos tres círculos concéntricos:

El círculo interno es de las relaciones íntimas, es el contacto e interacciones directas y cotidianas, son los contactos muy cercanos. El círculo intermedio es de las relaciones personales medianamente íntimas y con un menor grado de compromiso, son los contactos cercanos. El círculo externo corresponde a las relaciones ocasionales, con las que el contacto y los vínculos son menos cercanos.

En este mapa se registran al conjunto de actores (se representa con puntos), al igual que los vínculos que existen entre las personas de la red (se representan con líneas entre dos o más puntos), el registro en conjunto constituye el mapa de la red social egocéntrica (ver Figura 2).

Figura 2

Mapa de la red egocéntrica



Nota. Representación del mapeo y la sistematización de los 4 cuadrantes propuestos por Sluzki (1979) en Sluzki (1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica* (p, 44). Barcelona. España: Gedisa

Como se ha revisado anteriormente, el concepto de red social se ha ido enriqueciendo y construyendo con las aportaciones de diversos autores. Para el análisis de la red social egocéntrica es fundamental identificar sus características estructurales y funcionales. Las propuestas de autores como Sluzki permiten identificar de forma gráfica los elementos que la constituyen. Sin embargo, un elemento importante en el análisis de las redes sociales es el papel que juega el apoyo social.

Capítulo III. Apoyo Social

Como se ha mencionado anteriormente, una de las principales funciones de la red social es el apoyo que se brinda entre sus integrantes. El término de apoyo social (AS) se define como la unión y/o relaciones entre varios individuos o grupos con la finalidad de mejorar y enfrentar desafíos mediante ayuda de cualquier índole, es decir, se caracterizan por las interacciones que ocurren en las relaciones sociales y la forma en cómo son evaluadas por el individuo, en cuanto a su calidad como soporte (Sarason et al., 1987 como se citó en Terán 2014).

Por tanto, el apoyo social se define como un conjunto de transacciones interpersonales que implica un intercambio y circulación de afecto, ayuda, recursos, acciones e información (Guzmán et al., 2003).

Según Terán (2012) menciona que probablemente los primeros estudios sobre el apoyo social fueron realizados por Polanyi, quien en 1957 planteó que la redistribución de bienes y servicios a través de la reciprocidad es evidente en el intercambio de favores entre personas.

Thoits (1982-1985 como se citó en González, 2001) considera como apoyo social “al grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiéndose por necesidades básicas: la filiación, el afecto, la pertenencia, la identidad y la aprobación” (p.137). Por lo tanto, esas necesidades pueden ser cubiertas a través de provisión de ayuda socioemocional o instrumental.

Fernández Ballesteros (1996) lo define como “la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un entramado social” (p.127). Mientras que Khan y Antonucci (1980 como se citó en Srilín, 2006) entienden el apoyo social como “todas las transacciones que implican ayuda, afecto e información” (p.40).

En el mismo sentido, Bravo (1989 como se citó en Aranda, Pando, 2013) señala que el apoyo social es “una interacción que se da entre humanos en las

que se intercambian recursos tanto sociales, como emocionales instrumentales y recreativos” (p. 236). Por otra parte, Vaux (1990, como se citó en Aranda y Pando 2013) considera que apoyo social “es un proceso complejo y dinámico que parte de las transacciones que se dan entre los individuos de la red como respuesta a las demandas de ese contexto” (p. 236).

Por lo tanto, el apoyo social se mide desde una visión subjetiva, es decir, se mide a partir de cómo es percibido por el individuo. Las relaciones y el tipo de transferencias de un individuo con su entramado social serán diversas, dependiendo del contexto o etapa por la que se esté pasando. El pertenecer a una red social no significa ni garantiza que el apoyo sea constante.

Estos son solo algunos de los autores que destacan y han brindado aportaciones en la investigación y estudio de los apoyos sociales. Los autores citados coinciden que el apoyo social es la herramienta que permitirá brindar, mediante transacciones interpersonales, ayuda de cualquier índole para la interacción e integración social.

Clasificación del apoyo social

Como se mencionó anteriormente, el apoyo social está dado por todas aquellas transacciones interpersonales. Estas transferencias pueden ser de cuatro tipos: material, instrumental, emocional y cognitivo (Guzmán et al., 2003).

Apoyo material: Consiste en todos aquellos recursos monetarios (dinero en efectivo) y recursos no monetarios (comida, ropa, regalos, pago de servicios) que la persona recibe por parte los miembros de su red social. En algunos casos éste es el principal medio de apoyo, pues de cierto modo, suple las necesidades que no pueden ser brindadas, por ejemplo, es una forma de suplir el apoyo emocional o instrumental (Terán, 2014).

Apoyo Instrumental: Su principal objetivo es brindar ayuda de forma física en un momento de necesidad, es decir, a través de servicios como el transporte, ayuda en las labores del hogar, el cuidado y el acompañamiento cotidiano o ante una situación de enfermedad (Terán, 2014).

La finalidad de este apoyo es brindar la ayuda directa en actividades de la vida diaria (AVD) u otras actividades, a quién lo solicite o que no esté en condiciones de realizarlo de forma autónoma, por ejemplo, alguna persona con limitación física o psíquica.

Apoyo emocional: Consiste en expresar cariño, confianza, empatía, comprensión, confidencialidad y preocupación por el otro. Pueden manifestarse mediante las visitas periódicas, la escucha y la transmisión física de afecto. Con esto lo que se expresa es la simpatía, interés, atención y cuidado de una persona (Guzmán et al., 2003).

Principalmente proviene de la familia o amigos; se busca proporcionar bienestar, confianza, seguridad y el sentimiento de sentirse amado (Clemente, 2003 y Terán 2014).

Apoyo cognitivo: Esta forma de apoyo se brinda a través del intercambio de experiencias, información y/o conocimientos. Consiste en brindar asesoría y guía al individuo para entender o afrontar una situación (Salinas et al., 2007).

Por lo tanto, al igual que la conceptualización de las redes, el apoyo social es concebido desde diferentes percepciones, el apoyo será proporcionado por todas aquellas acciones que implican algún tipo de intercambio, ya sea emocional, material, instrumental o cognoscitivo, que sea en beneficio de alguna de las partes o de ambas, es decir, que el apoyo puede ser unidireccional o recíproco.

Capitulo IV. Redes De Apoyo Social En La Vejez

Por lo tanto, una vez revisados los conceptos de forma separada, propongo como definición de red de apoyo social a todas aquellas relaciones e interacciones que se consideran significativas entre diversos individuos entre quienes se establecen vínculos que proporcionan protección y seguridad psicosocial, a través del intercambio de recursos materiales, emocionales, cognitivos e instrumentales que influyen en la estabilidad y calidad de vida de un individuo.

Las redes de apoyo social tienen un significado importante en la calidad de vida de las personas, no sólo por brindar apoyo material o instrumental, sino también porque contribuyen a la tranquilidad emocional, por lo que la presencia o ausencia de la red determinará el nivel de autonomía y bienestar en la persona (Hooyman, 1988 como se citó en Sirlín, 2006).

La importancia de las RAS es evitar y prevenir que las personas durante cualquier etapa de su vida se aislen. Hay que destacar que el hecho de contar o pertenecer a una red social, no siempre garantizará que haya provisión de apoyo y que este sea constante. De igual forma no todas las RAS serán de apoyo positivo para los individuos, ya que cabe la posibilidad que algunas relaciones dentro de la red social sean fuente o factor de conflicto.

Como ya se enfatizó, las RAS son de gran importancia en cada etapa del ciclo vital, pero es necesario destacar su importancia en la vejez. El envejecimiento, como se analizó previamente, es un proceso de grandes cambios biopsicosociales, es un hecho universal, individual, constante e irreversible. Ante estos cambios, que el adulto mayor pertenezca a una red u organización de apoyo social, contribuye en gran medida al mantenimiento de su autonomía y al mejoramiento de la autoestima.

Asimismo, permite que la persona reafirme su identidad y su sentido de pertenencia y el intercambio de información. La importancia de estas redes de apoyo en el adulto mayor es que le permiten recibir compañía, afecto, cuidado, un espacio de encuentro afectivo y sobre todo de seguridad (Sirlín, 2006).

Hay diversos estudios en los que se analiza cómo la estructura y el funcionamiento de las redes de apoyo social en la vejez son distintas debido a determinantes sociodemográficas, capacidad funcional (que sean dependientes o autónomos), de acuerdo con el género y el que se cuente con familia o no. Otros estudios incluyen cómo es percibido y recibido el apoyo en personas mayores.

Entre las investigaciones sobre redes de apoyo social en personas mayores resalta la titulada Redes de apoyo social en la vejez: Adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades (Salinas et al., 2007).

Este estudio analiza el debilitamiento de las redes sociales debido a la pérdida de la pareja, amigos o compañeros. Los resultados de esta investigación se centran en la identificación de los factores que se asocian a la disponibilidad del apoyo social y los tipos de ayuda que se da y recibe por las personas mayores y cómo algunos determinantes tales como la edad, sexo, estado civil, residencia o el estado de salud influyen en la estructura y funcionamiento de la red.

Destacan que la composición y el tipo de apoyo que reciben las personas mayores dentro del programa Oportunidades son similares a los resultados encontrados en países anglosajones y latinoamericanos. Referente al tamaño de la red, se identificó que en promedio la constituyen 2 personas, destacando que las principales fuentes de apoyo son los hijos/as o cónyuges.

Otro estudio con aplicación en la población adulta mayor fue realizado por Verónica Montes de Oca titulado Redes Comunitarias, Género y Envejecimiento: Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombres y mujeres adultas mayores: la experiencia de la colonia Aragón en la delegación G.A.M, como lo menciona el título, es un estudio comparativo de las redes de apoyo entre hombres y mujeres en la alcaldía Gustavo A. Madero (Montes de Oca, V., 2005).

En esta investigación se abordó el rol de la familia, el estado y la comunidad. Los principales resultados destacan que la participación de los

hombres y las mujeres en las redes sociales colectivas es muy distinta. La participación de la mujer dentro de los grupos de apoyo es predominante frente a una menor participación de los hombres debido al rol de socialización y cuidado que se ha asignado a la mujer.

Otro estudio realizado por Luciana Polizzi y Claudia Josefina Arias (2014) titulado: Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores, describe el trabajo realizado con 3 grupos de convivencia; quienes vivían únicamente con su pareja, los que vivían solos y los que viven con otros familiares. Los resultados mostraron el papel central de los hijos, la pareja y los amigos en la vejez. Se señala que estos actores son fundamentales en el proceso de cómo se afronta la vejez y la satisfacción que genera establecer estos vínculos.

Los vínculos predominantes fueron los emocionales y los sociales, provenientes principalmente de los hijos, los amigos y, por último, de la pareja. Se hace notar que el apoyo proviene principalmente de las mujeres. De acuerdo con los entrevistados, las mujeres están más disponibles para brindar algún tipo de apoyo. Los resultados muestran que las mujeres son, de un modo generalizado, quienes a lo largo de su vida se ocupan más frecuentemente de las tareas de cuidado.

Los estudios mencionados muestran cómo la diferencia de género está estrechamente relacionada con la formación de redes de apoyo. Así mismo, destacan la importancia que las personas mayores le asignan a la formación de vínculos principalmente con la familia, amigos y la pareja. Es por ello que, las RAS en las personas mayores son percibidas como elementos positivos para su bienestar, ya que contar con apoyo y pertenecer a una red, permitirá que los individuos se sientan parte de algo y será benéfico en la forma en cómo perciben y se adaptan a los nuevos cambios en esta etapa (Ramos et al., 2010).

Como hemos visto en los estudios antes mencionados se ha analizado el apoyo de las redes, en diferentes grupos de estudio. Estos estudios demuestran la importancia de las redes de apoyo en las distintas etapas de la vida, y con

diversos sectores de la población. Se han estudiado comunidades de adultos mayores con familia, sin familia, los que cuentan con algún tipo de apoyo económico, mujeres mayores, personas que no viven en comunidades. Sin embargo, no hay estudios que analicen en conjunto a la red de apoyo social; sino que, o solo estudian la estructura o sólo el funcionamiento. Tampoco se identificaron enfoques mixtos, es decir, la metodología es solo cuantitativa o cualitativa.

Capítulo V. Contextualización de los Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS)

Los Centros de Asistencia e Integración Social son una red de servicios enfocados en la inclusión y el bienestar de la población. Pertenecen a la Secretaría de Bienestar e Igualdad Social (SIBISO), la cual cuenta con una red de espacios de atención transitorios y permanente que proporcionan atención integral a personas en situación de calle y/o abandono social. Los Centros de Asistencia e Integración Social, son hogares permanentes donde se brindan servicios sociales y atención a personas que sufren abandono social o, que bien, en algún momento estuvieron en situación de calle (Secretaría de Bienestar e Igualdad Social [SIBIEN], 2025).

La SIBISO trabaja en conjunto con el Instituto de Atención a Poblaciones Prioritarias (IAPP), organismo encargado de coordinar y orientar la instrumentación de políticas dirigidas a niñas, niños, jóvenes y personas adultos mayores en condición de abandono, situación de calle o víctimas de adicciones en la Ciudad de México. La acción principal que lleva a cabo la IAPP, es promover la prestación de servicios sociales a la población de grupos prioritarios en la Ciudad de México (SIBIEN, 2025).

Los CAIS en su conjunto cuentan con la capacidad de recibir permanentemente a aproximadamente 1850 residentes que son atendidos de forma gratuita. Brindan servicios de alojamiento, alimentación, servicios de salud física y mental, atención profesional multidisciplinaria, actividades culturales y formativas, deportivas y de esparcimiento para mejorar las condiciones de vida de las personas (SIBIEN, 2025).

Actualmente se encuentran en operación ocho centros, cada uno con una población específica de atención: Centro de Asistencia e Integración Social “ Villa mujeres”, Centro de Asistencia e Integración Social “Azcapotzalco”, Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Hombres”, Centro de Asistencia e Integración Social “ Cuemanco”, Centro de Asistencia e Integración Social

“Atlampa”, Centro de Asistencia e Integración Social “Cascada”, Centro de Asistencia e Integración Social “Torres de Potrero” y Centro de Asistencia e Integración Social “Cuautepec” (SIBIEN, 2025).

Contextualización del origen del CAIS Cuautepec

El CAIS Cuautepec se fundó en 1982. Su nombre de origen era “Casa de Protección Número 3”, dirigido inicialmente a la atención de varones de 18 años en adelante con diferentes patologías. Después de la creación del CAIS Cuemanco en 1988, se reubicó a la población según el perfil de atención de cada centro. Por ello, la Casa de Protección de Cuautepec solo se destinó para la atención de personas mayores.

Actualmente, el objetivo del CAIS Cuautepec es brindar atención a la población adulta mayor masculina, a partir de los 60 años, con la finalidad de proporcionar a los residentes una mejor calidad de vida.

Una de las prioridades de la institución es la recuperación del derecho a la salud. Debido a la situación de calle previa de los residentes, muchos de ellos ya presentan padecimientos crónico-degenerativos (diabetes, hipertensión, insuficiencia venosa periférica) y no cuentan con seguimiento y/o tratamiento. Por ello la institución provee servicios a nivel primario, sin embargo, para situaciones de mayor complejidad se cuenta con prestación pública en el segundo y tercer nivel. Del mismo modo el CAIS Cuautepec tiene como tarea tratar y/o controlar el avance del deterioro cognitivo o los padecimientos psiquiátricos que presentan los residentes.

Otro de los objetivos de atención es la recuperación del derecho a una vida digna. Se brindan servicios de alimentación, abasto de medicamentos a quienes lo requieran y los servicios de higiene pertinentes para mantener su salud. Del mismo modo también se busca la reinserción al núcleo familia, social y laboral.

Los recursos con los que cuenta el CAIS, provienen fundamentalmente del presupuesto gubernamental. Estos están destinados principalmente al pago del personal de servicios y a la adquisición de los insumos necesarios para la

prestación de servicios a los residentes, principalmente la provisión de alimentos y medicamentos. Al ser una instancia gubernamental solo se reciben donaciones en especie.

El CAIS cuenta con las siguientes áreas de atención y servicio: psicología, trabajo social, servicio médico, servicio de enfermería, odontología, rehabilitación, área de gericultistas, servicio de comedor, y mantenimiento. La atención es brindada por 147 servidores públicos que se distribuyen en las áreas antes mencionadas.

Con respeto a la población, el CAIS Cuatepec tiene una capacidad de atención para 307 varones. Los cuales están clasificados por dormitorios del 1 al 10, de acuerdo con la valoración de la autonomía de los residentes (autónomos, semi autónomos y personas en situación de postración). Hasta el 2023 habitaban 299, de los cuales 120 se encontraban en situación de postración, es decir, personas que son totalmente dependientes para la realización de sus actividades de la vida diaria, ya que presentan limitaciones físicas, motoras o de deterioro cognitivo severo, por lo cual requieren asistencia continua.

Los dormitorios son supervisados por una gericultista. Ellas son las encargadas de auxiliar y proveer asistencia a los usuarios. Para los dormitorios de los postrados están a cargo 2 gericultistas por cada 24 usuarios. Para los dormitorios en donde habita la población autónoma y semiautónoma sólo se encuentra 1 gericultista por cada 38 usuarios.

Dentro de los servicios que se ofrecen en el CAIS Cuatepec se encuentran la impartición de talleres recreativos y de ocio: taller de cine, teatro, radio y de reciclado. En este último, los participantes elaboran creaciones que colocan a la venta y que les permite generar ingresos.

Además, distintas áreas ofrecen otros servicios. El área de psicología imparte el taller “Un paso para la vida independiente” como elemento clave de la estrategia de terapia grupal e integración a la comunidad. El área de rehabilitación ofrece los servicios propios del área y talleres de musicoterapia. Así mismo se

tienen convenios con el INEA que permite que los residentes que lo requieran puedan concluir sus estudios básicos.

Para ingresar al CAIS es requisito indispensable que las personas se encuentren en situación de calle. Las causas de egreso pueden ser voluntarias o cuando se rompe alguna de reglas básicas de convivencia, tales como el no respetar al prójimo, consumir o introducir bebidas alcohólicas y/o sustancias psicotrópicas, agredir física o verbalmente a sus pares y/o a los servidores públicos (Castro. C, comunicación personal, marzo de 2022).

Metodología

Para poder analizar la estructura y el funcionamiento de las redes de apoyo social de las personas mayores residentes del CAIS se utilizó una metodología mixta.

La metodología mixta implica la mezcla del enfoque cuantitativo y cualitativo. Son estudios en el que el investigador combina ambas técnicas de investigación, métodos, enfoques, conceptos y lenguaje cuantitativo o cualitativo en un solo estudio.

Para el análisis de la estructura de la red social egocéntrica de las personas mayores se utilizó una metodología cualitativa a través de la propuesta de mapeo de Sluzki. Se realizaron entrevistas semiestructuradas para identificar los actores que componen la red de la persona y los tipos de vínculos que establecen. Se registraron a los actores que conforman la red en 4 cuadrantes: amistoso, familiar, relaciones laborales y relaciones institucionales o comunitarias y se señalaron gráficamente los vínculos.

Además, se utilizó la técnica de observación participante, que permite analizar cómo se dan las interacciones humanas y su significado, tal y como la viven los actores en sus actividades y situaciones cotidianas. De esta forma no se manipula ni modifica el contexto que se está estudiando. El investigador puede involucrarse y se introduce en el entorno para establecer un acercamiento.

En la observación participante, el investigador es participe del desarrollo de la situación, en busca de explicaciones holísticas, coherentes y consistentes de acuerdo con las referencias obtenidas de los entrevistados (Yang y Miller, 2008 como se citó en Riveros s/f).

Durante toda la investigación se realizó observación participante, acudiendo y participando semanalmente en las actividades que se realizan en el CAIS. Esto permitió conocer y analizar el medio en el que las personas mayores se

desenvuelven, además de identificar y conocer cómo son las relaciones, interacciones y convivencia entre ellos.

Para la descripción de las funciones de la red social se muestran las frecuencias del tipo de apoyo recibido y la forma en que es percibido por las personas mayores. Para la recopilación de información se aplicó un cuestionario con indicadores del Cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS de apoyo social) con respecto a los cuatro tipos de apoyo: material, emocional, instrumental y cognitivo (De la Revilla, L, et al., 2005).

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo transversal realizado a 62 personas mayores varones de 60 años y más, residentes del CAIS Cuauhtepc de la alcaldía Gustavo A. Madero. Se llevó a cabo de abril a octubre del 2022. El estudio analiza la estructura y funcionamiento de las redes de apoyo social de las personas mayores entrevistadas.

Muestra

Se realizó una muestra por conveniencia de 62 personas mayores de 60 años y más varones que accedieron a participar de forma voluntaria y que no presentaron deterioro cognitivo evaluado por la institución. Los participantes son residentes del Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtepc de la alcaldía Gustavo A. Madero. De acuerdo con la clasificación de la institución están divididos en 3 secciones: personas autónomas; los cuales pueden realizar todas las AVD de forma autónoma, semiautónomos, los cuales tiene alguna dificultad en su salud y requieren de apoyo para realizar sus AVD y la sección de postrados, los cuales requieren ayuda permanente en todas sus actividades básicas. La selección de esta población es relevante debido a que la mayoría de los estudios de las RAS son realizados, principalmente en mujeres adultas mayores en comunidad. Además de la escasez de estudios sobre las redes sociales de personas en situación de institucionalización.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron:

1. Ser hombre de 60 años y más.
2. Ser residente permanente del CAIS Cuatepec.
3. Aceptar participar voluntariamente mediante la firma de un consentimiento informado.
4. No presentar deterioro cognitivo.

Categorías de análisis

Características Estructurales

Para el análisis de las características estructurales de la red social se utilizaron las siguientes categorías de la propuesta de mapeo de Sluzki:

- a) Tamaño de la red: describe el número de nodos o actores que conforman la red social.
- b) Densidad: describe el número de vínculos que existen entre los actores, así como la interconexión entre los miembros que conforman la red. Por lo tanto, en una red en donde todos los actores están interconectados entre sí, se considera como una red de máxima densidad. Se considera red de densidad máxima cuando existen 8 o más vínculos, red de densidad media cuando existen 4-7 vínculos y una red de densidad baja cuando existe 3 o menos vínculos (Garay, Montes de Oca y Arroyo, 2020).
- c) Composición y distribución: En la composición se describe el lugar que ocupan los actores que conforman la red. Es decir, en qué cuadrante se ubican: amistoso, familiar, relaciones institucionales o comunitarias y/o laborales. Con respecto a la distribución identifica el nivel de proximidad de los actores con la persona mayor: muy cercano, cercano y no cercano, identificados en los círculos concéntricos del mapeo.

d) Direccionalidad: En esta se identifica la direccionalidad del apoyo recibido. Unidireccionalidad, es decir, cuando el apoyo solo es del adulto mayor a su nodo o del nodo al adulto mayor y recíproco cuando el apoyo es recibido por ambos.

Funciones de la Red Social

Para el análisis de las funciones de la red se seleccionaron algunos ítems del Cuestionario MOS de Apoyo social (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) (De la Revilla, L, et al., 2005) con respecto a los cuatro tipos de apoyo de la red social: material, emocional, instrumental y cognitivo, que se describen a continuación.

- Apoyo material: en esta categoría se incluyó todo el apoyo relacionado con recursos monetarios y no monetarios (comida, ropa, pago de servicios) que reciben los participantes.
- Apoyo instrumental: se consideró toda la ayuda recibida de forma física en momentos de necesidad, así como la prestación de servicios, el apoyo en la transportación de un lugar a otro ayuda en quehaceres o trámites, (hacer compras, pagos, etc.).
- Apoyo emocional: este incluyó el apoyo percibido como la expresión de simpatía, interés, atención, afecto, compañía, confianza y cuidado.
- Apoyo cognitivo: aquí se incluyó el apoyo que se brinda a través del intercambio de experiencias e información (que tienen un significado), así como los conocimientos, asesoramiento, y guías que permitan el entendimiento de una situación determinada.

Se analizó el tipo de apoyo de acuerdo con la escala de Likert: siempre, ocasionalmente y nunca.

Instrumento

Para la recolección de información sobre la estructura y el funcionamiento de las redes de apoyo social de los participantes se diseñó el “Cuestionario de identificación estructural y funcional de las redes de apoyo social egocéntricas de la persona mayor”, el cual se compone de tres secciones con un total de 20 ítems (ver anexo 1).

La primera sección incluye una ficha de identificación donde se registran los datos personales del entrevistado. La segunda sección permite identificar los aspectos estructurales de la RAS a través del mapeo de la red egocéntrica y por último la tercera sección idéntica las funciones de las redes a través de indicadores del MOS de apoyo social.

Consideraciones éticas. Previo a la aplicación del cuestionario, cada participante firmó voluntariamente un consentimiento, en el cual las personas mayores aceptaron participar en la investigación (ver anexo 2).

Análisis y discusión de resultados

Características Sociodemográficas

La muestra estuvo constituida por 62 personas mayores con un promedio de edad de 69 años y una desviación estándar de 6. La edad mínima fue de 60 años y la máxima de 85. El tiempo de residencia promedio fue de 2.5 años con un mínimo de 5 meses y un máximo de 17 años dentro de la institución. Respecto al estado civil, el 50 % de las personas mayores son solteros, 29 % separados, 13 % casados y 8 % viudos. Respecto a la escolaridad, el promedio de años de estudio fue de 9, que corresponde a tercero de secundaria, con una desviación estándar de 4. El 53 % cuenta con algún familiar en la Ciudad de México y el mismo porcentaje señaló salir de la Institución periódicamente (ver tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los hombres adultos mayores del CAIS Cuautepec

	%	n
Edad		
60 - 69	52	32
70 - 79	42	26
80 o más	6	4
Tiempo de residencia		
0 - 4 años	88	55
5 - 9 años	7	4
10 o más	5	3
Estado Civil		
Soltero	50	31
Separado	29	18
Casado	13	8
Viudo	8	5
Escolaridad		
Primaria	33	21
Secundaria	28	17
Bachillerato	21	13
Licenciatura y posgrado	18	11
Apoyo Familiar		
Si	53	33
Sale de la institución		
Si	53	33

Características Estructurales De La Red

Para el análisis de las características estructurales de la red egocéntrica de las personas mayores se clasificaron en ocho grupos, de acuerdo con la composición de la red, con la intención de identificar en qué cuadrante se concentran los actores de la red egocéntrica de los participantes (ver tabla 2).

Tabla 2

Clasificación por grupos de la red egocéntrica de las personas mayores según composición de la red

Grupo	% de participantes	Promedio del tamaño de la red	Composición y distribución	Densidad	Direccionalidad
1	8 %	0	Sin actores	No hay	No hay
2	11 %	2	Amistoso	Baja	Recíproca
3	13 %	2	Relaciones institucionales	Baja	Unidireccional Alter- PM
4	55 %	3	Amistoso y relaciones institucionales	Baja	Unidireccional Alter- PM
5	5 %	4	Amistoso y familiar	Media	Unidireccional Alter-PM
6	3 %	6	Amistoso, familiar y relaciones institucionales	Media	Recíproca y Unidireccional del Alter- PM
7	3 %	5	Amistoso y laboral	Baja	Unidireccional Alter- PM
8	2 %	8	Amistoso, laboral y relaciones institucionales	Media	Unidireccional ALTER- PM

Grupo 1. Sin vínculos

En este grupo se concentra el 8 % de los entrevistados. Se caracteriza porque los residentes no han formado ninguna relación con sus compañeros y/o personal del CAIS. El motivo principal para la falta de vínculos es, en su mayoría, el tiempo de residencia. Cuatro de los cinco participantes tienen menos de seis meses de haber ingresado a la institución.

Sin embargo, a través de sus discursos se puede identificar una idea de autoaislamiento basado en la idea de autosuficiencia. Los participantes mencionaron que consideran que las actividades que realizan tales como leer, ir al cine de la institución y/o realizar ejercicio, son actividades que pueden realizar ellos mismos sin necesidad de la compañía de alguien más. Solo uno de los entrevistados, quien tiene mayor tiempo de residencia, refiere que, a pesar de hablar con muchos de sus compañeros, no ha establecido vínculos, pues no requiere de dar ni recibir apoyo, ya que todo puede hacerlo por sí solo.

Otra de las razones que se identificaron y que ellos mismos señalan son las diferencias sociales y culturales que les impide entenderse y relacionarse y que incluso ha generado conflictos entre ellos. Estas diferencias culturales y sociales son entendidas por los residentes como distintas formas de pensar, de actuar y diferencias en el carácter que los ha llevado a alejarse de los demás para evitar problemas.

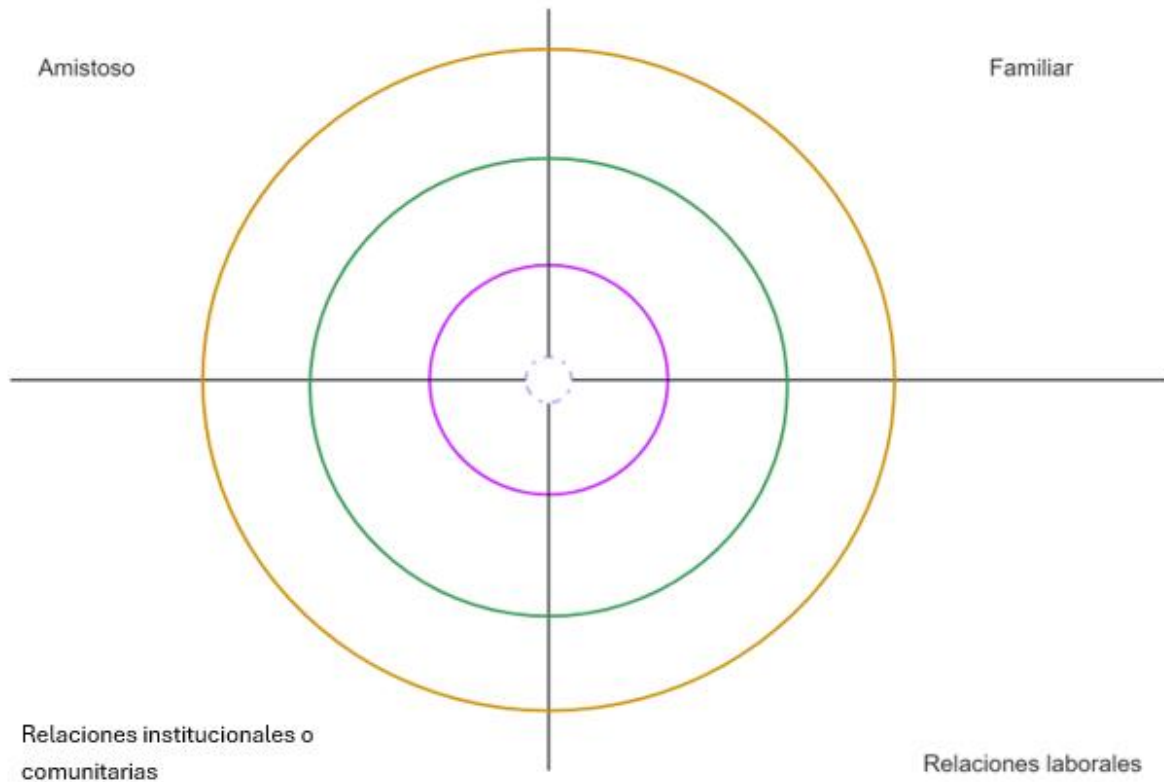
Asimismo, mencionaron dificultades para externalizar sus emociones, estas son explicadas con expresiones como “no tener confianza para externar cómo se siente” pues consideran que los demás difícilmente los entenderán, lo que lo ha llevado a no generar vínculos con otros residentes.

Por último, se puede señalarse que los participantes atribuyen a la vejez como un factor que dificulta la relación entre ellos porque consideran que la convivencia es difícil, debido a la diversidad de ideas y la tendencia a ser necios por estar en la vejez, lo que complica su interacción.

Por lo tanto, en este grupo no existe densidad, composición, distribución ni direccionalidad de la red (ver Figura 3)

Figura 3

Esquemas de círculos concéntricos del Grupo 1. Sin Vínculos.



Nota. Esquema de las redes sin vínculos, no existe promedio del tamaño de la red, composición, distribución, densidad ni direccionalidad.

Grupo 2. Centrado en las relaciones amistosas.

El 11 % de los entrevistados se encuentra en este grupo porque mantienen una red de apoyo basada en las relaciones amistosas. Por lo tanto, la composición de la red egocéntrica de este grupo se concentra exclusivamente en dicho cuadrante, es decir, solo se establecen vínculos con otras personas mayores que se encuentran dentro de la institución.

El promedio del tamaño de la red de este grupo es de 2 personas. Se caracteriza por tener una red de densidad baja, es decir, que entre los actores que conforman esta red, solo se establece 1 interconexión o vínculo entre ellos.

La distribución de los vínculos es de carácter muy cercano con una direccionalidad recíproca, es decir, que dan y reciben apoyo mutuamente.

A través de lo que indican los participantes, se identifica la idea de que el vínculo amistoso se establece por las similitudes en los caracteres, gustos, así como la afinidad en los saberes culturales. Los participantes mencionaron que eso es lo que hace interesante su relación ya que tienen diversos temas de los cuales pueden hablar. La mayoría refiere compartir buenas pláticas, pasar buenos momentos, divertirse y realizar actividades juntos como ver la TV, jugar y/o realizar algún tipo de ejercicio.

Sin embargo, aun cuando se establece este vínculo amistoso, un factor determinante en este grupo es la desconfianza. Manifiestan que no hay la suficiente confianza para platicar asuntos personales, aunque si comparten vivencias y experiencias del día a día. Principalmente lo que los une además de las pláticas es la compañía.

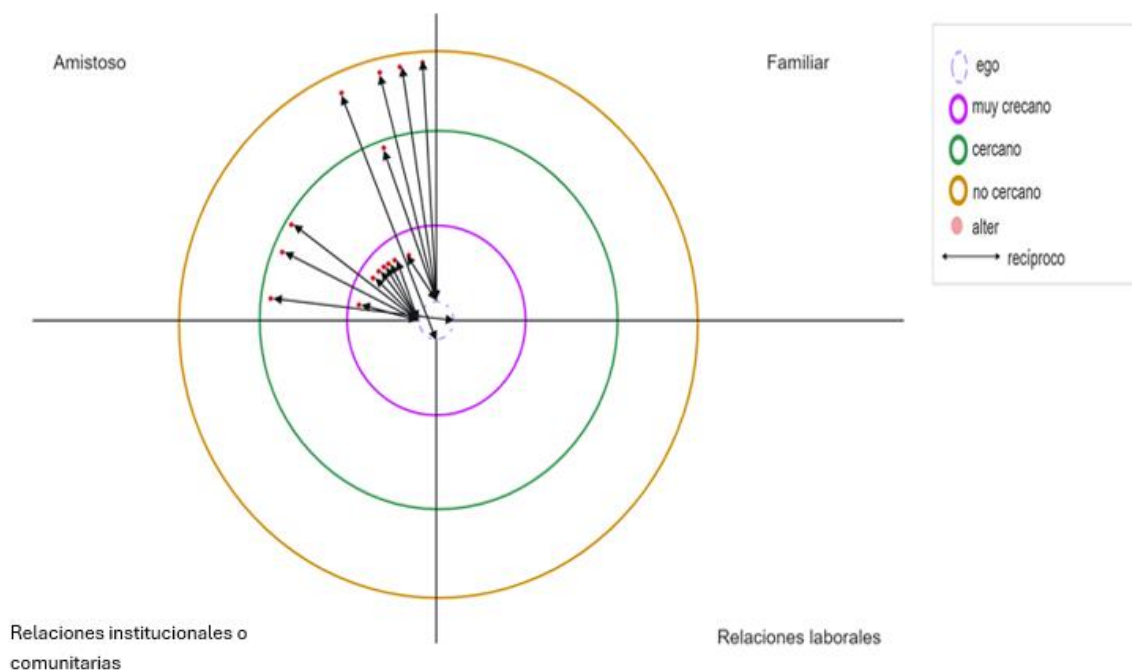
Otra de las razones que se identificaron y que ellos señalan, es que al ser personas que han vivido en situación de calle, se han conocido en instituciones previas al CAIS. Esto genera que, al llegar a la institución, puedan sentir esa cercanía, lo que ha generado que el vínculo amistoso se fortalezca. Algunos otros manifiestan que su amistad comenzó como una “obligación y/o casualidad”, porque el personal de la institución les solicitaba su apoyo a través del cuidado de otros, lo que en muchos

casos ha sido el comienzo de una amistad o simplemente se debe a que son compañeros de dormitorio.

En resumen, se destaca que a pesar de que el vínculo amistoso predomina en este grupo, se enfatiza en que la desconfianza es un factor determinante, por el hecho de que no pueden expresar sus sentimientos. Consideran que los otros residentes no los comprenderán porque no tienen la sensibilidad suficiente para apoyarlos. Asimismo, su experiencia de vida en la calle les dificulta confiar y expresar sus experiencias personales (ver Figura 4).

Figura 4.

Esquema de círculos concéntricos del grupo 2 centrado en relaciones amistosas



Nota. Esquema de círculos concéntricos del grupo 2 se muestra que los actores están centrados en el cuadrante amistoso. Los vínculos e interacción del ego con el alter se consideran muy cercanos mayormente, es una red de baja densidad, la direccionalidad del apoyo es recíproca.

Contrastando con la literatura podemos afirmar que esta red es una red primaria, por estar constituida por vínculos cercanos, en este caso amistosos. Por lo tanto, el apoyo que se provee por personas cercana a la persona mayor se considera significativo. Como señaló Terán (2014) las redes primarias constituyen el soporte más poderoso que tiene un individuo, permitiendo a la persona mayor mantenerse de forma autónoma, integra e independiente, como en el caso del CAIS. Una característica importante de este tipo de red es que son percibidas como significativas, debido a que se mantiene una relación constante y directa basada en intereses en común y/o actividades o experiencias compartidas. En este caso por la situación de la vulnerabilidad, el compartir la experiencia de vivir previamente en situación de calle.

En el mismo sentido, como menciona Antonucci y Jackson (1987), el compartir experiencias de vida similares, hacen que en este tipo de redes el apoyo provisto por los amigos posiblemente sea más apreciado que el cuidado recibido obligadamente por la familia. En el caso de los participantes. aunque algunos cuentan con algún familiar, la relación no es cercana. Por lo tanto, las relaciones amistosas son consideradas fuertes vínculos en los que se comparten códigos de reciprocidad que requieren de tiempo y disponibilidad para fortalecerse.

Grupo 3. Centrado en las relaciones institucionales.

En este grupo se concentra el 13 % de los participantes con una red basada en las relaciones institucionales. Por lo que la composición de la red se concentra exclusivamente en dicho cuadrante, es decir, solo se mantienen vínculos con el personal que se encuentra dentro de la institución.

El tamaño promedio de la red es de 2 personas, también es una red de baja densidad, es decir, que al igual que en grupo anterior solo uno de los actores tiene interconexión o vínculo con los otros actores de la red.

Su distribución se concentra en las relaciones no cercanas, se caracteriza porque su direccionalidad es unilateral del Alter - PM, es decir, el apoyo brindado es solamente del personal de la institución hacia la persona mayor.

Mediante lo señalado por los participantes, se puede identificar que este vínculo está basado en la confianza debido a que las personas mayores consideran que es personal con mayor capacitación. Por lo que los participantes mantienen una relación más cercana con el personal del CAIS que con sus compañeros. Entre los principales actores se encuentra el psicólogo, las gericultistas, enfermeras y/o personal de asistencia en salud, así como personas que integran el grupo de doble A, debido a que dentro de la institución se brinda apoyo y acompañamiento a personas con adicciones a través del programa de Alcohólicos Anónimos.

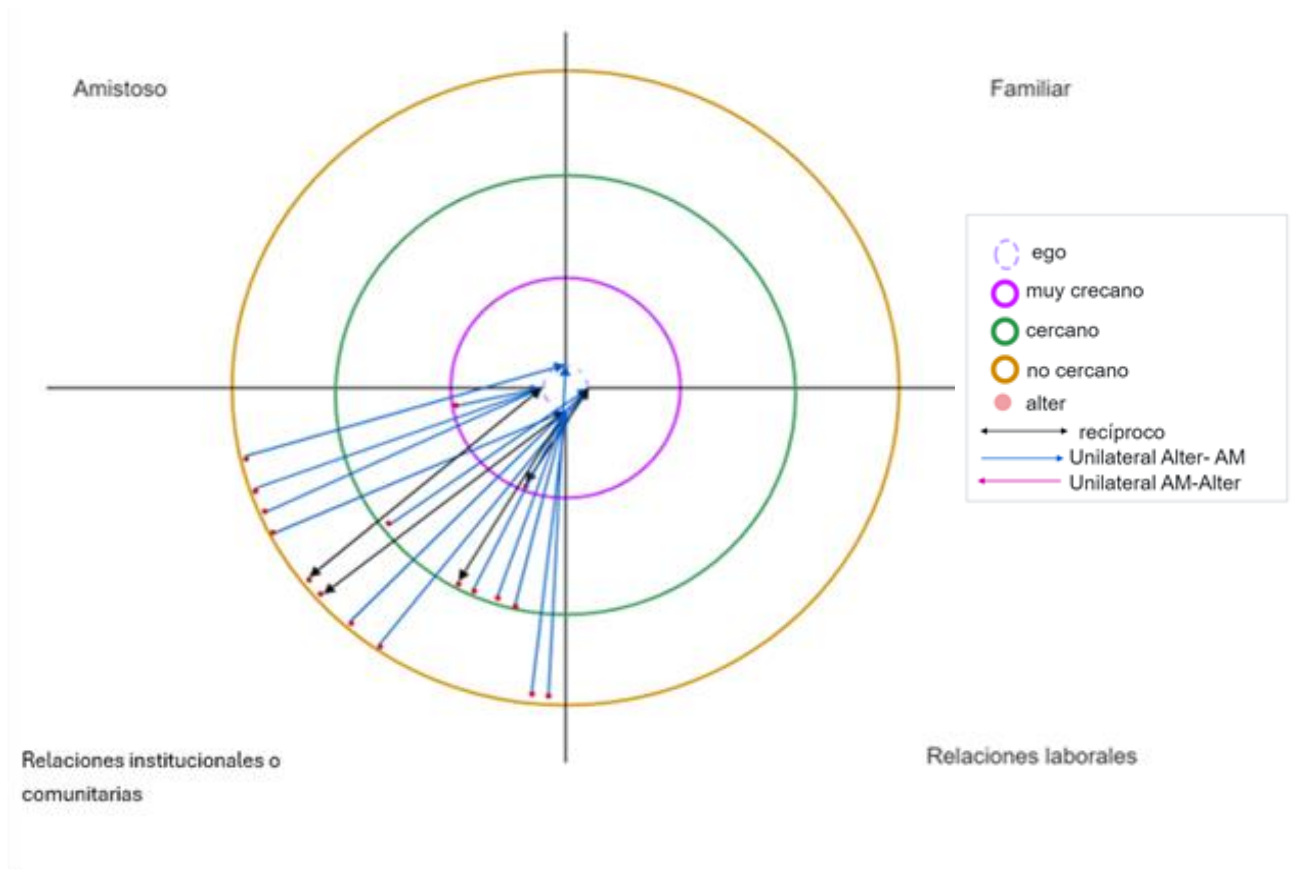
Ellos mencionan que tienen mayor confianza con el personal ya que consideran que son personas preparadas y capaces de poder escucharlos y orientarlos respecto a cómo se sienten. El principal vínculo que se establece con el personal es de orientación y consejo. Aunque sienten confianza con el personal, los participantes no consideran que su relación sea cercana.

Otra de las razones del porque sólo establecen vínculos con el personal y no con sus compañeros se debe a las diferencias culturales. Éstas son motivo de desconfianza, por ello, se consideran reservados en cuestiones personales, es decir, no comparten experiencias y además mencionaron estar al pendiente del cuidado de sus pertenencias, por el temor a posibles robos. Aun así, expresan que se relacionan superficialmente con algunos de sus compañeros, dirigiéndose únicamente el saludo y manteniendo una relación de respeto. Es importante destacar que uno de los participantes hizo mención que sólo tiene vínculo con el personal debido que su tiempo de residencia en el centro es reciente (5 días de ingreso).

En este grupo lo primordial es que el vínculo que se establece se centra en la orientación y consejo realizados por los profesionales de la institución, pues consideran que, por ser expertos, son quienes pueden entender sus emociones más que las vivencias cotidianas. Así mismo la desconfianza prevalece en este grupo hacia los otros compañeros residentes del CAIS (ver Figura 5).

Figura 5

Esquema de círculos concéntricos del grupo 3 centrado en las relaciones institucionales.



Nota. Esquema de círculos concéntricos del grupo 3 centrado en las relaciones institucionales, las relaciones establecidas son no cercanas, y la direccionalidad es unilateral del personal del CAIS hacia la persona mayor. Es una red de baja densidad.

Relacionando con la literatura revisada, se puede identificar que este tercer grupo establece una red de tipo formal o secundaria, pues son redes institucionales que se conforman como estrategias positivas para personas que no cuentan con familia o que su familia no convive con ellos.

Estas redes están enfocadas principalmente a población vulnerable, en las que el estado, mediante programas de apoyo social, brinda protección y niveles mínimos de bienestar. En ellas, están inmersos profesionales para lograr este objetivo. En este caso, el CAIS Cuauhtémoc que es una institución gubernamental, brinda cuidado y asistencia a personas mayores varones en situación de calle al proveerles un sitio donde vivir y comer. Por ello, una parte de los residentes al no contar con una red primaria, establecen vínculos de confianza con los profesionales del CAIS, al considerar que a través del trato respetuoso los hacen sentir parte de la institución.

Grupo 4. Centrado en las relaciones amistosas e institucionales.

Este grupo concentra el 55 % de los participantes, en él se establecen 2 tipos de relaciones; la primera centrada en relaciones amistosas y la segunda basada en las relaciones institucionales. Por lo que su composición se establece únicamente en ambos cuadrantes, es decir, se establecen vínculos con otras personas mayores además del personal de la institución.

El tamaño promedio de la red es de 3 personas. Este grupo se caracteriza por tener una red de densidad media, es decir, que en este caso los actores tienen más de una interacción o vínculo con otros actores de la red.

En lo amistoso su distribución se centra en las relaciones muy cercanas a diferencia del cuadrante de relaciones institucionales en la que su distribución se concentra mayormente en las relaciones no cercanas. Respecto a la direccionalidad, en el cuadrante amistoso es recíproca, mientras que el cuadrante de las relaciones institucionales es unilateral del Alter-AM.

Respecto a los vínculos amistosos, se identificó que la mayoría de los participantes sienten confianza y afinidad cultural, así como preferencia en ciertas actividades de ocio. Refieren que pueden compartir sus experiencias personales, sus vivencias diarias y charlas amenas debido a sus gustos personales. Por ejemplo, entre quienes les gusta leer, organizan círculos de lectura, esto les permite que entre ellos

puedan debatir libros. En sus ratos de ocio comparten el gusto por jugar baraja, dominó, escuchar música y realizar ejercicio.

Otro de los aspectos a destacar es el significado del apoyo que reciben y cómo éste es percibido. Entre los participantes que presentan alguna enfermedad, alteraciones en la vista y/o en el movimiento, esta condición implica que sus compañeros les apoyen, lo que hace más significativa su relación amistosa, por lo que, en este grupo, para la mayoría, las interacciones son muy significativas o muy cercanas.

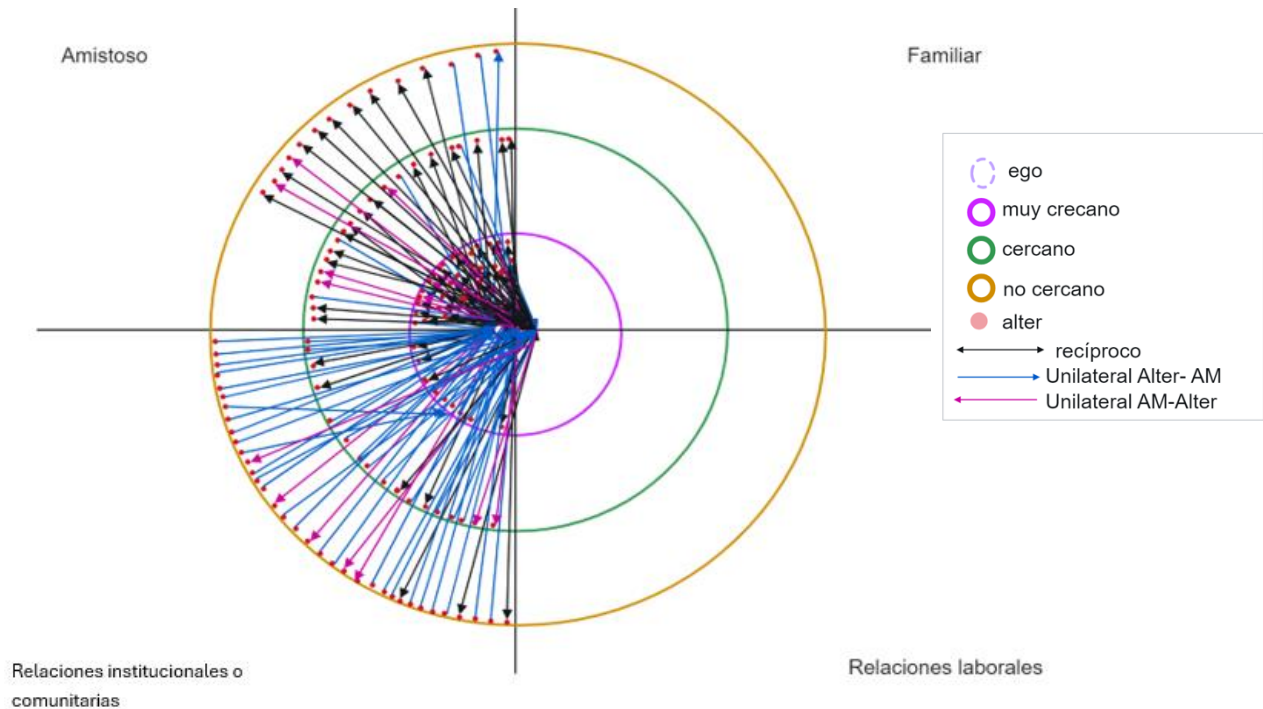
Referente a los vínculos basados en las relaciones institucionales destaca la precepción de gratitud y la valoración positiva de la eficiencia del personal. En su mayoría refieren que el personal, entre quienes se encuentran las enfermeras, el personal de rehabilitación, las gericultistas y los maestros o personal que imparte talleres, los escuchan y los toman en cuenta para la realización de actividades, de igual manera, les apoyan otorgándoles dinero, comida, ropa o algún detalle. Respecto al personal de los talleres, consideran que los hacen sentir útiles y capaces de realizar diferentes actividades.

Al igual que con sus compañeros, con el personal de la institución también comparten buenos momentos, lo que hace importante este vínculo. Sin embargo, aun cuando la convivencia es cotidiana y se sienten apoyados por el personal, los participantes consideran que su relación con ellos no es cercana.

A diferencia de los grupos anteriores, en lo que refiere al aspecto amistoso, en este grupo se destaca la importancia de la confianza, consideran que además de tener momentos y charlas agradables con sus amigos, también pueden expresar cómo se sienten. Respecto al ámbito de las relaciones institucionales, lo que hace significativa la relación es que los hacen sentir parte de una comunidad, además de que la realización de actividades útiles contribuye a la autovaloración de las personas mayores por la capacidad de poder realizar distintas actividades (ver Figura 6).

Figura 6.

Esquema de círculos concéntricos del grupo 4 relaciones basado en las relaciones amistosas e institucionales



Nota. Esquema del grupo 4, en él concentra más de la mitad de los participantes. Su composición se distribuye en lo amistoso y en las relaciones institucionales. En las relaciones amistosas son muy cercanas y recíprocas. Las relaciones institucionales son no cercanas, principalmente la direccionalidad es unilateral del alter a la persona mayor. Es una red de mediana densidad.

Grupo 5. Centrado en las relaciones amistosas y familiares.

En este grupo se concentra el 5 % de los participantes, en él se establecen relaciones amistosas y familiares. Por lo tanto, su composición se concentra en los cuadrantes ya mencionados. Se establecen vínculos con otros residentes de la institución, así como con algún miembro de núcleo familiar.

El tamaño promedio es de 4 personas, es un grupo con una densidad media, es decir, que existen de 2 a 3 interconexiones entre quienes conforman la red. En comparación con los grupos anteriores, que se caracterizan por tener una densidad baja, la densidad de este grupo aumenta aun cuando es un grupo de menor tamaño.

Su composición y distribución se concentra en su mayoría en el cuadrante amistoso con relaciones muy cercanas, en tanto que en el cuadrante familiar los vínculos son escasos y con una relación no cercana.

Respecto a la direccionalidad, en lo amistoso las relaciones de apoyo son reciprocas, en comparación a las familiares que son unidireccionales del Alter al PM pues los familiares son los principales proveedores de apoyo.

Se identificó que las relaciones amistosas se deben a los buenos momentos compartidos, a la compañía, la afinidad cultural y las charlas que se generan, al igual que en los grupos anteriores con redes amistosas.

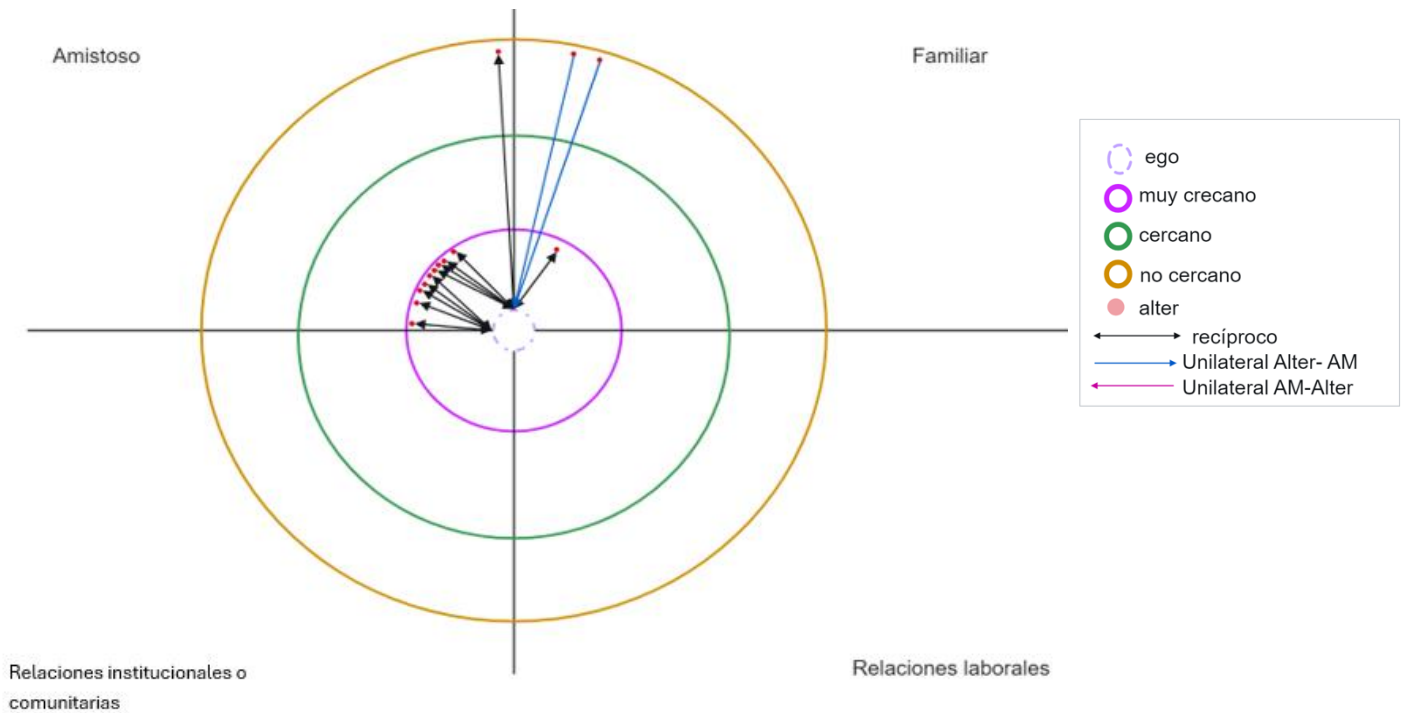
A diferencia de los otros grupos, éste se caracteriza porque aún existen relaciones familiares. Principalmente se mantiene contacto con hijas/os, hermanos/as y sobrinos/as, quienes visitan a los participantes. En uno de los casos, el participante manifiesta estar en el CAIS por decisión personal, en comparación de los otros 2 participantes que, por causas ajenas a ellos, no tienen otro lugar en donde estar, aún con el contacto familiar.

Mencionan que con la familia pueden platicar y ponerse al día de lo sucedido por ambas partes, además de que les proveen algún tipo de apoyo ya sea material (dinero, comida, ropa o medicamentos) y/o emocional. La convivencia con sus familiares no es muy frecuente, por lo que disfrutan y aprovechan cada visita.

Es interesante mencionar que los participantes consideran más significativas las relaciones amistosas con sus compañeros del CAIS que las relaciones familiares a pesar de disfrutar cada visita y de los vínculos ya establecidos. Todos los participantes de este grupo son solteros por lo que no se menciona la presencia de una pareja (ver Figura 7).

Figura 7.

Esquema de círculos concéntricos del grupo 4 relaciones basadas en relaciones amistosas y familiares



Nota. Esquema del grupo 5 basado en las relaciones amistosas y familiares, En el cuadrante amistoso, se establecen vínculos muy cercanos y recíprocos a diferencia del cuadrante familiar donde los vínculos son no cercanos y unidireccionales del Alter a la PM. Este grupo cuenta con una densidad media.

Grupo 6. Centrado en relaciones amistosas, familiares e institucionales.

Se concentra el 3 % de los participantes. En él se establecen 3 tipos de relaciones: amistosas, institucionales y familiares. El cuadrante en el que principalmente se centran las relaciones es el amistoso, seguido de las relaciones institucionales y por último las familiares.

El tamaño promedio es de 6 personas, aun cuando es un grupo muy pequeño es el de mayor tamaño de red y con mayor diversificación en los cuadrantes. Los participantes consideran ser serios y reservados, pero refieren ser amables, características por las que consideran que su red es más amplia. Este grupo se caracteriza por tener densidad media, aun cuando el tamaño de la red es grande, la densidad no aumenta y es igual que la de otros grupos de menor tamaño.

En lo amistoso, en su mayoría las relaciones son cercanas en comparación a las familiares y las institucionales que perciben como no cercanas. La direccionalidad es recíproca en lo amistoso y unidireccional del Alter- PM en el cuadrante de relaciones institucionales y familiares.

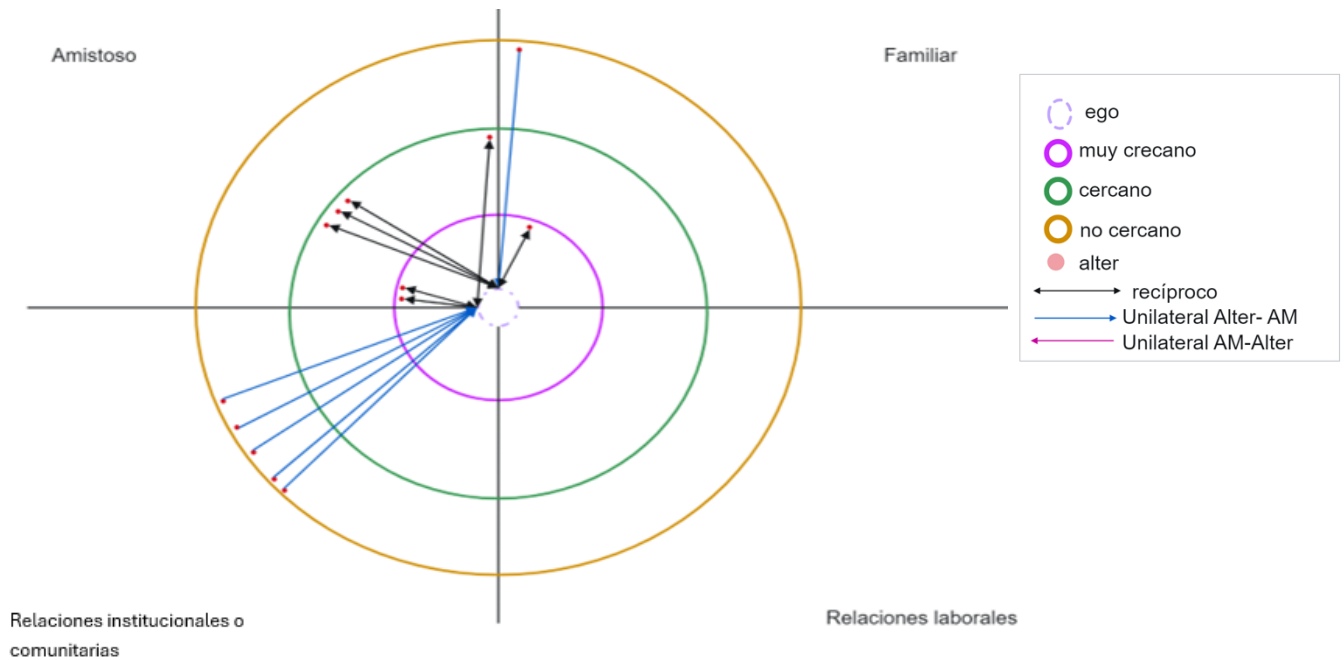
De la misma manera que en los grupos con relaciones amistosas, éstas se establecen por afinidad cultural, en gustos, compañía, confianza y por compartir actividades de ocio. Con respecto a las relaciones institucionales, consideran que buscan el apoyo del personal, sobre todo para la resolución de conflictos. Principalmente se recurre al psicólogo y a las gericultistas. Por otro lado, señalan que con el personal solo intercambia pláticas e ideas por lo que consideradas que el vínculo es no cercano.

Otro aspecto importante con respecto a las relaciones familiares es que éstas se establecen principalmente a través de redes sociales virtuales o vía telefónica. Este grupo se caracteriza por ser un grupo activo en el uso de la tecnología pues solo se comunican con hijos/as y/o primos/as mediante el uso de dispositivos electrónicos. Mencionan que el vínculo no es cercano porque lo único que comparten es el saludo y actualizaciones rápidas, ya que los familiares trabajan y no tienen tiempo para poder establecer un vínculo más estrecho.

Aun cuando se tiene vínculos en 3 cuadrantes las relaciones más predominantes son las amistosas debido a la convivencia cotidiana. En este grupo se menciona que las relaciones institucionales son utilizadas como una vía de orientación ya que consideran que el personal es experto y tienen los medios y la información para orientarlos, haciendo referencia principalmente a la labor de consejería del psicólogo (ver Figura 8).

Figura 8.

Esquema de círculos concéntricos del grupo 6 basado en relaciones amistosas, familiares e institucionales.



Nota: Esquema del grupo 6 el cual se concentran en relaciones amistosas, institucionales y familiares. En el cuadrante amistoso, las relaciones son cercanas y recíprocas, en las institucionales, los vínculos son no cercanos y unidireccionales del alter- PM y en las familiares son vínculos no cercanos y unidireccionales del Alter- PM.

Grupo 7. Centrado en relaciones amistosas y laborales.

En este grupo se encuentra el 3 % de los participantes. Las personas mayores han establecido vínculos en 2 cuadrantes: en el amistoso y en el laboral. Es decir, han establecido vínculos con los otros residentes del CAIS, así como personas con quienes se mantuvo una relación en el ámbito laboral antes de su ingreso a la institución.

Nota. Esquema del grupo 7 basado en relaciones amistosas y laborales. Las relaciones amistosas presentan una distribución muy cercana y cercana con direccionalidad recíproca. Las relaciones laborales son consideradas no cercanas y con una direccionalidad unilateral del alter- PM. Es un grupo de baja densidad.

Grupo 8. Centrados en relaciones amistosas, institucionales y laborales.

Este grupo concentra 2 % de los participantes. Se mantienen 3 tipos de relaciones: amistosas, institucionales y laborales. En este grupo se mantiene el vínculo laboral activo, con otras personas mayores y con el personal de la institución.

El tamaño promedio es de 8 personas, con una densidad media. La composición y distribución se agrupa en los 3 cuadrantes mencionados. Al igual que en los grupos anteriores la mayoría se concentra en las relaciones amistosas muy cercanas, seguidas de las relaciones institucionales muy cercanas y las relaciones laborales no cercanas. La direccionalidad es variada, en lo amistoso es recíproco y en las relaciones institucionales y laborales es unidireccional del Alter- PM.

Al igual que en el grupo anterior se identificó que la relación amistosa está basada en la fraternidad. Se hace énfasis en que esta relación deriva de una hermandad, ya que el compartir buenos momentos, genera afecto en cada uno de ellos a tal grado de considerarse familia.

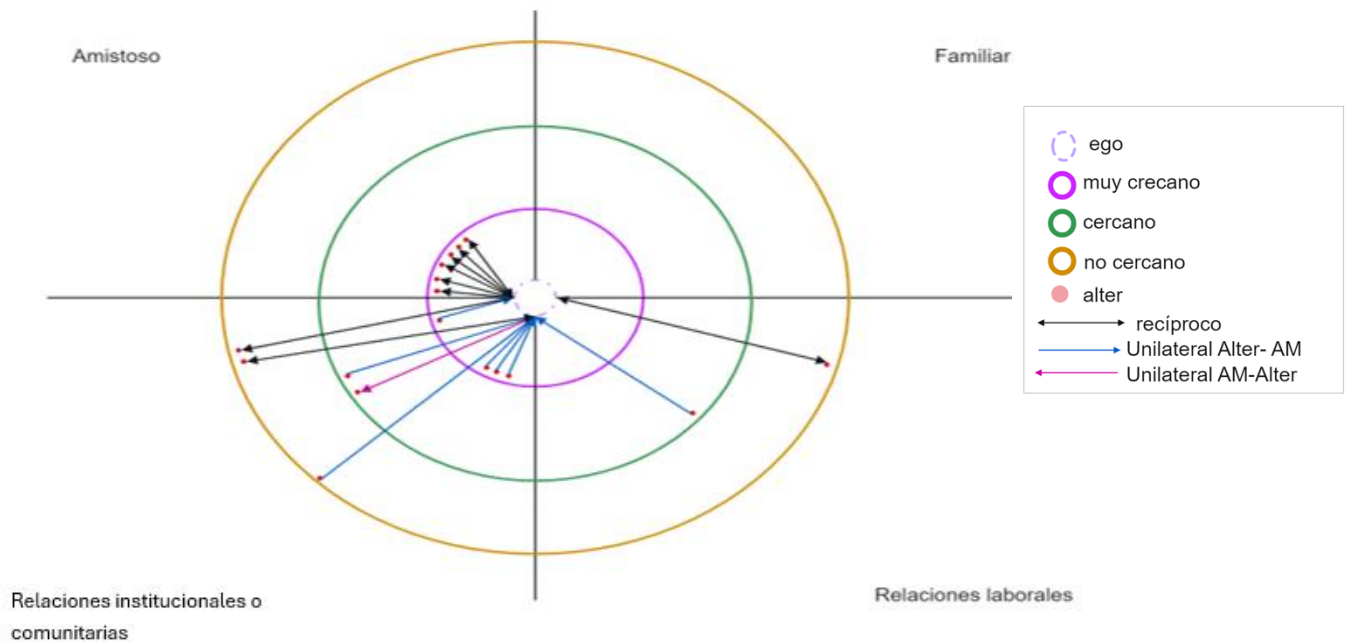
Otra característica con respecto a las relaciones institucionales es que las perciben como vínculos que les generan confianza y seguridad. Los participantes señalan que el apoyo que reciben del personal directivo los hace sentir muy cómodos y con la confianza de poder externar temas de cualquier índole.

Se identificó que se sienten valorados por el hecho de aún participar y permanecer en el campo laboral. Uno de los participantes quien actualmente se encuentra activo en este ámbito, señala que sus compañeros de trabajo lo hacen sentir apreciado, además de que puede realizar lo que más le gusta, lo que hace que su relación sea cercana y significativa. Otro participante refiere que solo tiene contacto

ocasional y solamente se establece relación cuando él tiene duda y quiere mantenerse actualizado de lo que antes realizaba. La relación más predominante es la que se establece con el personal aun cuando se cuentan con relaciones amistosas y laborales (ver Figura 10).

Figura 10

Esquema de círculos concéntricos del grupo 8 centrado en relaciones amistosas, institucionales y laborales.



Nota. Esquema del grupo 8 centrado en relaciones amistosas muy cercanas con direccionalidad recíproca, relaciones institucionales predominantemente muy cercanas y unidireccionales del alter- PM y relaciones laborales cercanas y no cercanas, con direccionalidad variada.

En resumen, más del 50 % de los participantes, han construido relaciones amistosas muy cercanas, en los que se establecen vínculos de empatía que fortalecen su lazo amistoso. En su mayoría se señala que se pueden compartir buenos

momentos, compañía, apoyo, y que existe una afinidad en los gustos, así como la similitud cultural y social, lo que implica que exista una hermandad y fraternidad.

Sin embargo, a pesar de que existe un vínculo amistoso, algunos participantes refieren no sentir confianza con sus pares, debido a que creen que no los comprenden y por ello no pueden expresar y compartir su sentir.

Aproximadamente el 13 % de los participantes consideran que las relaciones institucionales son más eficaces y les proveen el apoyo que ellos requieren, ya que son personas profesionales y tiene la experiencia de poder brindarles apoyo, les aconsejan y brindan orientación en la resolución de sus conflictos, De igual manera, consideran que existe una mejor relación con el personal de la institución debido a que los hacen auto valorarse y sentir que son parte de algo, al hacerlos partícipes en el apoyo en quehaceres y el cuidado de otros compañeros. Aun así, la relación es percibida como no cercana.

Aproximadamente el 8 % de los participantes expresan mantener relación con sus familiares principalmente con los/as hijos/as. Con ellos pueden expresar cómo se sienten y ponerse al día de lo que pasa en el exterior. Así mismo en algunos casos además del apoyo emocional, les proveen apoyo material (dinero, medicinas, ropa, comida). Sin embargo, el contacto con los familiares es ocasional y en la mitad de los casos, la interacción sólo se da por medio de redes sociales. Aunque existe este tipo de relación, los participantes consideran más significativas las relaciones amistosas que las familiares, pues con sus amigos conviven a diario.

El 5 % de los participantes además de las relaciones institucionales y amistosas también establecen relaciones laborales, en las que hacen sentir a los participantes “útiles” pues aún pueden generar ingresos además de hacer lo que les gusta. Así mismo el contacto les ayuda a estar al día acerca del ámbito al que se dedicaban.

Funciones de la Red

Para el análisis de la función de la red, se estudió la frecuencia con la que se brindan y cómo son percibidos los siguientes tipos de apoyo: emocional, material, instrumental y cognoscitivo.

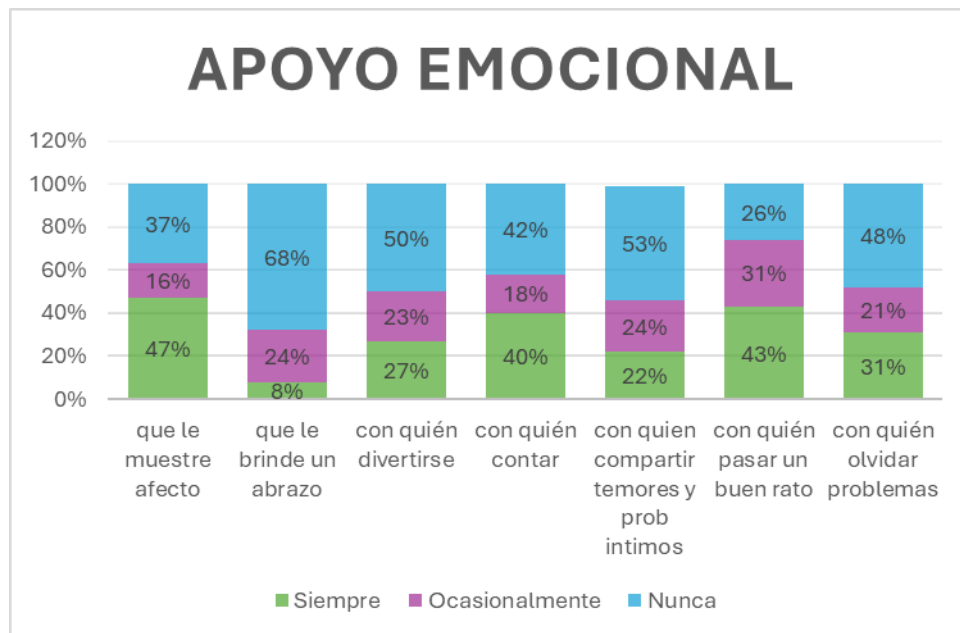
La frecuencia fue medida a través de una escala de Likert en la que se identifica si se les brinda apoyo siempre, ocasionalmente o nunca.

Apoyo emocional

Dentro del apoyo emocional se evaluó si la persona cuenta con alguien que le demuestre afecto (interés, atención, cuidado), le brinde un abrazo, con quien pueda divertirse, con quien pueda contar, con quien compartir sus temores y problemas más íntimos, con quien pasar un buen rato o distraerse y que le apoye en hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.

Figura 11

Gráfica de la frecuencia del apoyo emocional



Con respecto a las demostraciones de afecto casi la mitad de los participantes considera contar con alguien que se lo demuestra. El afecto es brindado por medio de la compañía e interés que muestran entre ellos.

Una forma en la que se expresa es el hecho de preocuparse por cómo se sienten y por acciones para alentarlos o “levantarles el ánimo” como ellos lo expresan. Este interés o preocupación es brindado principalmente entre los mismos compañeros como símbolo de fraternidad y/o hermandad, seguido del personal de la institución.

Las muestras de simpatía como el saludarse, hace que los participantes lo perciban como un símbolo de afecto. En el caso de los que refieren que el apoyo es ocasional o que nunca hay alguien que se los brinde (53 %), se debe a que se consideran personas reservadas y desconfiadas ya que tienen poca o nula interacción con sus compañeros y/o con el personal de la institucional. De igual modo, se identificó que las muestras de afecto están influidas por cuestiones de género, ya que señalaron que el hecho de ser hombres dificulta ese tipo de apoyo, pues no están acostumbrados a demostrar afecto y mucho menos entre hombres.

Respecto a brindarles un abrazo sólo el 8 % menciona que siempre hay alguien que les brinde un abrazo cuando lo necesitan. Para ellos es una muestra de solidaridad y apoyo moral entre compañeros, otros lo ven como parte del saludo cotidiano y algunos más solo reciben esta muestra de afecto en días especiales como festividades o cumpleaños.

Principalmente es un acto realizado entre compañeros y secundariamente con el personal de la institución. Sin embargo, casi el 70 % de los participantes manifestaron que durante su estancia en el CAIS nunca han recibido un abrazo. Ellos lo atribuyen a sus diferencias de origen, culturales y principalmente a sus costumbres que no permiten que se pueda dar esa interacción. Aunque algunos manifiestan que no lo necesitan expresan su deseo con frases como “no lo necesito, no hay cabida para la tristeza”.

Con respecto a la pregunta de si cuentan con alguien con quien puedan divertirse, 27 % mencionó que siempre tienen a alguien con quien puedan divertirse y 23 % cuenta con este apoyo ocasionalmente. Los participantes consideran que la diversión consiste en poder reírse, “echar relajo” o “seguirse el rollo” ante algún comentario gracioso o alguna situación en la que se sientan alegres. Algunos otros refieren que para ellos el divertirse implica el compartir tiempo en las actividades de ocio tales como jugar dominó o baraja. Sin embargo, el 50 % de los participantes refieren que durante su estancia en el CAIS nunca han contado con quien divertirse.

En cuanto a si tiene alguien con quien puedan contar, el 40 % refieren siempre tener a alguien, 18 % ocasionalmente y 42 % nunca han contado con alguien. El contar con alguien es referido como la accesibilidad y la confianza que se genera con los amigos más cercanos. Para ellos consiste en brindarse apoyo en cualquier momento, al igual que el afecto, se relaciona con los lazos de fraternidad que se generan entre los participantes.

Acerca de si los participantes cuentan con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos, el 23 % de los participantes siempre tienen con quien compartirlos y 24 % ocasionalmente. Este apoyo es brindado principalmente entre compañeros, pero es un lazo que se da con el tiempo. Es interesante mencionar que relacionan la confianza con el tiempo de conocerse, por lo que este tipo de apoyo se da entre personas que llevan más tiempo de residencia en el CAIS.

El personal de la institución juega un papel clave en este tipo de apoyo, los participantes mencionaron que recurren a ellos por ser personas profesionales con los que pueden externar sus problemas. En contraste, la mayoría de los participantes (53 %) refiere no tener alguien con quien compartir sus problemas más íntimos, debido a que no existe la confianza suficiente para contar sus situaciones personales porque consideran que los demás no los entenderían. Mencionan que el ambiente es hostil, denso y no agradable, por ello prefieren ser solitarios para evitarse problemas.

Casi la mitad de los participantes (44 %) mencionaron que siempre tienen alguien con quien pasar un buen rato o distraerse, 31 % ocasionalmente, y 26 % nunca han tenido con quien pasar un buen rato. La mayoría de los participantes refieren que

sus compañeros les brindan este apoyo cuando comparten tiempo para realizar actividades juntos como hacer ejercicio, escuchar música, leer, debatir lecturas o el simple hecho de compartir pláticas. La compañía es su principal motivante.

En relación con si cuenta con alguien cuando necesitan hacer cosas que les ayuden a olvidar sus problemas, 31 % de los participantes señalaron que siempre tienen alguien que les apoyen a olvidar sus problemas, mientras que 21 % ocasionalmente tienen a alguien. Sin embargo, casi la mitad de los entrevistados (48 %) nunca han contado con alguien durante su tiempo de permanencia en el CAIS. En este ámbito, al igual que en la pregunta sobre si cuenta con alguien que quien compartir sus temores y problemas más íntimos, los participantes señalan que dentro de la institución hay un ambiente generalizado de desconfianza lo que impide que se generen lazos de apoyo mutuo.

De acuerdo con lo que establecen Clemente y Terán (2014) con el apoyo emocional, se busca proporcionar bienestar, confianza, seguridad y el sentimiento de sentirse “amado”, mismo que puede manifestarse a través de la escucha, la atención y el cuidado, y que principalmente proviene de la familia o amigos.

En este sentido, los aspectos que resaltan en la investigación realizada muestran que para este grupo el apoyo es brindado principalmente por los amigos al no existir una interacción emocional con la familia.

Entre los elementos más significativos como muestras de apoyo emocional están las demostraciones de afecto, el poder contar con alguien y con quien pasar un buen rato, que provienen de los lazos de confianza generados por la amistad, la cercanía y la convivencia cotidiana.

Sin embargo, pese a esta convivencia, destaca el sentimiento de incompreensión pues consideran que hay problemas más íntimos que no se comparten porque los compañeros a pesar de estar en la misma situación no los pueden entender.

Por lo tanto, el apoyo emocional es percibido por los participantes a través de las muestras de interés, la escucha y la preocupación que les muestran sus compañeros

y/o el personal de la institución ante eventos cotidianos, pero no ante problemas más íntimos.

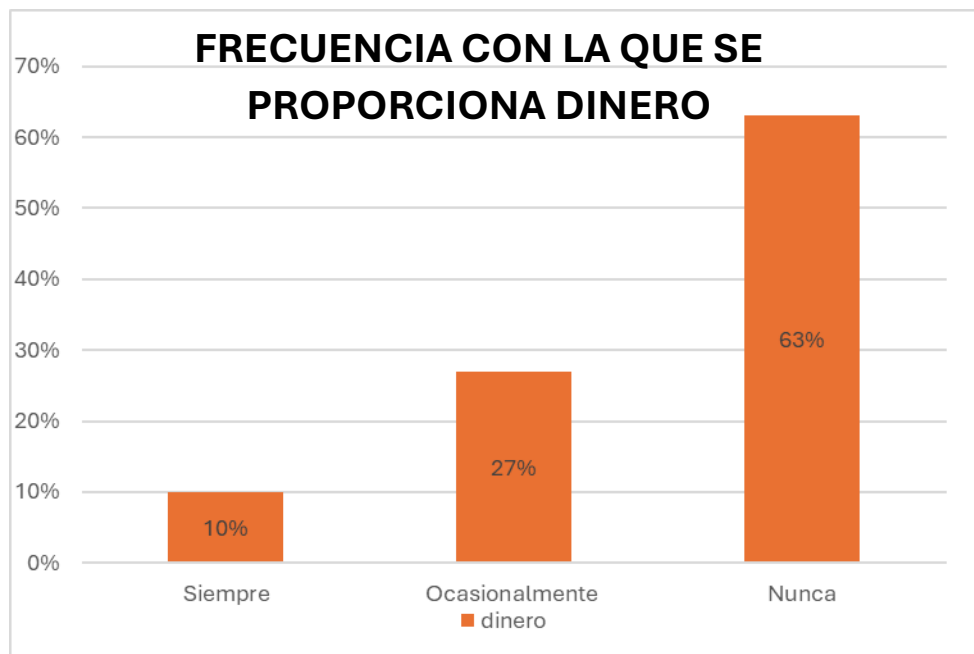
Como se observa en la Figura 11, el contar con alguno de los apoyos mencionados impacta en la mitad de la población de manera positiva pues los hacen sentir en un ambiente de confianza, seguridad y de “amor”, mientras que, para la otra mitad, no se han establecido vínculos de confianza y un sentimiento de pertenencia y seguridad dentro de la institución, por lo que se advierte una situación de aislamiento.

Apoyo material

Para identificar el apoyo material recibido se analizó si alguien les proporcionaba dinero, y la frecuencia de este apoyo (ver Figura 12).

Figura 12

Gráfica de frecuencia del apoyo monetario



En referencia al apoyo monetario 10 % de los participantes señalaron que siempre lo reciben, 27 % ocasionalmente y el 63 % nunca se les ha proporcionado.

Entre quienes reciben el recurso, se identificó que la fuente principal es el gobierno a través de la ayuda mensual que se otorga por parte del programa Bienestar.

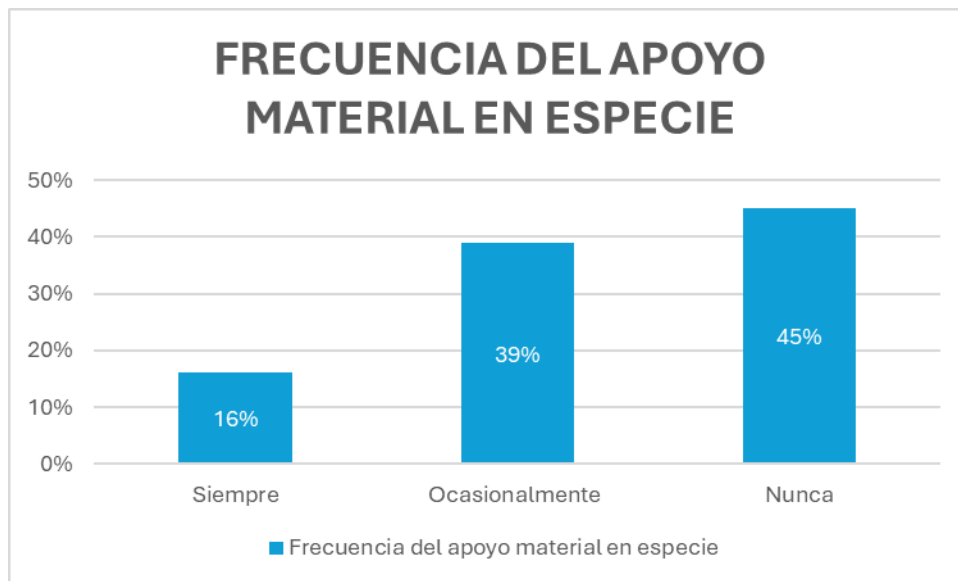
La segunda fuente de ingreso por la cual reciben una compensación monetaria se refiere al trabajo que realizan en la institución como apoyo en el área de cocina, en los dormitorios o la lavandería, recurso que se recibe de forma solidaria por parte de los trabajadores pues no existe presupuesto asignado por parte de la institución para el pago de este servicio.

Por último, obtienen ingresos por la venta de dulces, comida y cigarros principalmente. Es importante señalar que, por lo tanto, el 90 % de los participantes no reciben apoyo gubernamental.

Además del recurso monetario, se identificó la frecuencia con la que los participantes reciben apoyo en especie (ver Figura 13)

Figura 13

Grafica de frecuencia del apoyo en especie

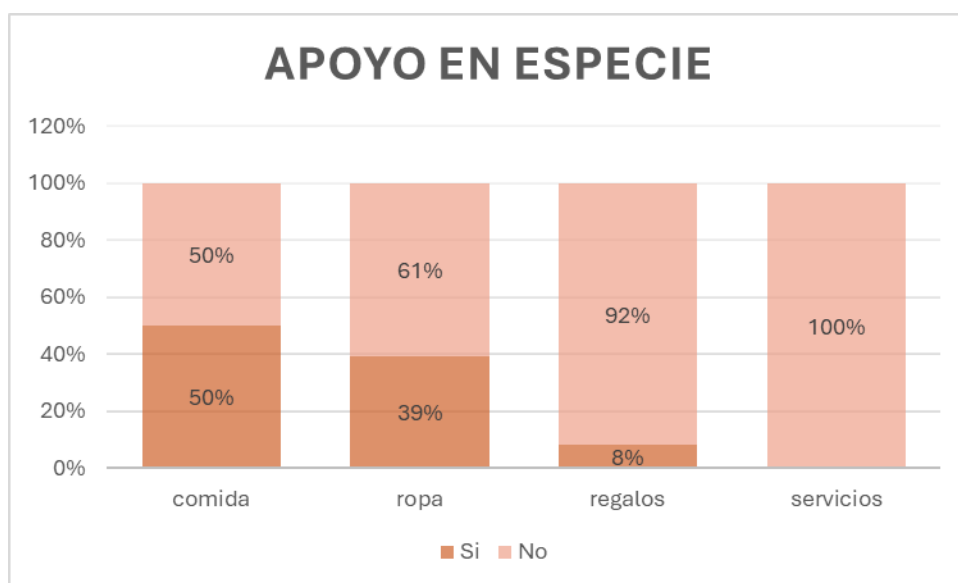


En relación con el apoyo en especie sólo el 16 % mencionó recibirlos siempre, 39 % mencionaron que es ocasional y casi la mitad de los participantes nunca ha recibido este tipo de apoyo (45 %). Los participantes que siempre y ocasionalmente reciben apoyo en especie, se relaciona como una remuneración por su apoyo en algunas actividades dentro de la institución como ya se mencionó anteriormente.

Con respecto al tipo de apoyo en especie recibido se analizó si los participantes reciben apoyo en comida, ropa, regalos o cosas que necesitan y el pago de servicios (este último se refiere a consultas médicas privadas, pago para medicamentos, pagos de transporte o recargas de celular, ver Figura 14).

Figura 14

Gráfica de frecuencia del apoyo en especie, por tipo de apoyo recibido.



Con respecto al apoyo en especie recibido, la mitad de quienes reciben este tipo de apoyo (50 %) refirió recibir comida, ropa 39 % y regalos o cosas que necesitan 8 %. Resalta el hecho de que a ningún participante se le ha apoyado con el pago de servicios, tales como pago de consultas médicas privadas, medicamentos, pago de transporte en caso de salidas de la institución o recargas de saldo para su celular.

Respecto al apoyo con comida extra (es importante mencionar que la institución ofrece tres comidas al día) se obtiene mediante 3 formas: la primera es a cambio de sus servicios en algunas de las áreas de la institución. Como se mencionaba anteriormente, este tipo de actividades pueden ser retribuidas con dinero o en especie, como en este caso.

Entre las actividades que realizan está el apoyo a la gericultistas en las actividades de limpieza de dormitorios y/o con el apoyo del cuidado de compañeros

que requieren ayuda. Además, se puede obtener por su participación en el área del comedor en la preparación de comida y servicio de alimentos; por lo que a cambio de sus servicios se le paga con comida extra.

La segunda proviene de sus mismos compañeros quienes comparten o compran comida diferente a la que habitualmente se les proporciona en la institución. Esto representa una muestra de amistad o se brinda como pago por la realización de actividades que algunos participantes no pueden realizar por sí mismos, como la limpieza de su dormitorio, el lavado de ropa o salir de la institución a comprar artículos personales.

La tercera es mediante grupos de apoyo externos principalmente de asociaciones tales como Alcohólicos Anónimos o grupos religiosos. Los participantes que no obtienen este tipo de apoyo se debe a que no están inmersos dentro del “campo laboral y de apoyo” de la institución.

Con respecto a recibir ropa, regalos o cosas que necesitan, éstas también son obtenidas por la prestación de sus servicios. Se les pagan principalmente con ropa que es otorgada por el personal de la institución. Con relación a los regalos o cosas que necesitan, los participantes se refieren principalmente a artículos de higiene personal, que también son brindados por el personal y/o por los mismos compañeros.

Como se puede observar, el apoyo material y en especie es brindado principalmente por el personal de la institución y es obtenido, en su gran mayoría, a cambio de la prestación de los servicios de las personas mayores. Además de ser una fuente de ingreso, el intercambio en la prestación de sus servicios es percibida por los participantes como una forma de sentirse parte de la institución y autónomos, es decir, que les permite sentirse valorados, útiles, ágiles y activos.

Como se analizó en el marco teórico, las ideas viejistas consideran que la persona mayor, por el hecho de ser viejo no puede seguir involucrado en el campo laboral. Se considera a las personas mayores como personas débiles o lentas, lo que afecta y demerita su rol dentro de la sociedad.

De acuerdo con la teoría de la actividad (Havihurst, 1964) se propone que, quienes envejecen mejor son aquellas personas que tienen mayor participación social, emocional y física, porque se mantienen activas en su vida cotidiana y cuentan con situaciones más gratificantes. Esto les permite mantener su autoestima, así como tener mayor seguridad física y económica al valerse por sí mismos y tener mayor independencia.

De ahí que los participantes manifiestan que se sienten bien apoyando a sus compañeros y al personal. Aunque muchos lo hacen por afecto y como parte de su rutina de actividades, es cierto que también necesitan cubrir otras necesidades que, como tal, la institución no puede costear (como servicios de telefonía celular, artículos de higiene personal, ropa, etc.).

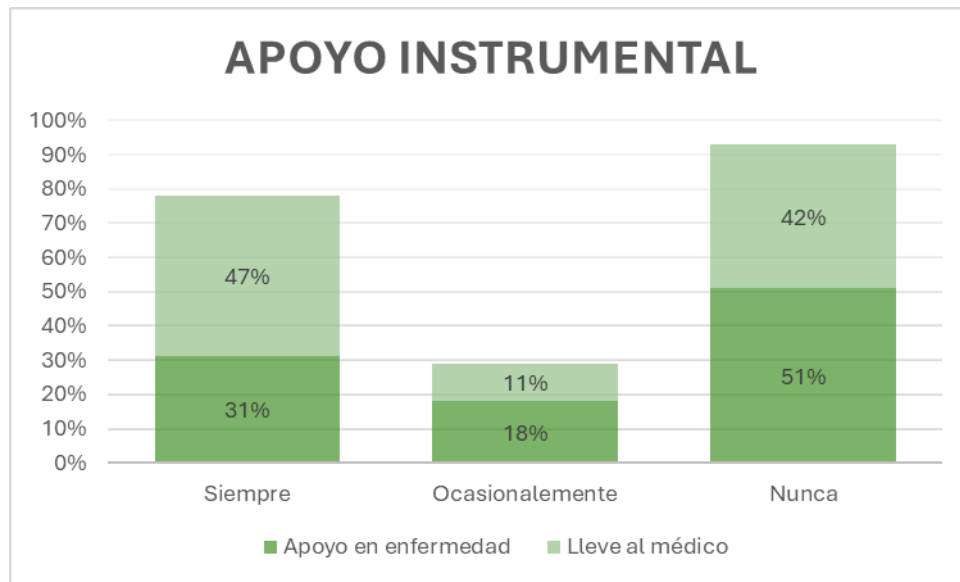
Esto permite demostrar que en la vejez las personas son productivas y capaces de realizar tareas. Que el mantenerse activos fortalece su autoestima y autonomía, incentivando su valor individual y el reconocimiento de sus capacidades.

Apoyo instrumental

Para conocer la percepción sobre el apoyo instrumental recibido, se incluyeron dos preguntas, la primera es si el participante cuenta con alguien que le apoye con sus actividades cotidianas en caso de que enferme o cuando no las puedan realizar por sí solo y la segunda, si cuenta con alguien que le apoye cuando necesita acudir al médico (ver Figura 15).

Figura 15

Gráfica de frecuencia del apoyo instrumental recibido



Un tercio de los participantes mencionó que siempre hay alguien que le apoya en sus actividades cotidianas en caso de enfermedad o de que no las puedan realizar por si mismos, 18 % refiere que sólo ocasionalmente y la mitad (51 %) manifestó que nunca cuentan con este apoyo.

De acuerdo con lo referido por los participantes, ellos consideran que no requieren de este tipo de apoyo debido a que se consideran personas sanas que no tienen ninguna “alteración en su movimiento” y que, por lo tanto, son capaces de realizar sus actividades por si mismos.

En contraste, quienes manifestaron requerir de este apoyo y recibirlo siempre u ocasionalmente, lo necesitan porque presentan problemas de vista o movilidad que les impide realizar sus actividades cotidianas. Una forma de retribuir este apoyo brindado es a través del pago monetario, con comida o alguna otra cosa en especie como muestra de agradecimiento.

En caso de necesitar apoyo para acudir a asistencia médica, 47 % de los participantes mencionaron que siempre tienen a alguien que les apoya, 11 %

ocasionalmente y el 42 % nunca han recibido apoyo de alguien para que los lleven al médico.

Como se puede observar, casi la mitad de los participantes refieren contar con alguien que les apoye para llevarlos al médico. Este apoyo deriva de los lazos amistosos y de fraternidad. Se manifiesta ante la preocupación de ver al otro en mal estado o en una situación que compromete su salud. Son los propios compañeros quienes los llevan al área de enfermería para su atención o en el caso de que el riesgo a la salud sea más grave piden apoyo para que sea el doctor quien acuda al dormitorio.

Por lo tanto, el apoyo instrumental en su mayoría es proporcionado entre los mismos compañeros con los que conviven. En la mayoría de los casos el apoyo se brinda por solidaridad, amistad y cariño, sin embargo, en ocasiones también se recibe una compensación monetaria o en especie por esta ayuda. Para los participantes el contar con alguien que los lleve al médico en caso de requerirlo tiene un significado especial de empatía.

Los principales proveedores de atención es el personal médico y de enfermería de la institución, quienes les brindan los servicios necesarios para que ellos mejoren o se sientan bien ante alguna problemática de salud. Consideran que los médicos y las enfermeras de la institución siempre están dispuestos a revisarlos y atenderlos. Inclusive, ellos consideran que la acción de administrar sus medicamentos en tiempo y forma es un símbolo de que siempre están pendiente de su salud.

En el caso de los participantes que nunca han tenido este apoyo mencionan que, al ser una institución en la que residen solamente varones en situación vulnerable, consideran que el ser cuidados por otro varón rompería con los roles sociales establecidos. Argumentan que son autosuficientes y no quieren que se les lleve al médico, ya que gran parte de su vida, han sido autónomos y no han contado con la ayuda de la familia para realizar sus actividades, por lo que el que lo haga alguien ajeno a ellos, no lo consideran la mejor opción.

La idea antes planteada coincide con lo planteado por Montes de Oca (2003) quien señala que las mujeres tiene mayor facilidad de establecer vínculos con otras

personas y su participación con los grupos de apoyo son más frecuentes que la de los hombres debido a los roles sociales establecidos por la sociedad.

Otro hallazgo importante que permite ver cómo las ideas viejistas también son interiorizadas por las personas mayores es lo referente a que en la vejez ya no hay nada que hacer y es la antesala de la muerte. Algunos consideran que al ser viejos, el hecho de que se les provean de atención médica o medicamentos no cambiará o mejorará su estado de salud, porque son viejos y no hay mucho que pueda ayudarlos.

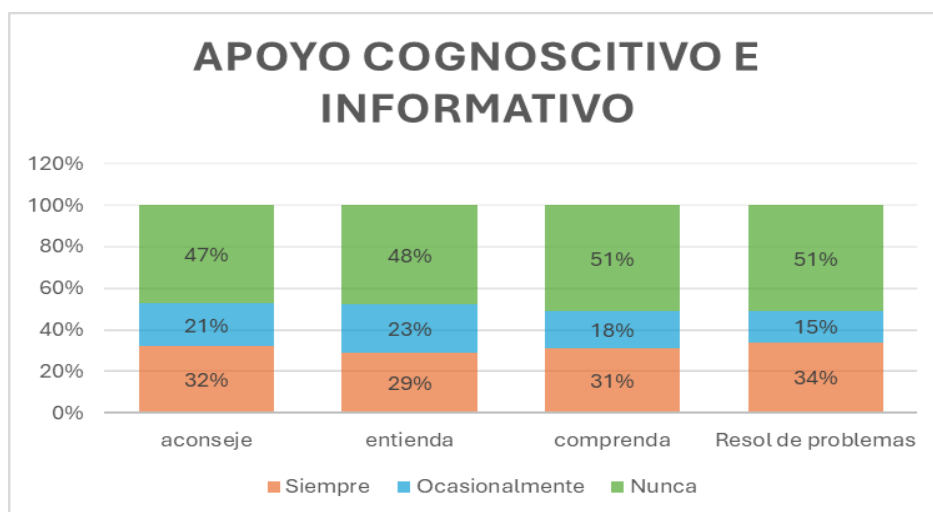
En resumen, es importante señalar que una parte de la población recibe apoyo instrumental a cambio de un acuerdo monetario, sin embargo, no es en todos los casos. El apoyo también puede darse como forma de agradecimiento por la amistad, el cariño o la fraternidad que se ha generado a través de la convivencia.

Apoyo cognoscitivo e informativo

Respecto al apoyo cognoscitivo e informativo éste comprende sí los participantes cuentan con alguien que les aconseje cuando tienen un problema, si tienen alguien que les informe y les ayude a entender una situación y alguien que comprenda sus problemas (ver Figura 16).

Figura16.

Gráfica de la frecuencia del apoyo cognoscitivo e informativo.



El 32 % de los participantes refieren que siempre tiene alguien que les aconseje y orienten cuando tiene un problema, 21 % ocasionalmente y 47 % nunca han tenido a alguien que les aconseje. Los participantes que tienen alguien que les aconseje ante alguna problemática se debe a que acuden con el personal de la institución como trabajadores sociales, psicólogos y gericultistas.

Consideran que son personas profesionales que sí los entienden y por ello, con capacidad de aconsejarles. Entre ellos se ha establecido un vínculo de confianza. En menor medida acuden a sus compañeros por la relación de amistad y confianza que existe entre ellos.

Es importante señalar que casi la mitad de los participantes mencionaron no contar con alguien que les aconseje. Entre los motivos está la desconfianza, otros se consideran reservados con sus problemas y asumen que lo que les digan no les servirá. Otros más consideran que los consejos los pueden encontrar en las asociaciones religiosas que ocasionalmente asisten a la institución.

Respecto a contar con alguien que les informe y ayuden a entender una situación, 29 % refieren que siempre tienen a alguien que les apoye, 23 % ocasionalmente cuentan con alguien, 48 % nunca han tenido a alguien que les informe.

En relación con los que manifestaron contar con este apoyo (52 %), lo relacionan con contar con información general sobre la institución. Consideran importante la información que les brindan, principalmente sus compañeros, sobre el funcionamiento de la institución en caso de ser nuevos residentes o el hecho de compartir información sobre eventos, talleres o pláticas que habrá o las visitas por parte de instituciones externas como Alcohólicos Anónimos u organizaciones religiosas.

Así mismo la información los mantiene al tanto de lo que ocurre al exterior de la institución. Los residentes que salen del CAIS les informan de lo que ocurre, además de informarse a través de notas periodísticas o televisivas que comparten entre ellos. Otro de los apoyos recibidos es la orientación de cómo arreglar trámites personales, debido a que a algunos residentes se les dificulta entender algunas situaciones o porque no pueden realizarlo por sí mismos.

Sobre si cuentan con alguien que comprenda sus problemas, 31 % consideran que siempre cuentan con alguien, 18 % ocasionalmente y 51 % manifestaron que nunca han tenido alguien que los comprenda. Como hemos podido constatar en otros tipos de apoyo, la mayoría expresa un sentimiento de incompreensión. Los participantes que nunca han contado con alguien que comprenda sus problemas señalan como principal motivo la desconfianza y las diferencias culturales y sociales.

A diferencia de quienes si cuentan con alguien se debe a la amistad que han forjado y al sentimiento de saber que pueden contar con otros en cualquier situación, ya que existe empatía y cariño. Además, saben que cuentan con la orientación profesional por parte del personal de la institución ya que con ellos también se han forjado relaciones amistosas.

Como se puede observar, el apoyo cognoscitivo se enfoca en la existencia de alguien que les provea algún consejo ante alguna problemática general o personal, alguien que les oriente e informe de lo que pasa en el interior y exterior de la institución y también alguien que los comprenda. Los datos nos muestran que solo una tercera parte de los participantes siempre cuentan con alguien que les provea el apoyo cognoscitivo e informativo.

Este apoyo proviene tanto del personal de la institución como de los otros residentes. Se provee por la confianza, empatía, cariño y profesionalismo de quien se los brinda. En los casos en los que no se cuenta con alguien se debe a la desconfianza, a la restricción que ellos mismos se auto imponen, pues consideran que es mejor mantenerse al margen de los demás. En algunos otros casos consideran que el ámbito religioso es la mejor fuente para este tipo de apoyo.

Para la mayoría de los participantes el apoyo cognitivo y/o de información toma importancia, solamente cuando es brindado por algún profesional de la institución, principalmente los psicólogos y/o trabajadores sociales. Como lo mencionan, ellos son los profesionales que los comprenden y pueden ayudarles y aconsejarles ante situaciones más personales que no saben cómo afrontar. Consideran que sus compañeros no pueden comprenderlos y no tienen los elementos necesarios para

aconsejarles a pesar de su convivencia cotidiana y los lazos de fraternidad entre algunos de ellos.

Sin embargo, el apoyo profesional solo cumple una parte de lo que el apoyo cognitivo contempla, pues además de la guía y asesoría, este tipo de apoyo también busca el intercambio de experiencias, información y conocimientos y está ligado al apoyo emocional (Salinas et al., 2007).

En el caso del CAIS, este apoyo se manifiesta mediante el intercambio de experiencias, pláticas, e información que se comparte entre compañeros, por ejemplo, la asesoría en cómo arreglar asuntos personales como la realización de trámites para la obtención de apoyos gubernamentales, la información sobre actividades recreativas, ponerse al día de lo que ocurre fuera de la institución, ya que en su mayoría algunos de los residentes no salen a pesar de ser una institución de puertas abiertas.

Es así como surgen, a partir de este apoyo, vínculos emocionales que mantienen activas las relaciones entre los residentes. A pesar de que no lo consideren importante, la ayuda de los compañeros en el apoyo cognitivo / informativo, de manera indirecta fortalece, en algunos casos, el apoyo emocional y otro tipo de apoyos.

Como hemos visto, el apoyo emocional, material, instrumental y cognitivo es fundamental porque permite la integración con su entorno, con la finalidad de afrontar una situación específica y evitar el aislamiento. En el caso del CAIS Cuauhtémoc, son pocos los casos donde están presentes todos los tipos de apoyo. Casi el 50 % de los participantes manifestó no recibir nunca ningún tipo de apoyo.

Conclusiones

Para determinar el impacto de las redes de apoyo social durante la vejez, se analizó la estructura y el funcionamiento de las redes egocéntricas de un grupo de personas mayores varones residentes del CAIS Cuauhtémoc y los tipos de apoyo social percibidos.

Se inició con el mapeo de la red egocéntrica de los participantes, con la intención de conocer la interacción que la persona tiene con quienes le rodean. En cuanto a la estructura de la red se identificaron 8 grupos con base en el mapeo de Sluzki en los cuales se analizaron el promedio del tamaño de la red, su composición y distribución, densidad y direccionalidad.

El grupo más representativo en esta investigación fue el grupo 4, en él se concentra más del 50 % de la población. En este grupo los actores se concentran en el cuadrante de relaciones amistosas y relaciones institucionales. El promedio del tamaño de la red es de 2 personas. Por lo tanto, un primer hallazgo es que la red principal es de tipo informal y primario. Sin embargo, las relaciones y apoyo que se reciben no provienen de la familia, sino de los amigos y compañeros.

Un dato importante es que el tamaño de la red es pequeño, al sólo estar constituido en promedio por dos personas. Se puede concluir que existen varias razones resultado de sus experiencias y trayectoria de vida. Una primera razón es que, al ser personas en condición vulnerable, con una vivencia previa en situación de calle, no confían en los demás y manifiestan no sentirse comprendidos por los otros.

Otra razón es la heterogeneidad que hay entre los participantes, pues como ellos mismos lo expresan, la diferencia cultural y social no permite que se relacionen con otros y que la red sea más extensa. También, hay un sentido de autoaislamiento, justificado en la idea de ser autosuficientes para la realización de sus actividades y no necesitar de nadie más.

El mostrar la necesidad de apoyo, en algunos casos, es percibida como un rompimiento con las normas de la masculinidad. Este aislamiento auto impuesto es

consecuencia de la represión emocional. Como se señala en los estatutos de la masculinidad socialmente edificados, la construcción de la masculinidad implica demostrar el ser hombre a través de acciones como la agresión, la competitividad y la autosuficiencia que contribuyen a que se generen conductas violentas hacia los demás. Esto se ve reflejado en los vínculos con otros, por ello, el tamaño de la red es menor.

Por último, algunos participantes consideran que sólo pueden entablar relaciones de confianza en términos emocionales con personas de mayor jerarquía, ya que perciben al personal de la institución como una autoridad de poder y sabiduría. En lo que respecta a la confianza entre pares, ésta está determinada por las condiciones de subsistencia en la propia institución. La relación de reciprocidad entre los mismos residentes se torna conflictiva por la desconfianza, esta se enmarca en el contexto de provenir de situación de calle y la necesidad de “cuidar lo poco material que se tiene”, como forma de protección hacia ellos mismos y como consecuencia del contexto al que han estado acostumbrados en su trayectoria de vida en la que existe una lucha por la sobrevivencia.

Sin embargo, quienes logran entablar relaciones amistosas consideran que, a pesar de que no existe una confianza absoluta con sus compañeros, se han creado relaciones de “hermandad y fraternidad” con algunos de los residentes.

En contraste en el otro 50 % de la población, la distribución y composición es variada. Existen redes con relaciones exclusivamente amistosas o institucionales o con distribución en 2 o más cuadrantes. En ellas se identifica un tamaño de red medio que oscila entre 4 y 8 nodos.

Un resultado que es importante destacar es que un porcentaje muy bajo de la población (5 %) tiene una red más diversificada, en las cuales los nodos se distribuyen en 3 y 4 cuadrantes. Por lo tanto, se observa que a medida que aumenta el número de cuadrantes es menor el porcentaje de población en estos grupos.

Con respecto a la direccionalidad del apoyo recibido, se observó que las relaciones amistosas e institucionales son más de carácter bidireccional en comparación con las relaciones familiares o laborales, en donde en su mayoría la

relaciones fueron unilaterales del alter al ego. Otro hecho interesante es que en las redes más extensas el apoyo no era bidireccional, por lo tanto, el tamaño de la red no garantiza que el apoyo tuviera mayor posibilidad de relaciones recíprocas. Inclusive las relaciones amistosas e institucionales son percibidas más significativas que las relaciones familiares.

En la investigación se encontró que las redes amistosas, al principio se establecían por obligación o imposición, pero con el tiempo fue un factor que influyó que las relaciones se fortalecieran y aun cuando la red es de menor tamaño, la direccionalidad es recíproca.

Por lo tanto, no es necesario que la red sea extensa para que tenga mayor eficacia, pues se percibe que en este grupo las relaciones son recíprocas y significativas para al menos el 50 % de los participantes.

Con respecto a la densidad esta es diversa. El 50 % de la población tiene redes de baja densidad, es decir, que no hay contacto entre los nodos que conforman la red. Mientras que el otro 50 % tiene redes de densidad media, esto se debe a que la relación entre alteres es más diversa y a que su red es de mayor tamaño. Por lo tanto, entre mayor sea el tamaño de la red mayor interconexión o densidad entre los miembros de la red y viceversa en redes de menor tamaño, menor es la interconexión entre los actores de la red.

Este hecho no coincide del todo con lo planteado por Campos (1988) quien argumenta, que en redes de baja densidad se observan situaciones de aislamiento y exclusión en tanto que las redes de mayor densidad corresponden a situaciones de arropamiento social e inclusión. Sin embargo, en el caso de los participantes se observa que, aunque algunas de las redes sean de densidad media, en todas se manifiesta el aislamiento y la exclusión, debido a que prevalece el sentimiento de “desconfianza” entre ellos.

Respecto a las funciones de la red se analizó la frecuencia con la que se brinda y la percepción que se tienen de cada tipo de apoyo. Cada uno de estos: emocional,

material, instrumental y cognitivo e informativo, tienen un impacto positivo o negativo dependiendo del tipo de relación que se establecen en la red social.

Es decir, para los participantes que mencionaron que el apoyo emocional es positivo y muy frecuente en su vida, se relaciona con los lazos de hermandad y fraternidad que han establecido a lo largo del tiempo y a través de la convivencia cotidiana. Esto se demuestra en la preocupación que muestran los otros por ellos, el compartir experiencias y vivencias. Este tipo de apoyo proviene de las relaciones amistosas principalmente.

Para quienes no perciben recibir este apoyo se debe, en primer lugar, al tiempo de residencia. Algunos son de nuevo ingreso en la institución y no han podido establecer alguna relación o vínculo con los demás.

Otro argumento es que las diferencias socioculturales son un obstáculo para la construcción de lazos afectivos. Esta diferencia cultural es referida por los participantes a tres aspectos del curso de vida. El primero, se refiere a la diferencia en la escolaridad, consideran que quienes tienen más años de instrucción tienen referentes culturales más amplios que quienes carecen de formación académica. El segundo aspecto se refiere al tipo de empleo que tuvieron a lo largo de su vida. Y el tercero, al nivel socioeconómico que tuvieron en su vida previa a su ingreso al CAIS. Estos aspectos impiden que haya afinidad entre los residentes, debido a que no existen temas de conversación o intereses comunes entre ellos.

Otro aspecto que influye para que no exista este tipo de apoyo es la percepción de la vejez y la necesidad de encajar en la construcción socialmente impuesta de que es ser un hombre. Los participantes consideran que por ser “viejos” es más difícil entenderse con los demás, pues no hay posibilidad de acuerdos porque las personas ya no cambiarán su forma de pensar. Con respecto a la masculinidad, se refuerza la idea de que los hombres deben reprimir sus emociones, pues consideran que por el hecho de ser varones no deben expresar su sentir. El expresar sus emociones es una señal de la pérdida de la hombría.

En lo que se refiere al apoyo material sólo una cuarta parte de la población (37 %) manifestó que casi siempre y ocasionalmente contaban con apoyo económico. El apoyo monetario es, en menor medida, otorgado por el gobierno a través del programa social de bienestar y en pocos casos de la ayuda de su pensión laboral, debido a que la mayoría no trabajó de forma asalariada.

Se observó que la principal fuente de ingresos es por la remuneración de su trabajo dentro de la institución, es decir, a cambio de sus servicios de apoyo dentro de la cocina, así como de la asistencia hacia otros compañeros y es proporcionado por el personal de manera voluntaria. En otros casos, proviene de la venta de cigarrillos y dulces como una forma de obtención de ingresos.

Además de la remuneración monetaria, también reciben apoyo en especie, principalmente comida y ropa, misma que en algunos casos es destinada para ellos mismos o sirve como producto de venta o intercambio. Los usuarios que nunca han recibido apoyo en especie, es porque el deterioro en la funcionalidad les impide brindar sus servicios para obtener alguna compensación, además de no contar con la ayuda económica del gobierno.

La satisfacción de las necesidades materiales es crucial en la etapa de la vejez. Contar con condiciones materiales dignas provee seguridad y autonomía a las personas mayores. Este ámbito también se relaciona con cuestiones de género. Socialmente se ha impuesto a los hombres el rol de ser proveedores y al verse limitados en este aspecto les genera frustración, enojo, aislamiento y, por tanto, se generan situaciones de tensión, al tener que depender de otros y enfrentar carencias económicas.

En lo que respecta al apoyo instrumental, la mayoría de la población manifestó que el apoyo instrumental es percibido por la atención que les brindan sus propios compañeros al llevarlos al médico en caso de requerirlo, así como el apoyo para realizar actividades que no puedan hacer debido al desgaste físico (visual, de audición o de movimiento) que los pone en riesgo.

Este tipo de apoyo es un vínculo que enlaza lo emocional y lo material. Las principales razones por las que se brinda surgen de las relaciones amistosas y son apreciadas como muestras de agradecimiento y afecto. Sin embargo, en otros casos también significa un intercambio monetario o en especie para quien ayuda en la realización de las actividades y/ o cuidados, es decir, se realizan a cambio de una compensación material.

Los participantes manifestaron que el apoyo que brindan a la institución y a otros compañeros no sólo se hace para demostrar afecto o por la compensación económica, sino que además les permite sentirse “útiles, importantes, que se les toma en cuenta”. El cumplir estas tareas dentro de la institución, en muchos de los casos suple o llena el vacío ante el abandono de los roles sociales que se desempeñaban antes de ingresar a la institución, principalmente el rol laboral.

Entre las razones de quienes manifestaron no recibir apoyo instrumental, se encuentra el argumento de considerarse autosuficiente y no requerir de este apoyo. Además de los roles y diferencias de género interiorizados, pues consideran que por el hecho de ser hombres no pueden ser cuidados por otros hombres y tampoco deben cuidar a otros.

Por último, el 50 % de la población consideró no contar con apoyo cognoscitivo e informativo. Prevalece el sentimiento de incompreensión, por parte de sus compañeros, antes situaciones personales; debido a la desconfianza prefieren mantenerse al margen que recibir algún consejo. Señalan que el mejor consejo y guía para ellos surge de lo religioso. A pesar de que no lo consideran importante la ayuda de los compañeros en el apoyo cognitivo/ informativo, de manera indirecta, fortalece en algunos casos el apoyo emocional e instrumental.

Sin embargo, el apoyo cognoscitivo e informativo toma importancia cuando viene del personal profesional de la institución, es decir, del psicólogo principalmente, así como de las gericultistas y/o enfermeras ya que son considerados como personas capaces y expertas de quienes pueden recibir un buen consejo.

En resumen, el apoyo social se evaluó desde una visión subjetiva, es decir, a partir de cómo es percibido por el individuo. Esta investigación muestra que las relaciones y el tipo de interacciones de un individuo con su entramado social serán diversas, dependiendo del contexto o etapa por la que se esté pasando. El pertenecer a una red social no significa ni garantiza que el apoyo sea constante.

En cuanto a las fortalezas de esta investigación es importante destacar que permite analizar cómo se configura y reconfigura la red egocéntrica, a través de diferentes contextos, cómo influyen los estereotipos de género en la vejez, así como la pertenencia o no a un núcleo familiar, además de las situaciones de vulnerabilidad a las que se están expuestos.

Otra de las ventajas de este estudio es que permite analizar cómo es percibido el apoyo material, emocional, cognitivo e instrumental en una población que vive en una institución. Por lo tanto, permite conocer y reconocer el impacto que tienen las redes de apoyo social en el adulto mayor, principalmente en este grupo que ha perdido los lazos familiares y que debe reconstruir su red social.

Este estudio puede ser útil como base de análisis para continuar estudiando las redes de apoyo social y generar estrategias que le permitan al adulto mayor tener una vejez digna, integra y de calidad, fortalecer las redes sociales y el apoyo brindado a las personas mayores.

Las limitaciones del estudio, es que a pesar de que se trabajó con una muestra significativa, no se pudo desarrollar y analizar la red de todos los residentes de la institución, debido a que una parte de la población presenta deterioro cognitivo, que les impide compartir su experiencia dentro del CAIS. Otra limitante es que solo fue realizado con personas mayores varones y no permitió realizar un contraste desde la perspectiva de las mujeres.

Es importante señalar que el realizar el análisis de la estructura y funcionamiento de las redes de apoyo social de este grupo de personas mayores permitió identificar nuevas rutas de investigación. Se requieren estudios en donde se incluya la categoría de género, específicamente cómo se reconfigura la masculinidad en la vejez, sobre

todo en contextos de institucionalización en personas que vivían en situación de calle. Este permitirá identificar cómo la construcción de ser hombre y el cambio de los roles sociales influyen en la estructura y funcionalidad de su red. En el presente estudio no se incluyó cómo la masculinidad se transforma y afecta su vejez y cómo esto a su vez afecta la configuración de su red de apoyo social, aspecto que puede constituir una nueva línea de investigación.

En resumen, se puede decir que el envejecimiento de la población será una de las transformaciones con mayor impacto a nivel mundial. Si una persona envejece con un buen estado de salud, óptimo y de calidad, es decir, que se sienta íntegro a nivel físico, psicológico, social y emocional, permitirá que disfrute su proceso de envejecimiento, que lo viva de forma autónoma y desde una perspectiva positiva.

La configuración y reconfiguración de sus redes de apoyo son un determinante para proveer nuevas formas de apoyo y a su vez promover la salud y bienestar general de las personas mayores permitiendo que esta etapa sea considerada como una etapa de ganancias y no de pérdidas. Por ello, el análisis de la estructura y el funcionamiento de las redes de apoyo social en el adulto mayor se torna de gran relevancia en este proceso.

Desde el campo de la Promoción de la Salud se busca el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades con el fin de favorecer el impacto positivo en la salud individual y colectiva. Esto se puede lograr a través de tres estrategias de acción:

- 1) El fortalecimiento de entornos saludables. Éstos se promueven brindando o recibiendo apoyo emocional, material, cognitivo e instrumental, a través de la interacción e intercambio de conocimientos y experiencias entre los distintos actores que conforman la institución. Este intercambio de apoyo es una de las bases fundamentales para la promoción de la salud, ya que la salud es el resultado de los cuidados que se proveen así mismos y a los demás, lo que posibilita que todos puedan gozar de un buen estado de salud.

Por lo tanto, para la creación de ambientes favorables debe promoverse el cuidado de sí mismos, así como del prójimo. Es importante que el adulto mayor interactúe en el cuidado, servicio y protección de los otros a nivel físico y/o de forma material, estas acciones son clave para generar sentido de pertenencia y confianza entre ellos, además de fomentar relaciones amistosas, y relaciones con el personal de la institución que favorezcan cambios en el entorno para generar salud y bienestar.

- 2) Facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad: Para ello es necesario trabajar en red/colectivo para potenciar sus capacidades, por lo que, el apoyo instrumental y emocional es un elemento importante. Lo que permitirá trabajar en la socialización y confianza permitiendo generar espacios de participación continua, conocimiento y reconocimiento de si mismos y de su entorno. Más allá de la compensación monetaria, el que se brinde y se perciba este tipo de apoyo contribuye a que los residentes se motiven y se sienta útiles, además de empoderarlos. Es un mecanismo para que las personas puedan ser involucradas de forma significativa en la toma de decisiones de forma individual y colectiva.
- 3) Desarrollo de aptitudes personales: favoreciendo su desarrollo personal y social en los cuales se continúe trabajando en la sociabilización entre la comunidad. Una estrategia que se podría implementar es la participación colectiva en grupos de convivencia en los cuales se trabaje el reconocimiento de los cambios en esta nueva etapa de su vida, de tal modo que, el apoyo emocional sea aceptado como algo normal e inherente al ser humano, más allá de las construcciones sociales de género como muestra de fragilidad o pérdida de la masculinidad.

La Promoción de Salud no se basa solo en conocer y analizar el proceso de salud enfermedad desde la concepción biológica, sino que también busca destacar la importancia y los efectos positivos o negativos que a nivel social influyen en la percepción y concepción de la salud. Y con ello alcanzar el bienestar a nivel individual y colectivo.

El proceso de salud-enfermedad va más allá de las alteraciones patológicas, debemos analizar cómo la salud está determinada por las condiciones económicas, psicológicas, emocionales, culturales y sociales que rodean a un individuo. Por ello,

el análisis de las redes sociales puede contribuir a generar estrategias para que las personas mayores tengan una red social que les permite afrontar el proceso de envejecer de forma digna y saludable.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Identificación Estructural y Funcional de las Redes de Apoyo Social Egocéntricas del Adulto Mayor.



FUNCIONES DE LA RED

5. ¿Cuándo requiere de ayuda para realizar sus actividades la ayuda la recibe?			
6. Alguien que le muestren afecto, (interés, atención cuidado o empatía)			
7. Alguien que le brinde un abrazo			
8. Alguien con quien divertirse			
9. Alguien con quien puede contar			
10. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos			
11. Alguien con quien pasar un buen rato o distraerse			
12. Alguien cuando necesita hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas			
12. Alguien que le proporcione dinero			
13. ¿Qué tan frecuente recibe apoyo económico?			
14. ¿Además del apoyo económico de que otra forma le apoyan?	Comida	Regalos o cosas que necesita	Pagando los servicios que requiere
*Deje en blanco si no recibe ninguno			¿De qué tipo?
15. Alguien para que le ayude con sus actividades cotidianas en caso de que usted enferme o cuando no puede realizarlas solo.			
16. Alguien que le apoye cuando necesita que lo lleven al médico			
17. Alguien que le aconseje cuando tiene un problema			
18. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación			
19. Alguien que comprenda sus problemas			
20. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales			

¿Con que frecuencia dispone usted de _____?

Nota: Ítems tomados y adaptados de De la Revilla Ahumada L, etal. (2005) Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria. Medicina de Familia Vol. 6. No 1, España.

Muchas gracias por su participación.



Cuestionario de Identificación Estructural y Funcional de las Redes de Apoyo Social Egocéntricas del Adulto Mayor

Estudio de la Estructura y Funcionamiento de las redes de Apoyo Social Egocéntricas de los hombres Adultos Mayores institucionalizados del Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtepc (CAIS).



UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Nombre investigador testista:
Janeth Rocío Cortés Basilio
Lic. en Promoción de la Salud



Cuestionario de Identificación Estructural y Funcional de las Redes de Apoyo Social Egocéntricas del Adulto Mayor

Objetivo

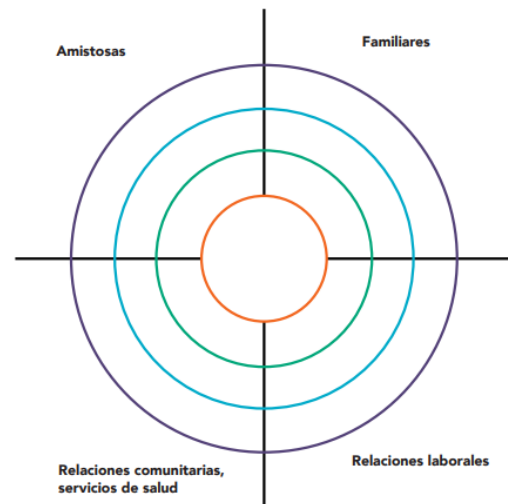
El presente cuestionario tiene la finalidad de identificar las características estructurales y funcionales de las redes de apoyo social (RAS) de los adultos mayores residentes del Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtepc (CAIS-C).

Descripción

- El instrumento se compone de tres secciones, con un total de 20 ítems.
- La primera sección es una ficha de identificación, donde se registran los datos personales del entrevistado.
- La segunda sección (preguntas 1- 4) permite identificar los aspectos estructurales de las RAS (tamaño- número de personas que conforman la red, densidad – conexión entre los miembros de la red y accesibilidad- facilidad de acceso o contacto entre el entrevistado y su red). Las respuestas se registran en el cuadro de "Identificación de las Redes de Apoyo" y en el "Esquema de Círculos Concéntricos de las RAS".
- La tercera sección (preguntas 5 -20) se enfocan en la identificación de las funciones de las RAS (apoyo material, instrumental, emocional y cognitivo). Consta de 15 ítems excepto el ítem 5, referido a la estructura de la red, mismos que deberán contestarse de acuerdo con la escala de Likert (siempre, ocasionalmente y nunca).

Nota: Toda la Información proporcionada será confidencial y únicamente para los fines de esta investigación

CÍRCULOS CONCÉNTRICOS





El siguiente esquema de Círculos Concéntricos representa la red social del entrevistado.

En el centro coloquen el nombre completo del adulto mayor. Para la identificación del grado de relación marque el nombre de las personas mencionadas en el cuadrante y círculo que corresponda de acuerdo con la información del Cuadro de Identificación de Redes de Apoyo.

- En el círculo anaranjado deberá poner el nombre del entrevistado
- Círculo interior (verde) corresponde a las relaciones íntimas (muy cercanas)
- Círculo intermedio (azul) corresponde a las relaciones medianamente íntimas (cercanas)
- Círculo exterior (morado) corresponde a las relaciones ocasionales (no cercanas)
- Marcar con una flecha \longrightarrow si el apoyo es por parte de una persona, marcar \longleftarrow si el apoyo es recíproco.
- Marque el tipo de apoyo de acuerdo con la siguiente simbología:

Apoyo Material	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Apoyo Cognitivo

4. De las personas que el entrevistado menciona ¿Quién(es) conviven y tienen relación entre ellos? Marque a través de una línea punteada.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Trabaja: SI No

Estado Civil _____

Nivel de escolaridad _____

Tiempo de residencia en el CAIS-C: _____

Tiene Familiares en la CDME: SI No

Salir de la institución: SI No

Fecha de la encuesta: _____

Lugar: _____



Estructura de la Red de Apoyo

En el siguiente cuadro escriba el nombre de la persona que el entrevistado indique, así como el tipo de apoyo recibido y el tipo de relación entre ambos. Marque con una X según corresponda.

Cuadro de Identificación de las Redes de Apoyo

	Número	Reside dentro de la institución		Tipo de Relación				Tipo de Apoyo ¹				El Apoyo en general es:	
	Nombres	SI	No	Amistosa	Familiar	Relación comunitaria o de servicio (Personal de CAIS)	Laboral	Material	Emocional	Instrumental	Cognoscitivo o Informativo	De usted, hacia la persona	De la persona hacia usted
1. Personas con las que convive y tiene contacto cotidianamente. Muy cercano?													
2. Personas con las que convive y tiene contacto cotidianamente Cercano													
3. Personas con las que convive y tiene contacto cotidianamente No cercano													

¹ **Apoyo Material** se refiere a la ayuda monetaria o en especie. **Apoyo Emocional** son las relaciones de afecto, preocupación empática. **Apoyo Instrumental**: Referido a la ayuda o prestación de servicios como transportación, ayuda en quehaceres. **Apoyo Cognitivo**: Es el intercambio de información o asesoramiento.

² **Muy cercano/ íntimo** se refiere a las relaciones de contacto directo o cotidiano con mayor compromiso. **Cercano/ medianamente íntimo** refiere a las relaciones personales con menos grado de compromiso. **No cercano**, refiere a las relaciones ocasionales.

Anexo 2. Consentimiento Informado

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Ciudad de México a ____ de _____ de 2021.

No de Consentimiento _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO

“ Análisis de la estructura y funcionamiento de las Redes de Apoyo Social Egocéntricas de las personas mayores residentes del Centro de Asistencias e Integración Social Cuauhtémoc ”

Nombre de la investigación: Estudio de Caso para la Identificación Estructural y Funcional de las Redes de Apoyo Social Egocéntricas del Adulto Mayor residente del Centro de Asistencias e Integración Social Cuauhtémoc.

Institución: Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Investigador a cargo: Janeth Rocío Cortes Basilio, estudiante tesista de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel Cuauhtémoc.

Descripción: El objetivo de la investigación es identificar las características estructurales y funcionales de las redes de apoyo social egocéntricas de las personas mayores residentes del Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtémoc.

Participantes: En la investigación podrán participar hombres mayores de 60 años y más, residentes del Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtémoc.

Participación Voluntaria: La participación en el estudio es estrictamente voluntaria. Usted está en su derecho de retirarse en el momento en el que usted así lo desee.

Evaluaciones a realizar: Las evaluaciones se realizarán en el Centro de Asistencia e Integración Social Cuauhtepac (Cometa s/n Colonia Cuauhtepac Barrio Alto. Alcaldía Gustavo. A. Madero C.P 07100). El tipo de evaluación que se aplica es un cuestionario el cual consiste en:

1. Usted deberá contestar un cuestionario que está dividido en tres apartados. En el primero deberá llenar una ficha de identificación en la que se incluye su nombre completo, edad, estado civil, escolaridad, tiempo de residencia en el CAIS, fecha de nacimiento, fecha de aplicación del cuestionario.
2. Responder las preguntas (5 preguntas) referentes a la Estructura de su Red Social. Las cuales servirán para que el investigador haga el llenado del "Esquema de Círculos Concéntricos".
3. Posteriormente se contestan las preguntas (16 preguntas) referentes a la identificación del apoyo social de acuerdo con la escala de Likert (opciones siempre, ocasionalmente, nunca)

Tiempo Requerido: Si usted acepta participar en la investigación, el tiempo aproximado es 25 minutos.

Riesgos: La investigación no representa ningún riesgo para su salud física y moral.

Beneficios: La investigación no tiene un beneficio directo para usted. Por otra parte, permitirá la Identificación de la estructura (composición) de su red de Apoyo y la Funcionalidad (relación e interacción de usted con las personas con las que convive) de la misma. La cual podrá servir como antecedente de diagnóstico para futuros proyectos de investigación.

Incentivos: Usted no recibirá ningún pago por participar.

Confidencialidad: La información obtenida será confidencial y no será usada con otro propósito fuera de los objetivos de la investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas y por lo tanto serán anónimas.

Información: Si usted tiene alguna duda de la investigación, puede realizar las preguntas necesarias en el momento que usted lo requiera. Si tiene alguna pregunta,

duda o sugerencia sobre la investigación, puede comunicarse con Janeth Rocío Cortés Basilio (investigadora a cargo) al teléfono 55-18-26-98-21. De igual manera puede retirarse de la investigación en cualquier momento si siente que esta le perjudica de alguna manera.

Usted recibirá una copia de este documento.

Sin más agradezco su tiempo y participación.

Firma de Consentimiento Informado

Yo. _____ acepto participar voluntariamente en la investigación dirigida por Janeth Rocío Cortés Basilio. He sido informado acerca de la finalidad del estudio. Al firmar declaro que mis dudas fueron resueltas de manera clara y concisa por parte de la investigadora.

Nombre del participante.

Nombre de la investigadora

Firma del Participante

Firma de la Investigadora

Fecha

Fecha

Referencias

- Aguilera, M. (2010). Salud y Jubilación: Aproximación Fenomenológica En Profesores Universitarios. Ed. Página Seis. pp 38-43.
- Aguirre, A. y Pinto, M. (2006). Asociatividad, Capital Social y Redes Sociales. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, (15), 74-92
- Alvarado, A., Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* 25(2), 57-61.
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16 (1), 234-238.
- Arias, J. (2009). La Red de Apoyo Social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-152.
- Arias, J. (2013). *El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad*. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), 316-322.
- Barraza, A. y Castillo, M. (2006). El Envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo I Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf
- Bazo, M. y Maiztegui, C. (1999). "Sociología de la Vejez". En: Bazo, M.T. (1999). *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional*. Madrid: Ciencias de la Salud Panamericana.
- Benavides, C. (2017). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-109.
- Benzanilla, J.. (2019). *Sociometría: Un método de investigación psicosocial*. Editorial Académica Española.
- Benzanilla, J. y Miranda, M. (2012). La socionomía y el pensamiento de Jacobo Levy Moreno: Una revisión Teórica. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 149-163.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erickson: El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-58.
- Butler, N. (1969). Age-Ism: Another Form of Bigotry, *The Gerontologist*, 9, Issue 4_Part 1, Winter. pp.243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Cabras, E. (2012). *Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo*. [Tesis doctoral o de maestría, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11759/58165_cabras_emilia.pdf.

- Campos, J. (1996). Redes y el trabajo social. *Taula quaderns de pensament (UIB)*, 25, 30-34.
- Campos, A, y Huertas de González, C. (2010). Hacia la comprensión integral de los procesos de vejez y envejecimiento desde las diferentes perspectivas. *Tend.Ret*, 16, 119-122.
- Cantú, P. (2022). *Adulto Mayor y Envejecimiento. Tendencias*. México.
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Revista International Journal of Psychology Therapy*, 14(3),365-367.
- Castellanos, I. (s/f). El envejecimiento poblacional: diagnóstico para América Latina y el Caribe en Vejez y Pensiones en México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/281922/2_CAP_TULO_1_AL_4.pdf
- Castenedo, C., Sarabia, C. (2013). Enfermería en el envejecimiento. <https://ocw.unican.es/course/view.php?id=40>
- Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Cerquera, A y Quintero, M. (2015, mayo 15). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 2-4.
- Clemente, M. (2003). Redes Sociales de apoyo con relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Revista Interdisciplina*, 20 (1), 31-45.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2008). Capítulo 5 Redes de apoyo social Primer Informe DE Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. En Universidad de Costa Rica y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor CONAPAM. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2008/10/28/informe-analiza-situacion-de-la-persona-adulta-mayor.html>
- Consejo Nacional de Población. (2015). *La situación Demográfica de México 2015* (pp. 113–121). México: Márquez, Maricela. CONAPO. www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/504274/SDM_2015.pdf.
- Cornejo, J. (2006). El análisis de las Interacciones grupales: Las aplicaciones SOCIOS. *Anuario de psicología*, 37(3), 277-280.
- Dabas, E, y Najmanovich, D. (1995), *Redes sociales: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós.
- De Keijzer, B., Cuellar, A., Valenzuela, A., Hommes, C., Caffé, S., Mendoza, F., Cayetano, C., Vega, E. (2022). Masculinidades y salud de los hombres en la

- Region de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 43, 1-5.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- De la Rúa, A. (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social. *Portularia*, 8 (1), 10-15.
- Di giglio, G. (2002). "Envejecimiento normal y patológico. la sexualidad en la vejez". facultad de psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de flores Argentina.
http://www.uflo.edu.ar/aCademiCa/psiCologia/publiC_5.htm
- Espinoza, I. (2016). Tipos de muestreo. Unidad de Investigación Científica. Facultad de Ciencias Médicas [Presentación de Power Point]
<http://www.bvs.hn/Honduras/Embarazo/Tipos.de.Muestreo.Marzo.2016.pdf>
- Esquivel, J., Salinas, R., (2010), Vejez y Apoyo Social. *Revista de Educación y desarrollo*, 70-74.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996): Psicología del envejecimiento: Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández F, J., Puentes F, Aníbal. (2009). La noción del campo de en Kurt Lewin y Pierre Bordieu: un análisis comparativo. REIS. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 127, 35-36.
- Franco, P. y Sánchez, A. (2008). Saber envejecer: Aspectos positivos y Nuevas perspectivas. *Foro de Educación*, 10, 369-383.
- Gallego, S. (2011). Redes Sociales y Desarrollo Humano. *Barataria Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*, (12), 115-118.
- Garay, S., Montes de Oca, V. y Arroyo, M. (2020). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de la Población*, 13, 70-85. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.4>
- García, N., (2017). *Relación de las redes de Apoyo social con el estado de salud físico, deterioro cognitivo y distimia en una población de adultos mayores de la Ciudad de México*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México). <http://132.248.9.195/ptd2017/junio/0760211/Index.html>
- Gil Mendieta, J. y Schmidt, S. (2002). Análisis de redes: aplicaciones en ciencias sociales. México, UNAM- Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas en Sistemas.
- González, J., De la Fuente, R. (2014). Desarrollo Humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Education Psychology, INFAD Revista de Psicología*, 7(1), 122-126.

- González de Gago, J. (2010). Teorías el envejecimiento. Teorías del envejecimiento versión electrónica. *Revista Tribuna del investigador*, 11(1-2), 42-66.
- González, C. y Ham, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49, 449-458.
- González de la Rocha, M. (1999), Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos en Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, El colegio de Jalisco/ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- González de la Rocha, M. (2005). Familias y política social en México El caso de oportunidades . CEPAL. https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Mercedes_GdelaRocha.pdf
- González de la Rocha, M. (2008). "Vulnerabilidad y activos de los hogares: el Programa Progres-Oportunidades en ciudades pequeñas". En Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales, compilado por Fernando Cortés, Agustín Escobar y Mercedes González de la Rocha, 129-203. México: El Colegio de México
- González, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista Cubana de Psicología*, 18(2), 134-138.
- Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde trabajo social. *Margen Revista de Trabajo Social*, 57, 1-7.
- Guzmán, B., Véliz, M., Reyes, F. (2017). Memoria Operativa, Comprensión lectora y Rendimiento escolar. *Revista Literatura y Lingüística*, 35, 380-381.
- Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo Social de las personas mayores: Marco Teórico Conceptual. En Notas de Población. Trabajo presentado en Comisión Económica para América Latina y El Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Organización de la Naciones Unidas (ONU), Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ham, R.,(1999). El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades. *Papeles de Población*, 5(19), 7-21.
- Heilman, B., Baker, G., Harrison, A.. (2017). La caja de la masculinidad: Un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, El Reino Unido y México. Promundo - US y Unilever.
- Hernándo, M. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. Universidad de la Rioja Fundación Dialnet 40-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756876>

- Huenchuan, S., Roqué, M. y Arias, C. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Instituto Nacional contra la Discriminación y la Xenofobia y el Racismo [INADI]. (s/f). *Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios.* pp 7-15. <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios-FINAL.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas a Propósito del día Internacional de las Personas Adultas Mayores.* INEGI. [https://inegi.org.mx/app/salaDeprensa/noticia.html?id=7657#:~:text=Estad%C3%ADsticas%20a%20prop%C3%B3sito%20del%20D%C3%ADa%20Internacional%20de%20las%20Personas%20Adultas%20Mayores,-0.17%20MB&text=Seg%C3%ADa%20Encuesta%20Nacional%20de,y%20m%C3%A1s%20\(adultas%20mayores\).](https://inegi.org.mx/app/salaDeprensa/noticia.html?id=7657#:~:text=Estad%C3%ADsticas%20a%20prop%C3%B3sito%20del%20D%C3%ADa%20Internacional%20de%20las%20Personas%20Adultas%20Mayores,-0.17%20MB&text=Seg%C3%ADa%20Encuesta%20Nacional%20de,y%20m%C3%A1s%20(adultas%20mayores).)
- Instituto Nacional de Geriátría. (2019). *Curso Factores de Riesgo en Personas Mayores para la dependencia Funcional. Capacidad Funcional.* Presentado por el Instituto Nacional de Geriátría, México.
- Instituto Nacional de Mujeres. (2018). *Envejecimiento Digno. Grupo Milenio. Revista TODAS [Versión electrónica].* 9. <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/suplemento-todas>
- Izquierdo, A. (2005). *Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos. Revista Complutense de educación, 16(2), 603-606.*
- Kaufman, M. (1999). *Las siete P's de la violencia de los hombres.* Michael Kaufman. <https://michaelkaufman.com/articles-2/>.
- Kerlinger, F.N., & Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales (4ta. Ed.).* México: McGraw Hill.
- Lomnitz, L. (1973). *Supervivencia en una barriada en la ciudad de México. Estudios Demográficos y Urbanos, 7(01), 58–85.* <https://doi.org/10.24201/edu.v7i01.230>.
- Lomnitz, L. (1977). *Cómo sobreviven los marginados.* Siglo XXI editores.
- Lomnitz, L. (1994). *Redes Sociales, cultura y poder.* FLACSO, México.
- Lorenzo, J. y Fontán, L. (2003). *Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. Revista Médica del Uruguay, 19, 4-5.*
- Lozares, C. (1996). *La teoría de redes sociales. Revista Papers, 48, 104-109.*
- Madariaga, C. Abello, R. (2003). *Redes sociales: infancia, familia y comunidad.* Universidad del Norte.

- Madariaga, C., Sanandrés, E. y Quintero, S. (2013). Capítulo 3. Estudio de redes sociales en contextos de desastres: Una aproximación al concepto. En J.H Ávila-Toscano. Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud (p.p 68-72), Barranquilla Colombia. Ediciones CUR.
- Maguire, L. (1980), "The interface of social workers with personal networks", *Social Work with Groups*, vol. 3, Nueva York, The Haworth Press.
- Martín, P. (1999). El sociograma como instrumento que desvela la complejidad. *Empiria. Revista de metodología en Ciencias Sociales*, (2), 136-142.
- Martínez, M., Vivaldo, M. y Mendoza, V. (s/f).  Qu  es el viejismo? Instituto Nacional de Geriatría [INGER]. pp 1-6. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/5/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad_I/PSM_Lectura_Que_es_el_viejismo_060118.pdf
- Mayo, A. y Aldecoa, S. (2019). Hipoacusia en General e hipoacusia neurosensorial súbita en particular. *Cuadernos de Atención Primaria*, 25 (1), 33-36.
- Mc Graw (2011) unidad 2 El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales en La Atención Sociosanitaria a personas Dependientes en Instituciones Sociales. España. Ed. McGraw Hill.
- Mendoza, V., Martínez, M. (s/f). Modelo de Redes Sociales y comunitarias para mantener la salud en la vejez. Instituto Nacional de Geriatría. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/5/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad_I/PSM_Lectura_Modelos_de_redes_sociales.pdf
- Merchán, E, Cifuentes, R. (s/f). Teorías psicosociales del envejecimiento. Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, 2-8.
- Mesonero, A., Fombona, J. (2013). Envejecimiento y Funciones Cognoscitivas: Las pérdidas de Memoria y los olvidos Frecuentes. *INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 328-319. <https://www.redalyc.org/html/3498/349852173021/>.
- Mingione, Enzo (1994), "Sector informal y estrategias de sobrevivencia: hipótesis para el desarrollo de un campo de indagación", *Solidaridad y producción informal de recursos*, René Mill n (comp.), México, D.F., Instituto de Investigaciones Sociales (IIS)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Mishara, B. y Riedel, R. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata
- Motte, C. y Muñoz, J. (2006). "Envejecimiento social". En: Muñoz J. (2006). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Montes de Oca, V. (2000). Relaciones familiares y redes sociales en: Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas, pp. 289-326, Consejo Nacional de la Población, México.

- Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Elementos Teóricos Conceptuales. Trabajo presentado en el curso Calidad de Vida en Personas Mayores: instrumentos para el seguimiento de políticas y programas de CELADE. División de Población, CEPAL, Santiago de Chile.
- Montes de Oca, V. (2005). Redes comunitarias, género y envejecimiento. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. <https://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/25>
- Montes de Oca, V. y Hebreo, M. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de Población*, 50, 110-111.
- Montes de Oca, V. (2007). Capítulo 7. Redes de apoyo social: Definiciones y reflexiones para gerontólogos. En Trujillo, Z., Becerra, M. y Rivas, Visión Gerontológica/ Geriátrica: Latinoamérica envejece, México: McGraw Hill. pp. 57-65.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar en la vejez y el envejecimiento en el México Contemporáneo. *En renglones Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades* 62,160-168. https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/235/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica_Montes_de_Oca.pdf?sequence=2
- Montes de Oca, V. (2013). La discriminación hacia la vejez en la ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local. *Revista Perspectivas Sociales*, 15, 47-80.
- Motte, C. y Muñoz, J. (2006). Envejecimiento Social en Psicología del envejecimiento. Pirámide.
- Montañes, J. y Latorre, M. (2004). Psicología de la vejez. Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Muñarriz, B. (1992). Técnicas y métodos de Investigación Cualitativa. Universidad del País Vasco.
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). Envejecimiento de la población mundial 2019.
- Nava, E. (2005). Identificación de redes de apoyo en un grupo de adolescentes de la clínica de medicina familiar "oriente" del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, México D.F). <https://ru.dgb.unam.mx/handle/20.500.14330/TES01000348303?mode=full>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Resumen. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>.
- Organización Mundial de la Salud, (2019). Envejecimiento y Salud. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Ortiz de la Huerta D. (2005). Perspectiva Sociológica: Teoría de la desvinculación. Blog Envejecimiento y Vejez. <http://www.envejecimientoyvejez.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la.html>
- Palacios, V. y Morales, R. (2011). Memoria en el anciano. *Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales* pp.10-13. <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/Memoria%20en%20el%20Anciano.pdf>
- Penny, E. y Cuellar, F. (2012). Cap. 1 Características del envejecimiento. Teorías. Envejecimiento exitoso en *Geriatría y Gerontología para el médico internista* (pp. 27-36). Bolivia. Ed la Hoguera.
- Pereira, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista electrónica Educare*, 15, 16-20.
- Pérez, K. (2018). Envejecimiento en México: Redes sociales y tipos de apoyo social en la población adulta mayor que padece al menos una enfermedad crónica. Un estado comparativo (Tesina de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México). http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/V7TQ52EXGN4IFXYKYKP1MSGY2581P6TXL3PHGC27R462DHYGAC-37829?func=find-b&request=Envejecimiento+en+M%C3%A9xico%3A+Redes+sociales+y+tipos+d+e+apoyo+social+en+la+poblaci%C3%B3n+adulta+mayor+que+padece+al+m+eno+s+una+enfermedad+cr%C3%B3nica&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=84&y=25&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., López, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 230- 235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.0030211>
- Polanyi, K. (1989). La gran transformación. Crítica del liberalismo económico. Quipu
- Polanyi, K. (2014). Los conceptos más importantes en el trabajo de Karl Polanyi y su relevancia contemporánea. *Economía y Desarrollo*.
- Portellano, J. (2005). Introducción a la Neuropsicología. Mc Graw Hill.

- Polizzi, L. y Arias, J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70. <https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.785>
- Puig, X. (2012). Cartillas Educativas Calidad de vida en la vejez: Estimulación Cognitiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Quintana, A., Montgomery, W. (2006). Metodología de la Investigación Científica Cualitativa. *Psicología Tópicos de actualidad*. Lima UNMSM. 5-16.
- Ramos, J. (2009, junio 25). El abandono y la vejez: un estudio de representaciones sociales en personas mayores de años de la ciudad de Morelia. [Tesis doctoral o de maestría, Universidad Autónoma de Queretáro]. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/6428>
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo* 15, 47-54.
- Real Academia Española. (2019). Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/?id=bnRGe0W>.
- Requena, S, F. (1989). El concepto de Red Social. *Revista Reis*, 48 (89), 137-145.
- Requena, S, F. (1999). Redes sociales y cuestionarios. *Revista Papers*, 192-195.
- Reyes, I. (2017). Satisfacción de las Redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad en el centro de salud Dr. José Castro Villagrana (Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México y Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Ciudad de México). http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/V7TQ52EXGN4IFXYKYKP1MSGY2581P6TXL3PHGC27R462DHYGAC-56280?func=find-b&request=Satisfacci%C3%B3n+de+las+Redes+de+apoyo+en+el+adulto+mayor+con+discapacidad+en+el+centro+de+salud+Dr.+Jos%C3%A9+Castro+Villagrana+&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=53&y=11&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- Rice, P. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. Prentice Hall.
- Rivera, J. (2005). Alcances y límites de las redes de reciprocidad entre un grupo de familias de sectores en la Ciudad de México. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 43, 1-9.
- Riveros, A. (s/f). Los métodos cualitativos en las ciencias del comportamiento. Titular del proyecto sobre Bienestar, Salud y Desempeño Humano de la FCA de la UNAM. 4-14. <http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/InvestigacionCualitativa.pdf>
- Rizo, M. (2005). Metodología Cualitativa Antología. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

- Rodríguez, K. (2011). Vejez y Envejecimiento. *Grupo de Investigación Física y Desarrollo humano, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Documento de Investigación 12*, 6-18.
- Romero, R. (2010). El sociograma. *Innovación y Experiencias Educativas. C/ Recogidas*, 35 (45), 2-3.
- Salinas, A., Manrique, B. y Téllez Rojo, M. (2007). Redes de Apoyo Social en la Vejez: Adultos Mayores Beneficiarios del Componente para Adultos Mayores del programa Oportunidades.
- Sampieri, H. R., Fernández, C. C. y Baptista L. P. (1998). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill.
- Sánchez, M. (2011). Género y Vejez. una mirada distinta a un problema común. Envejecimiento. *Revista Ciencia*, 65(1), 48-52.
- Sarason, I., Sarason, B. y Pierce, G. (1987). "A brief measure of social support: Practical and theoretical implications". *Journal of Social and Personal Relationships Research*, 4, 497-510.
- Satatorres, E. (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. [Tesis doctoral o de maestría, Universidad de Valencia].
https://core.ac.uk/outputs/71008265/?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1.
- Secretaría de Bienestar e Igualdad Social (2025). Centros de Asistencia e Integración Social CAIS, hogar permanente. <https://sds.cdmx.gob.mx/hogar-permanente-residencias-cais>
- Secretaria de Desarrollo Social (2017). Análisis prospectivo de la población de 60 años en adelante. (2017).
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf
- Secretaría de Salud (2015). 1° Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Ottawa, Canadá (1986). <https://www.gob.mx/salud/documentos/carta-de-ottawa-publicado-por-la-dgps>
- Silvestre, N. y Solé, M.R. (1995). Psicología Evolutiva. CEAC.
- Sirlín, C. (2006). Redes de Apoyo para adultos mayores. *Comentarios de Seguridad Social*, 13, 29-45.
- Sluzki, C. (1998). La red social: Frontera de la práctica sistémica [The social network. Systemic practice frontier]. Gidesa

- Sosa Sosa, M. (2016). Deterioro cognitivo en la vejez ¿Fenómeno Normal? Trabajo de Grado Universidad de la Republica de Paraguay. Facultad de Psicología pp-4-6. <https://sifp.psico.edu.uy/deterioro-cognitivo-en-la-vejez-%C2%BFfen%C3%B3meno-normal>
- Terán, M. (2012). Redes de apoyo social. En la dimensión social en los cuidados paliativos y la orientación tanatológica: Un enfoque desde trabajo social.(pp 121). Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Terán, M. (2014). Test para la identificación de la red social egocéntrica de apoyo social. (1 ed). Escuela de Trabajo Social. UNAM.
- Titla, A. (1999). Red de apoyo, Estructura familiar y Salud. (Tesina de licenciatura Universidad Autónoma de Metropolitana). <http://148.206.53.84/tesiuami/UAM3336.pdf>
- Torrado, M. (2011). Técnicas sociométricas: Tipos de instrumento. Elaboración, aplicación y análisis de los resultados. El test sociométrico. [Diapositivas 2-6]. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19843/1/T%C3%A9cnicas%20sociom%C3%A9tricas_M.Torrado.pdf
- Tortora, G. y Derrickson, B.(2006). Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Panamericana.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2017). Hacia la ganancia del envejecimiento. Boletín ENTS-UNAM. 54. <http://www.trabajosocial.unam.mx/web2015/comunicacion/boletin17/boletin54/boletin54.html>
- Vázquez, I. (2005). Tipos de estudio y métodos de investigación. *Gestiopolis*, 1-5. <https://www.gestiopolis.com/tipos-estudio-metodos-investigacion/>
- Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507-518.
- Walker, K., Arlene MacBride y Mary Vachon (1977), “Social support networks and the crisis of bereavement”, *Social Science and Medicine*, 11(1), 35-41.
- Zetina Lozano, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Revista Papeles de Población*, 5(19), 23-39.