

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL, CULIACÁN
DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL CON ACENTUACIÓN
EN SISTEMAS DE SALUD



LAS REDES DE APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES MEXICANAS

T E S I S

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL
CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

PRESENTA:

RAMONA ROMERO SEGOVIA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. CRISTINA ELIZABETH IZÁBAL WONG

Culiacán de Rosales, Sinaloa, noviembre de 2017.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD



TESIS DOCTORAL

**Las redes de apoyo social y la calidad de vida
de las personas adultas mayores mexicanas**

Tesis para optar al Grado de Doctora por la Universidad Autónoma de Sinaloa

DIRECTORA

Dra. Cristina Elizabeth Izábal Wong

LECTORAS CRÍTICAS

Dra. Olga Leticia Rendón García

Dra. Beatriz Yasuko Arita Watanabe

LECTORES EXTERNOS

Dr. Martín Castro Guzmán

Dra. Martha Leticia Cabello Garza

DOCTORANDA

Ramona Romero Segovia

Culiacán de Rosales, Sinaloa, noviembre de 2017.

DEDICATORIA

A mi madre Balbina
Por inculcarme el desafío de la vida,
por su ejemplo de lucha y tenacidad.

A mi esposo Raúl,
Compañero y amigo que
Siempre me ha brindado su apoyo.

A mis hijos: Raúl y Ramón
Por ser la inspiración de mi vida, por brindarme
la posibilidad de trascender en el tiempo,
Proyectándome en sus existencias.

A mis nietos Aquiles y Constanza
los integrantes más jóvenes de la familia.

A cada uno de los adultos mayores
que compartieron sus historias.

Con amor, esta obra es en su honor.

AGRADECIMIENTOS

A partir de este trabajo de tesis, que se apoya en parte sobre la metáfora de la red, son a las distintas redes de las que formo parte a las que quiero agradecer, el ser lo que soy y hacer lo que hago, esta interconexión con los “demás” influyó en mi identidad. Son tres las redes a las que quiero reconocer los resultados de mi formación en lo personal y académico. La primera red Facultad de Trabajo Social; Universidad Autónoma de Sinaloa; Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT; Universidad Nacional Colombia; Universidad de Caldas; Universidad de Manizales; Gobernación de Caldas: Dirección Territorial del Sistema de Salud y ONG; CEDECO; (Centro de Desarrollo Comunitario) en Colombia. En México, al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF Sinaloa, instancias que contribuyeron a mi formación doctoral. La segunda red, son todos aquellos que contaron sus historias, los que me permitieron vivir; y vivir es convivir; así como convivir es relacionarse y vincularse, a los funcionarios que colaboraron, a las compañeras del grupo de doctorado.

A todas mis amigas/os del alma que me apoyaron, con las que me sentí unida por un lazo que conecta a ese sistema social y que constituye mi trama de relaciones afectivas. A todos aquellos que hacen posible el Doctorado en Trabajo Social de la UAS. Ader aquellos que, sin nombrarlos, se materializan de algún modo en este trabajo. Para concluir, la tercera red, *los míos*, mis familiares, a mi madre que ya nos dejó, pero antes de irse mucho me dio; a mis queridas hermanas. A mi fuente, a quien elegí y me eligió, Raúl, con quien más he vivido y más íntimamente he compartido, su paciencia infinita, por las ausencias de días, semanas y meses; por estar a mi lado para animarme a sacar de mí todo lo que jamás hubiese conseguido yo sola; a mis hijos Raúl y Ramón, son fuente de mi inspiración y motor de mi vida; a mi nieto Aquiles la personita más joven de esta familia tan especial. Agradezco su apoyo material, instrumental pero sobre todo el afectivo.

Índice

Dedicatoria	I	
Agradecimientos	II	
Resumen	10	
Introducción	12	
Capítulo I. Construcción del problema de investigación		
1.1	Planteamiento del problema	18
1.2	Pregunta general	26
1.2.1	Preguntas específicas	26
1.3	Justificación	26
1.4	Objetivo general	30
1.4.1	Objetivos específicos	30
1.5	Hipótesis	30
Capítulo II. Marco Teórico		
2.1	Las relaciones humanas, la organización y el comportamiento humano	31
2.2	Teorías organizacionales	34
2.2.1	Teoría de la Administración Científica	34
2.2.2	Teoría de las Relaciones Humanas	35
2.2.3	Teoría de las Nuevas Relaciones Humanas	38
2.3	La institución y la influencia en el proceso de envejecer	39
2.4	Espacios grupales de y para adultos mayores	40
2.5	La salud en la vejez como indicador de la calidad de vida	42
2.6	Clasificaciones de la vejez	47
2.7	Teorías del envejecimiento afines con las redes de apoyo	48
2.8	Redes de apoyo social en el proceso de envejecer	50
2.9	Antecedentes y definiciones de las redes de apoyo	51
2.10	Componentes de la red y el apoyo social en el envejecimiento	56
2.10.1	Estructura de la red social	57
2.10.2	Funcionamiento de la red social	60
2.10.3	Evaluación de la red social	62
2.10.4	Tipologías de las redes	63
2.11	Componentes del apoyo social	64
2.11.1	Estructura del apoyo social	64
2.11.2	Funcionamiento del apoyo social	65
2.11.3	Atributos del apoyo social	66

2.11.4	Fuentes de apoyo de las personas mayores	67
2.12	Modelo ecológico: encuadre teórico de la red y los apoyos sociales	67
2.13	La calidad de vida del adulto mayor	71
2.13.1	Conceptos de calidad de vida	71
2.13.2	Origen y evolución del concepto de calidad de vida	76
2.13.3	Enfoques teóricos de la calidad de vida	79
2.14	Trabajo Social y la intervención en el campo gerontológico	80

Capítulo III. Métodos e instrumentos de investigación

3.1	Población y muestra	89
3.2	Tipo de diseño	91
3.3	Técnicas de investigación	92
3.3.1	Observación participante	93
3.3.2	Test	95
3.3.3	Escala	97
3.4	Instrumentos de investigación	98
3.4.1	Guía de observación participante	98
3.4.2	Ficha de identificación de la red	99
3.4.3	Cuestionario sociocultural y aspectos de salud	100
3.4.4	Encuesta WhoQol-Bref	101
3.5	Procedimiento para la recolección de datos	102
3.4.1	Fases del diseño	103
3.6	Diseño de métodos mixtos	104

Capítulo IV. Resultados

4.1	Resultados cuantitativos: dominios de la calidad de vida	110
4.2	Análisis cualitativo de los componentes de la red de apoyo social	120

Capítulo V. Discusión

5.1	Discusión	130
5.1.1	Rasgos de las dimensiones de la calidad de vida	130
5.1.2	La construcción de los significados de los intercambios (apoyos sociales)	144
5.1.3	Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores	151
5.1.4	Ecosistema trama de soporte circular	154
5.2	Conclusiones	159

Referencias y anexos

Referencias	162
Anexos	183

Índice de Figuras

Figura	Descripción	Página
Figura 1	Relaciones según tipo de interconexión	64
Figura 2	Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979)	670
Figura 3	Estrategia del <i>embudo</i> de la observación participante	94
Figura 4	Construcción del conocimiento científico	107
Figura 5	Ecosistema trama de soporte circular	157

Índice de Cuadros

Cuadro	Descripción	Página
Cuadro 1	Teorías motivacionales en la administración	37
Cuadro 2	Enfoques teóricos sobre la calidad de vida	79
Cuadro 3	Cronología histórica-social del Trabajo Social con adultos mayores	85
Cuadro 4	Diseño de métodos mixtos: Orden y dominación	106

Índice de Tablas

Tabla	Descripción	Página
Tabla 1	Características de los adultos mayores participantes por grupos que integran la red	90
Tabla 2	Índice de respuesta del dominio 1: Salud física	110
Tabla 3	Índice de respuesta del dominio 2: Salud psicológica	112
Tabla 4	Índice de respuesta del dominio 3: Relaciones sociales	113
Tabla 5	Índice de respuesta del dominio 4: Ambiente	114
Tabla 6	Presentación de medias y desviación estándar por grupos (dominios) de WhoQol-Bref	116
Tabla 7	Comparación entre los grupos redes de apoyo y dominios de la escala	117
Tabla 8	Análisis descriptivo general: percepción de la calidad de vida de los adultos mayores	119
Tabla 9	Comparación de perfiles de la calidad de vida (por grupo al que pertenece)	119

Resumen

El presente trabajo intenta contribuir teóricamente a un modelo interaccionista en Trabajo Social, desde dos perspectivas: 1) La recuperación de la experiencia desde la descripción y las categorías iniciales que intervienen en la salud y la calidad de vida de los adultos mayores participantes (momento descriptivo); identificar tendencias y relaciones en función de la coherencia empírica con la teórica (momento interpretativo); análisis de la coherencia teórica, proposiciones y argumentos (momento teórico). En base a la premisa teoría-práctica-teoría; los estudios básicos soportan las teorías, en este caso al modelo de Trabajo Social Sistémico; 2) La reinterpretación de un modelo teórico: *Ecosistema trama de soporte circular* que permite identificar las interrelaciones sociales a través de los círculos concéntricos en base al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Replicar y confirmar su validez en el contexto de Sinaloa, México. El andamio teórico; Teoría General de Sistemas, el Modelo Ecológico del Comportamiento Humano, de las Necesidades y la Motivación, del Envejecimiento, de las Redes de Apoyo y la Calidad de Vida. El estudio es de carácter mixto, transversal, descriptivo, y explicativo; tipo de muestra no probabilística dirigida o basada en criterios de 381 adultos mayores que asisten a nueve espacios sociales del Desarrollo Integral de la Familia DIF en Sinaloa, ubicados en la periferia de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, México.

Los instrumentos de investigación: la ficha de identificación de la red, la guía de observación participante, la encuesta WhoQol-Bref, y el cuestionario sociocultural y aspectos de salud. Los resultados se presentan 1) a partir del enfoque cuantitativo: el análisis de los dominios de la calidad de vida y su relación con las redes de apoyo social; 2) desde la perspectiva cualitativa: como se construyen los significados de los intercambios. En conclusión, los beneficiarios; las personas mayores que participan en diferentes redes de apoyo, adquieren salud física y salud psicológica lo que contribuye a elevar la percepción de su calidad de vida.

Palabras claves:

Proceso de envejecimiento, redes de apoyo, calidad de vida, adulto mayor y salud.

Social support networks and the quality of life of Mexican elderly people

Summary

The present paper attempts to contribute theoretically to an interactionist model in Social Work, from two perspectives: 1) The recovery of the experience from the description and the initial categories that intervene in the health and the quality of life of the participating elderly people (descriptive moment) ; Identify trends and relationships in terms of empirical coherence with theoretical (interpretive moment); Analysis of theoretical coherence, propositions and arguments (theoretical moment). Based on the theory-practice-theory premise; The basic studies support theories, in this case the Systemic Social Work model. 2) The reinterpretation of a theoretical model: Ecosystem circular support frame that allows to identify the social interrelations through the concentric circles based on the ecological model of Bronfenbrenner, (1979). Replicate and confirm its validity in the context of Sinaloa, Mexico. Theoretical scaffold; General Theory of Systems, the Ecological Model, Human Behavior, Needs and Motivation, Aging, Support Networks and Quality of Life. The study is mixed, transverse, descriptive, and explanatory; Type of non-probabilistic sample directed or based on criteria of 381 seniors attending nine social spaces of the Integral Family Development, DIF in Sinaloa, located in the outskirts of the city of Culiacán, Sinaloa, Mexico.

Research tools: the network identification sheet, the participant observation guide, the WhoQol-Bref survey, and the socio-cultural questionnaire and health aspects. The results are presented 1) from the quantitative approach: the analysis of the domains of the quality of life and its relation with social support networks; 2) from the qualitative perspective: how the meanings of the exchanges are constructed. In conclusion, the beneficiaries; Older people who participate in different support networks, acquire physical health and psychological health which contributes to raise the perception of their quality of life.

Keywords:

Aging process, support networks, quality of life, elderly and health.

INTRODUCCIÓN

Hoy, día a día, se tiene la posibilidad de vivir una larga vida saludable, esto se ha considerado como un elemento de referencia en el desarrollo humano, Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015). El proceso de envejecimiento ha sido abordado desde diferentes aristas y con diferentes miradas: demográfica, gerontológica, médica (geriátrica), psicológica, entre otras (Arroyo & Ribeiro, 2015). La esperanza de vida de los mexicanos, se duplicó durante la mitad del siglo XX, al pasar de 36 años de edad en 1950 a 74 años en el 2000, se proyecta que en las próximas décadas continúe este incremento hasta alcanzar 80 años de edad en 2050 (Arroyo, 2015). Las importantes aportaciones de los demógrafos ponen en evidencia las dimensiones de este fenómeno. Que enciende las alarmas a las agendas públicas, la sociedad, los académicos, las familias y las personas mayores.

Donde los grandes retos para los diferentes actores políticos, se ubican en mejorar los sistemas de salud, pues la presencia de las enfermedades crónicas degenerativas genera incapacidades físicas, psíquicas y sociales que amenazan la calidad de vida de las personas mayores (Ludí, 2012). Por lo tanto, se incrementa la demanda de apoyos de la familia, la comunidad y la sociedad en general. En este sentido, lo importante no es vivir muchos años, sino vivirlos con calidad. La existencia de redes de apoyo social en la vejez se considera la mejor estrategia para que las personas adultas mayores desafíen el reto de la edad. Sin embargo, diversos estudios (Huenchuan 2009, Guzmán & Huenchuan, 2005; Montes de Oca, 2000), han demostrado que las redes de apoyo familiar y social también se debilitan, o no logran satisfacer las necesidades de las personas adultas mayores (Arroyo & Soto, 2015), como consecuencia de las complejas dinámicas familiares y sociales. En este sentido, *las redes de apoyo social se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo* (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009).

En este trabajo partimos de la teoría General de Sistemas específicamente del modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1979). De acuerdo a esta perspectiva, las personas

se mueven a lo largo del ciclo de vital por un conjunto de relaciones sociales significativas con las que se intercambian apoyos que les permite satisfacer sus necesidades. El modelo propone que las interacciones sociales se ubican en cinco estructuras anidadas (micro-meso-exo-macro y crono-sistemas), el autor contempla: el proceso, las personas, el contexto y el tiempo. También se incluye la población, el medio ambiente, la tecnología y las relaciones organizadas. Actualmente, los autores establecen una distinción entre los tres indicadores de las relaciones sociales que tienen efectos directos con la calidad de vida: *la estructura, el funcionamiento y la evaluación /atributos* de las relaciones sociales (Arroyo & Soto, 2015; Chadi, 2007; Dabas & Najmanovich, 1995; Fori, Kahn & Antonucci, 1980 & Sluzki, 1998).

Los estudios sobre las redes sociales, han hecho énfasis en el apoyo que reciben las personas mayores de otros. Sin embargo, estas personas también proporcionan una cantidad de apoyo a sus amigos y familiares en la vida cotidiana hasta una edad muy avanzada (Sluzki, 1998). Los aportes teóricos explican las distintas teorías sobre la dinámica del proceso de dar y recibir, y su aporte en la calidad de vida. *Las teorías tradicionales*, hacen énfasis en los efectos directos o amortiguadores del estrés. Las investigaciones sobre *la reciprocidad* se basan en la teoría del intercambio y la equidad, en las relaciones y estas demuestran que las personas buscan equilibrio entre el apoyo que dan y reciben de otros para elevar su bienestar (Sánchez, 2009). De la misma manera, expresan que las relaciones con las personas íntimas se pueden basar en un principio de solidaridad, según el cual las relaciones de apoyo se dan y se recibe de acuerdo a las necesidades de cada persona, lo que permite mejorar el bienestar general.

La calidad de vida está constituida por diversas esferas que involucran a las personas mayores y el medio ambiente; es decir, existen dimensiones de: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y el ambiente (Organización Mundial de la salud, OMS, 2002). Que comprende el abordaje integral de la persona. Desde “el enfoque de la psicología de la salud alrededor de la calidad de vida, se contempla una vertiente muy significativa que considera a la salud general del individuo bajo un paradigma biopsicosocial” (Arita, 2017:58). Asimismo, entendiéndose por este término el conocimiento de las propiedades de cada uno de los elementos que integran un sistema (individuo, grupo y sociedad), además de sus relaciones sociales.

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de lo demográfico, también se hace referencia a un fenómeno social y humano. El reflexionar sobre la vejez, no solo dialogamos sobre una etapa del ciclo de vida individual, sino de una fase de vida familiar y un proceso de complejas dinámicas en relación con el ambiente (Bronfenbrenner, 1979). Un elemento que debe de ser motivo de preocupación y ocupación para los gobiernos y la sociedad en general, es la situación de pobreza en la que están inmersos una gran mayoría de los adultos mayores. Condiciones de escasa cobertura de salud, presencia de enfermedades, insuficientes apoyos sociales que no logran satisfacer las necesidades básicas de este grupo de población. Arita (2017), plantea “que si las necesidades fundamentales no son satisfechas se carece de buena salud: el ser humano tiene necesidad de comida, seguridad, amor, autoestima y autorrealización para atender y mantener su salud física y mental” (p. 60).

De la misma manera, las familias enfrentan serias dificultades: complejas circunstancias económicas, culturales y políticas que obstaculizan de manera significativa los apoyos y los cuidados a los adultos mayores. Sin embargo, el envejecimiento también presenta grandes posibilidades reales de vivir un envejecimiento más satisfactorio y con calidad de vida. Como lo es el enfoque de envejecimiento exitoso que han promovido, universidades para la personas mayores, grupos culturales y; de recreación que permiten una mejor oportunidad y crecimiento. En palabras de Arroyo (2015) “el envejecer es un fenómeno diverso, polisémico y multicultural” (p. 18).

La situación anteriormente descrita motiva a investigar si las redes de apoyo social promueven una mejor calidad de vida en los adultos mayores que participan en los espacios sociales, ubicados en los Centros de Desarrollo Comunitarios (CDC) que forman parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en Sinaloa. El propósito fundamental es explicar las redes de apoyo social que construyen los adultos mayores que asisten regularmente a los espacios grupales de instituciones gubernamentales y cuáles son los efectos que ejercen en su calidad de vida.

Este análisis parte de la hipótesis de investigación, los procesos cognitivos y socioemocionales que se desarrollan en la red de apoyo social, generan relaciones positivas que transforman y ayudan a elevar la calidad de vida de las personas mayores con fuertes

apoyos sociales, mientras que, tendrá efectos negativos sobre la calidad de vida aquellas personas que no tengan apoyo social.

Este texto se integra por cinco capítulos, además de la introducción, las conclusiones, las referencias y los anexos. El capítulo uno denominado *la construcción del problema de investigación*, ofrece una visión de los antecedentes y el planteamiento del problema destacando los enfoque cuantitativos y cualitativos del fenómeno del envejecimiento en México. Además, las condiciones ambientales del contexto, los aspectos individuales, grupales y comunitarios, desde una mirada ecológica como estructuras anidadas una dentro de la otra, permeadas por las condiciones socio-históricas y momentos que suceden en su vida (tiempo). Contiene la justificación, las preguntas, objetivos y la hipótesis de investigación que guiaron el proceso de investigación.

El capítulo dos, ofrece una visión sintética de las teorías que fundamentan las unidades de análisis (redes de apoyo, calidad de vida y envejecimiento), desde los fundamentos de la Teoría General de Sistemas especialmente desde la perspectiva Ecológica. *Este marco teórico* está compuesto con las teorías del comportamiento en espacios grupales, la salud como indicador de la calidad de vida, las teorías del envejecimiento y la red de apoyos sociales y los aportes teóricos de la calidad de vida.

En el capítulo tres se abordan *los métodos e instrumentos de investigación*. El número y complejidad de los procesos grupales exigen un abordaje desde métodos y técnicas diferentes y la utilización de múltiples perspectivas (Huci, Molero, Gómez & Morales, 2012). Los autores plantean que “los matices que presenta la naturaleza de este problema; está constituida por dos realidades, una objetiva y la subjetiva, para poder “capturar” ambas realidades que coexisten (la realidad intersubjetiva) se requiere del enfoque cuantitativo y cualitativo” (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2014:536).

El diseño de este estudio fue multimétodos (mixto) cuanti-cuali, se definieron tres etapas: fase I: Método Descriptivo; fase II: Método Fenomenológico y la fase III: se denomina Compensación y Complementación (Hernández-Sampieri, *et al.*, 2014). Se abordan también las técnicas e instrumentos de investigación. Desde el enfoque cuantitativo, se aplicó el cuestionario sociocultural y aspectos de salud, que permitió obtener las variables sociodemográficas de los adultos mayores participantes, la encuesta, proporcione la

información para medir las puntuaciones de los perfiles de la calidad de vida. Desde la perspectiva cualitativa, a través de la observación participante se recuperó la información de cómo se construyen los significados de los intercambios (apoyos sociales: afectivos, cognitivos, instrumentales y materiales). Que se generan en las interacciones al interior del grupo; los comportamientos, actitudes, procesos. De acuerdo con Dominique (1992), “las interacciones cara a cara (cada participante emite y recibe) los aspectos verbales y visuales que forman parte de las actuaciones que se construyen en las interrelaciones” (p. 30).

La presentación de *los resultados de la investigación* se ubica en el capítulo cuatro. Se describen los rasgos de las dimensiones de la calidad de vida, desde el enfoque cuantitativo. Desde la perspectiva cualitativa se analiza la red de apoyo social de los participantes de acuerdo a los componentes estructurales, funcionales y evaluativos de las relaciones sociales. Con una mirada sistémica desde el contexto de las interacciones que se desarrollan en los grupos. Se expresa además, como construyen los significados de los apoyos sociales y su relación con la calidad de vida desde cada uno de los dominios de la calidad de vida. “Profundizar en la base de las múltiples interacciones que construyen distintos significados, se experimentan vivencias únicas y emociones, deseos y sentimientos, por ejemplo, la amistad, celos, la envidia, la ira, el amor romántico” (Hernández-Sampieri, *et al.*, 2014:536).

El capítulo cinco muestra el diálogo de los autores con los resultados empíricos, organizados en tres unidades conceptuales de análisis de acuerdo a los objetivos de investigación planteados al inicio de la investigación. El primer enunciado refiere conocer los rasgos de las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores que participan en el espacio social y su relación con la red de apoyo social. Con el propósito de identificar las puntuaciones y niveles de calidad de vida en relación con el proceso dinámico de dar y recibir los apoyos. El enunciado dos, describe la construcción de los significados de los intercambios (afectivo, cognitivos, instrumentales y materiales) generados en la red de apoyo social y la percepción a su calidad de vida. Se identifican funciones de compañía social, aceptación, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios, y acceso a nuevos contactos. La unidad de análisis tres hace énfasis

en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores y su relación con las redes de apoyo social.

Finalmente se entrega una relación de los principales hallazgos, ponderando la importancia de visibilizar los vínculos entre las personas mayores, los grupos y las instituciones; identificar los significados que emergen de las relaciones y contribuir a la transformación de la realidad en la vida de los adultos mayores. En conclusión, para el desarrollo de este trabajo se propone la adaptación del modelo teórico *Ecosistema Trama de Soporte Circular* en base a Bronfenbrenner (1979), a efecto de profundizar en el conocimiento de las relaciones sociales y la calidad de vida de las personas mayores mexicanas. En la esperanza de que, a partir de dicho modelo, se puedan realizar investigaciones con mayor profundidad; por lo que en este estudio se plantea, contribuir al Trabajo Social sistémico mediante un aporte teórico metodológico para la promoción de las redes de apoyo social para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

1.1. Proceso de envejecimiento, redes de apoyo social y calidad de vida

En la sociedad contemporánea se observa el envejecimiento y la urbanización como fenómenos que caracterizan el siglo XXI, como resultado del desarrollo exitoso del siglo pasado (Olivia, Fadda-Cori, & Pizzi-Kirschbaum, 2015). En este sentido, las ciudades crecen y en ellas se incrementa el número de adultos mayores ocasionando importantes transformaciones en los ámbitos económico, social y ecológico, que demandan profundizar el conocimiento de la cotidianidad para entender y enfrentar los desafíos que trae consigo. Los estudios muestran que en la modernidad, la mitad de la población en el mundo vive en ciudades y más del 70% de la población europea, norteamericana y latinoamericana es urbana. Se proyecta además, que la tasa de urbanización aumentará en los próximos 40 años a nivel mundial según el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Un-hábitat, 2009), y de manera paralela la proporción de adultos mayores vivirán en este contexto.

Según datos publicados en el Panorama Social en América Latina de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2002). Las condiciones estructurales en América Latina y en México se caracterizan por altas cifras de pobreza, desigualdad de ingreso y calidad de vida entre las más elevadas del mundo. Ubicando a los grupos más vulnerables como son los indígenas, afro descendientes, niñas y niños, adultos mayores y los discapacitados quienes están inmersos en situaciones de discriminación carencias y vulneración de derechos. Los desafíos de carácter estructural se transforman más complejos en el actual contexto de desaceleración económica.

Los aportes del El Informe de Desarrollo Social Inclusivo: una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe, presentado en la Conferencia Regional sobre el Desarrollo Social de 2015. La CEPAL, aborda la pobreza ubicando en el centro, la dimensión de la igualdad y; continua diciendo que, los avances en su reducción son frágiles e irreversibles; si de manera paralela no se desarrollan políticas públicas con instituciones sólidas que promuevan empleo y trabajo decente, acceso a la salud, el fortalecimiento de las redes de apoyo social, a la educación, vivienda, agua potable, saneamiento, servicios básicos y el fortalecimiento de los sistemas de protección social. La compleja problemática de los adultos mayores aumentará y dañará considerablemente su calidad de vida, la cual es considerada desde la perspectiva del Desarrollo Humano a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que sintetiza tres elementos: renta, educación y salud. En este sentido, la calidad de vida se relaciona con el concepto de desarrollo humano dándose una mayor consideración a los aspectos sociales y de índole subjetivos (Arita, 2017).

Tradicionalmente se utiliza la cronología para determinar la población envejecida. La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2002), y la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México¹, establecen la edad de 60 años y más para determinar a una persona adulta mayor; este enfoque lo utilizan las diferentes instancias² que ofrecen atención a este grupo de población. Los demógrafos internacionales proyectan las tendencias de porcentajes de personas de 60 años y más en todo el mundo; se duplicará entre el año 2000 y el 2050 que pasará del 10% al 21%. Por otro lado, se estima una reducción de la población infantil, la cual disminuirá en un tercio y pasará del 30% al 21% (ONU, 2002).

En el caso de México el fenómeno del envejecimiento plantea retos que se vuelven más complejos dada las condiciones sociales de la estructura en un estado capitalista. Donde existe una división social del trabajo y las clases sociales están presentes, encontramos adultos mayores en menor cantidad, de alto nivel económico. Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015). Estas personas, logran en ocasiones, satisfacer sus necesidades y

¹ El artículo 3ero. de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México, señala que... “Se entenderá por personas adultas mayores, a las que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional”. Este criterio es igual al contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA-1997

²El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de Trabajadores del Estado (ISSSTE).

trascender en la sociedad logrando su autorrealización en diferentes ámbitos: empresarial, cultura, academia y otros más. Sin embargo, los adultos mayores de este estudio forman parte de la clase baja económicamente hablando, que difícilmente logran satisfacer sus necesidades. Su historia de vida ocurre en un contexto caracterizado por la pobreza, situación de vulnerabilidad social y económica de la población adulta mayor (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte & Márquez-Serrano, 2006). Lo que genera que la mayoría de ellos no cuenta con los beneficios de ser derechohabiente.

En estas condiciones está presente la inequidad social, los bajos salarios, y baja cobertura en seguridad social. En muchas ocasiones no cuentan con los apoyos cognitivos, afectivos, materiales e instrumentales suficientes y constantes. Si a ello se incorpora la idea que si permanece, este círculo vicioso, la dificultad que tendría en el futuro si los hijos de las generaciones más jóvenes, que presentarían ayuda a los adultos mayores (CONAPO, 2015). Además, las personas mayores, no logran tener recursos suficientes para compensar el hecho de que son parte de una red familiar más pequeña. Por otro lado, si el Estado no cuenta con políticas públicas capaces de responder a las necesidades que presenta esta problemática compleja y diversa del envejecimiento. De tal manera, se observa en la vejez los rasgos claros de inequidades económicas, de edad y género e inclusión de los adultos mayores que impactan en la calidad de vida (Treviño-Siller, *et al.*, 2006).

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía e Informática (INEGI, 2015). Esta, constituye el grupo social elemental donde las personas se organizan para satisfacer sus necesidades fisiológicas y afectivas. Además es aquí donde se genera la identidad a través de las redes de apoyo primarias. Las familias de la sociedad occidental contemporánea entendida como institución básica de la reproducción social. Ha experimentado cambios en los ámbitos económicos, social y cultural (fecundidad, mortalidad, migración interna e internacional, incorporación de la mujer en el mercado laboral, modificaciones en la nupcialidad y la disolución); entre otros factores, que han impactado en la estructura y composición de la familia (*ibíd.*, 2016).

La vida cotidiana de los adultos mayores se ubica en contextos de desigualdad. CONAPO (2015). La ciudad dificulta su desarrollo, los espacios en las viviendas, el hábitat son reducidos, las dinámicas sociales de la familia se ha transformado (Un-hábitat, 2009). La falta de comunicación, de contacto físico y emocional que se generan por que los miembros de la familia, pasan la mayor parte del tiempo fuera del hogar. Unos trabajan, otros estudian y la incorporación de la mujer al mercado laboral hace necesario el apoyo de los adultos mayores para cuidar a los menores y las labores del hogar. Contribución que es subvalorada, provocando tristeza, soledad y frustración. Estos aportes de los adultos mayores permiten que los miembros de la familia se capaciten, generen ingresos y que realicen actividades de recreación y ocio (CONAPO, 2015).

La incorporación de la tecnología en la cotidianidad es un componente que crea dificultades para comunicarse con los miembros de la familia, (en reuniones familiares los jóvenes se concentran en los dispositivos electrónicos). Además, es un obstáculo para desarrollar actividades laborales que les permita obtener un ingreso, realizar trámites administrativos como citas médicas, cobrar una pensión, entre otras. Los espacios públicos se reconocen como necesarios porque son lugares de convivencia e interacción social por excelencia, constituyen los ejes articuladores de las ciudades y sus servicios desempeñan funciones sociales, institucionales, ambientales, de movilidad y recreación (CONAPO, 2015). Otro elemento que caracteriza esta ciudad, son las situaciones de violencia, los accidentes de tránsito, la dificultad para obtener servicios en las instituciones y para trasladarse en transporte urbano. Estas condiciones generan ansiedad, desesperación y baja la calidad de vida de las personas.

Los bajos niveles económicos y educativos de los miembros de la familia ocasionan empleos mal pagados y en muchos casos sin seguridad social. Aumentado considerablemente en los últimos años, la incorporación laboral de la mujer al mercado laboral. Como resultado de los logros educativos a pesar de las numerosas inequidades y discriminación (Observatorio de Igualdad de Género/CEPAL, 2013). Siendo ellas casi exclusivamente las responsables de las tareas domésticas, cuidado de los niños y de las personas ancianas. Los adultos mayores en lo individual presentan una disminución en lo económico y en la salud. Asimismo se observa un debilitamiento de las redes sociales, como

resultado de la pérdida del trabajo y/o jubilación, muerte de su pareja, amigos, compañeros y coetáneos.

La capacidad de desarrollar actividades cotidianas que puedan atender y enfrentar las necesidades de su contexto, viviendo independientemente pone en evidencia que las condiciones de su funcionalidad permiten su bienestar. Cuando se presentan las pérdidas de habilidades funcionales afecta de manera significativa los roles y funciones que han sido definidas para las personas, situación que disminuye la socialización del adulto mayor lo que puede generar discapacidad (Montes de Oca & Hebrero, 2009). Las actividades rutinarias de la vida como bañarse, vestirse, perder la autonomía para alimentarse, cuando estas son realizadas por otras personas. Provoca al adulto mayor sentimientos negativos como ansiedad, tristeza, frustración, enojo, se sienten inútiles por la pérdida de control de su vida (Romero-Segovia, 2006).

En el ámbito psicológico se simbolizan las modificaciones de los pensamientos, las emociones, sentimientos y el significado que otorgan a la vejez de acuerdo a su historia de vida y la cultura donde están inmersos. Si a todos estos indicadores se suma la ausencia de los hijos en la familia (etapa del nido vacío), la muerte de su cónyuge y/o amigos, la disminución de la participación familiar y social, el retiro laboral, la disminución de sus ingresos, estos acontecimientos dan lugar a un mayor grado de estrés (Ludi, 2012); por ende, el alejamiento de la recreación y actividades de ocio. “Aristóteles, reconoció, señalando que no solo deberíamos de trabajar bien, sino también disfrutar bien del ocio” (Santrock, 2006, p. 568). En este sentido, podemos observar que las habilidades funcionales están relacionadas con el nivel de integración social; además a medida que avanza su edad, existe mayor posibilidad de pérdidas entre ellas, los apoyos afectivos, cognitivos, materiales e instrumentales.

Los adultos mayores son personas de múltiples necesidades e interdependencia que forman parte de un sistema de interrelaciones, que interactúan al mismo tiempo, en complementariedad (Dabas & Najmanovich, 1995). Estas son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, entramaje complejo y diverso que trae consigo la sociedad contemporánea. En este sentido, y retomando las palabras de Max- Neff (1998), es necesario ver y valorar el mundo (contexto), los sujetos y sus procesos. La postura

filosófica de la teoría de Desarrollo a Escala Humana considera las necesidades como un sistema; señala una clasificación de las necesidades, *categoría existenciales*: ser, tener, hacer y estar. *Las categorías axiológicas*: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación y libertad (Solís, 2005).

Es importante resaltar que este estudio sobre redes de apoyo en el adulto mayor no se plantea desde la perspectiva del individuo o la familia sino desde los mismos *grupos sociales* que se ubican en la institución/comunidad. Para efectos de este trabajo entendemos por redes de apoyo social a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material instrumental, emocional e informativo (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009). De acuerdo con Sluzki (1998) las redes son definidas como: “La suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (p.42).

La red social se define como un grupo de personas, pueden ser los integrantes de la familia, vecinos, amigos o instituciones idóneos de aportar un apoyo real y duradero a una persona. En palabras de Chadi (2007), distingue las *redes primarias*: son aquellas relaciones significativas de las personas que se generan en la familia, (extensa y la ampliada). Las *redes secundarias*: son relaciones cercanas que fortalecen la identidad de los individuos. Estas redes se construyen fuera del ámbito familiar; en los grupos recreativos, religiosos, en los clubes; en estas, la autora considera a las *redes institucionales*. Estas, provienen de las estructuras públicas, se derivan de políticas sociales y económicas, que responden a las necesidades y propósitos muy particulares realizando funciones que satisfacen necesidades que las redes primarias no alcanzan a cubrir. Las mismas que expresan normas sociales culturales y tienen estructura con roles muy bien definidos, reglas claras y son regidas por una jerarquía (Chadi, 2007).

En este contexto, las redes institucionales desarrollan acciones que generan apoyos emocionales, cognitivos, materiales e instrumentales para los adultos mayores a través de los espacios sociales. Razón por la que, es impostergable potencializar las redes institucionales de apoyo social, ya que complementan apoyos sociales que la red familiar por las dinámicas sociales no logran generar (Arroyo & Soto, 2015). Realizando una función compensatoria de la satisfacción de las necesidades que contribuye a la integralidad de la calidad de vida de

los adultos mayores. Por lo que, se hace necesario abordar el análisis de las redes de apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores en el contexto de un espacio grupal al interior de una institución.

En resumen, la CEPAL (2002), ubica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en los adultos mayores. El *primero*, a nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos del bienestar. El *segundo*, a nivel de mercado, el aumento de las personas mayores provoca modificaciones tanto en la oferta como en la demanda de bienes y servicios como en el trabajo. El *tercero*, a nivel de Estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

Por lo tanto, las estructuras y dinámicas sociales que ofrecen los países para vivir los últimos años de la vida no siempre aseguran la calidad de vida de las personas. Conforme se ha mencionado con anterioridad, el estudio en los adultos mayores es una de las principales demandas en los países en desarrollo ya que es necesario comenzar a modificar las leyes y planes de salud, además de verificar los aspectos que benefician la calidad de vida de las personas además de ofrecer las herramientas para mantener una población “saludable” (CEPAL. 2002).

Se han encontrado en algunos estudios resultados que brindan algunos aportes teóricos sobre las redes de apoyo social, en las últimas décadas como el de Montes de Oca (2000), quien realizó estudios en poblaciones pobres de México; encontró que cuando los apoyos desaparecen o disminuyen de la red de apoyo informal (familia, amigos y otros), los apoyos institucionales tienden a activarse. Dabas y Najmanovich (1995), sus investigaciones e intervenciones en red tienen sus orígenes con multi familias. En ese mismo orden de ideas Sluzki (1996), sus estudios contribuyen a los análisis de las redes de apoyo social, detalla las características estructurales, funcionales y atributos de los vínculos. Por su parte Chadi (1997), desde el enfoque sistémico relacional realiza la clasificación de las redes, primarias, secundarias y las institucionales, su intervención involucra procesos interfamiliar e interinstitucional. Lo anterior muestra la evidencia que la red de apoyo social es un

constructo complejo, diverso y multidimensional, con diferentes aspectos de estructura, funciones y su abordaje.

Como resultado de la importancia que el apoyo social empezó a tener en la salud, generó el interés de conocer como actuaba. Con la idea de aclarar esos mecanismos comienzan a plantearse teorías enmarcadas en modelos teóricos. En este sentido, Díaz (2014), encontró que se han desarrollado tres perspectivas teóricas. Estas son catalogadas en: 1) El efecto directo del apoyo social sobre la salud física y mental, 2) El efecto directo del apoyo social en la reducción del impacto de los eventos estresantes, y finalmente 3) El efecto amortiguador del apoyo social sobre el impacto de los eventos estresantes en la salud de las personas. En este estudio se retoman la perspectiva del efecto amortiguador, este estudio pretende profundizar en los conocimientos teóricos metodológicos de las dinámicas complejas y diversas de las relaciones sociales que están presentes en el contexto; recuperando lo local, lo interno, y el momento histórico que se está viviendo.

Con el andamio de referencias de otras problemáticas, de otros contextos que nos ofrece la literatura, y sobre las estrategias para potencializar las redes de apoyo, principalmente con el objetivo de elevar la calidad de vida de los adultos mayores; a través de la disciplina de Trabajo Social con el propósito de construir y des-construir los conceptos, discursos y prácticas profesionales tradicionales (Paola, Samter & Manes, 2011). Los esfuerzos actuales son para edificar un aporte teórico/metodológico significativo para la promoción de las redes de apoyo social efectivas que contribuyan al envejecimiento exitoso. Además, el diseño de estrategias gerontológicas desde una mirada del Trabajo Social Sistémico donde se fortalezcan y activen las redes de apoyo social para vigorizar el tejido social, lo que coadyuve a elevar el nivel de vida de los adultos mayores (Chadi, 1997).

El presente estudio es mixto de tipo descriptivo, explicativo y correlacional; donde se identifican las dimensiones de la redes de apoyo social (estructura, función y vínculos) y su relación con los dominios de la calidad de vida de los adultos mayores que participan en el espacio social, además, de conocer las variables socio demográficas de las personas del estudio.

1.2. Pregunta general

¿Las redes de apoyo social promueven una mejor calidad de vida en los adultos mayores?

1.2.1. Preguntas específicas

¿Cuáles son los rasgos de los dominios de la calidad de vida de las personas adultas mayores que participan en el espacio social y su relación con la red de apoyo?

¿Cómo construyen los adultos mayores los significados de los intercambios generados en las red de apoyo social y la percepción su calidad de vida?

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores y su relación con las redes de apoyo social?

¿Cuáles son los elementos teóricos metodológicos del Trabajo Social Sistémico que se requieren para fortalecer las redes de apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores?

1.3. Justificación

La población de los adultos mayores en el mundo ha crecido mayoritariamente por diversos factores, y se prevé un crecimiento mayor; de acuerdo a lo planteado por el Instituto Nacional de Geriatria INGER (2016), lo que genera una problemática compleja en diversos ámbitos de su vida, por ejemplo la disminución en las capacidades funcionales, en lo biológico, mental y lo social, cuyos resultados son las enfermedades físicas (agudas, crónicas y terminales), por lo tanto surge la necesidad de apoyo familiar y social. En la sociedad contemporánea se producen cambios sociales y culturales que muchas veces intervienen negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores; tales como: deterioro de su identidad social, retiro laboral, disminución de los ingresos (CONAPO, 2015).

Las tendencias a nivel mundial establecen que el aumento en la proporción de personas mayores es irreversible, en relación al total de los individuos en una sociedad, estos, adquieren índices que impactan variables políticas, sociales, económicas, sanitarias y culturales en todo el mundo. Las cifras que proporciona la OMS (2000), nos dicen que en 1950 la población mayor de 60 años de edad era de 213 millones del total mundial; en el año

2000, fueron 591 millones y las proyecciones para 2025 establecen que serán 1,121 millones. Salas, Martínez, Pérez y Arroyo (2015), las autoras plantean que, el crecimiento considerable de la población de adultos mayores inicio a finales del siglo XIX en Europa, y desde mediados del siglo XX en América Latina y en México. La población mundial de personas mayores de 60 años de edad, es de 650 millones; y se calcula que en el 2050 alcanzará los 2000 millones (OMS, 2011).

En México, esta proyección es similar, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2015), actualmente existen 12.9 millones de adultos mayores, lo que representa un 10.8% de la población total los que se enfrentan a una problemática compleja inmersa en un contexto de desigualdad. En el 2015, la esperanza de vida en México era de 74.9 años de edad y para 2050 será casi de 80 años según estimación del INGER (2016). Cabe señalar que el envejecimiento poblacional es una realidad que se hace presente en Sinaloa de acuerdo al INEGI (2015), con referencia a las generaciones más viejas se espera que sea progresivo. Situación que al compararse con los datos a nivel nacional se ubica a Sinaloa en el 8vo lugar en el proceso de envejecimiento en el país (CONAPO, 2015). Este panorama, trae grandes desafíos en términos cuantitativos y cualitativos para el desarrollo social y los derechos humanos de este grupo poblacional.

La naturaleza real del proceso de envejecimiento hace difícil medir y definir al adulto mayor, ya que cuenta con características específicas como el estado físico, enfermedades, historia personal, familiar; es decir, cada adulto mayor envejece de manera diferente (Salvareza, 2002). Sin embargo, es significativo reconocer que esta etapa de la vida de las personas tiene limitaciones y potencialidades definidas por su historia de vida. Estas transformaciones sociales implican riesgos, que tienen impactos específicos por sus consecuencias en los cambios operados por los gobiernos.

Además es importante tomar en cuenta que la feminización y la soledad están presentes en el envejecimiento. De acuerdo con el informe publicado por la CONAPO (2015), “el 12% de las mujeres y el 9.2% de adultos mayores viven solas/os, en hogares unipersonales, lo que puede significar estar en situación de vulnerabilidad ante cualquier emergencia o necesidad” (p. 9). De la misma manera, un porcentaje importante de los adultos mayores de este estudio no cuentan con los beneficios del sistema de protección, ya

que laboraron en el sector informal de la economía, lo que ha incrementado el empobrecimiento (CONAPO, 2015). Razón por la que, un número importante de ellos continúan realizando actividades económicas precarias para garantizar satisfacer un mínimo de necesidades básicas.

Mejorar el bienestar y la salud en general, requiere de formas de participación diferentes a las actualmente conocidas y es necesario iniciar ya, anticipándose a los tiempos (INGER, 2016). Para ello, se requiere de voluntad conjunta de los diversos actores participantes en las acciones de atención de este sector de la población como son: adultos mayores, familias, gobierno, iniciativa privada, organizaciones civiles, intelectuales, religiosas, entre otros. De no atenderse estas necesidades se agudizará de manera importante el número de personas enfermas que requieran médicos, medicinas, hospitalización, generando altos costos; así como la utilización de aparatos auditivos, ópticos y ortopédicos. En el rubro familiar en relación a lo material, económico y emocional se genera un gran deterioro (Romero-Segovia, 2006). Lo que fortalece los estereotipos negativos, por lo que nadie quiere llegar a ser viejo, provocando en ellos problemas psico afectivos que deterioran su calidad de vida de los adultos mayores.

Las serias problemáticas que presentan los adultos mayores deben ser consideradas para diseñar las estrategias y los planes más adecuados, a fin de dar solución no sólo a los problemas actuales, sino también a los futuros (INGER, 2016). Es necesaria una transformación en las coberturas de las redes de seguridad social. Se convierte en necesidad prioritaria que las promesas de los organismos internacionales pasen a ser recomendaciones concretas para la asignación del presupuesto público; que permita contar los recursos materiales (infraestructura diseñada para el desarrollo de las políticas públicas como son: hospitales geriátricos, centros de día, de capacitación educativa y laboral, entre otras), recursos humanos con alto nivel de desarrollo, recursos financieros (gasto corriente para operar los programas a favor de los adultos mayores). El desarrollo de esta investigación pretende reflexionar sobre una profesión que evoluciona y que a lo largo de su historia no ha podido dar una salida efectiva a las necesidades de hoy. Al respecto Chadi (2005) señala que, “[...] el interrogante que surge frente a la actividad (de Trabajo Social) es los <<cómo>>” (p. 24). En este sentido, la descripción de las categorías del grupo poblacional

participante, donde se identifican las características, las variables y los factores que intervienen en la salud y la calidad de vida, contribuyen a fundamentar a nivel teórico, cuando se presenten nuevos estudios al momento que sean replicados y confirmados en otros contextos. Los estudios básicos soportan las teorías en este caso, al modelo de Trabajo Social Sistémico. En base a la teoría-práctica-teoría, estas aportaciones permiten leer la realidad humana, la forma de pensamiento en situaciones, cualquiera que sea el espacio y los actores. Los aportes teóricos de Chadi (1997), señalan que:

El cambio consiste en ver a cada uno de los miembros de un sistema como parte de juegos relacionales y no como sumatorias, es modificar un modo de pensamiento; es realizar una diferente lectura de la realidad, <<integrativa>> que va más allá de las franjas terapéuticas (p. 31).

Además, las aportaciones a nivel de contexto, la adaptación de un modelo teórico, *Ecosistema: trama de soporte circular*, que permite identificar las interrelaciones sociales a través de las estructuras anidadas en base al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), con el fin de replicar y confirmar su validez en el contexto de Sinaloa, México. Este trabajo se sustenta epistemológicamente en la Teoría General de Sistemas, de acuerdo a Chadi (2012) por mencionar algunas de esas premisas:

1) Las producciones humanas son los productos de las relaciones que éstas establecen y viceversa, 2) el individuo como ser en relación, no es un ser en soledad, en tanto es parte de un todo, 3) el trabajo en red de adentro (micro) hacia fuera (macro), 4) la lectura circular donde el diagnóstico y la intervención son inseparables (propuestas de Mary Hellen Richmond), 5) casualidad circular como reciprocidad interaccional y no lineal (pp. 163-164).

Con el doble propósito las contribuciones pretenden 1) que puedan coadyuvar el nivel teórico del Trabajo Social Sistémico y mejorar las actividades (de Trabajo Social) que brinden mayor eficacia y efectividad, 2) los aportes puedan ser utilizados en la búsqueda de ayudar a los diferentes actores sociales que participan en el diagnóstico, diseño y ejecución de políticas públicas a favor de este grupo poblacional. Para que se generen condiciones que eleven la calidad de vida de los adultos mayores en nuestro contexto y de ser posible que se repliquen en otros espacios. En este sentido, se plantean los siguientes objetivos de investigación.

1.4. Objetivo general

Explicar los rasgos de los dominios de la calidad de vida y su relación con las redes de apoyo social de los adultos mayores que asisten regularmente a los grupos de instituciones gubernamentales.

1.4.1. Objetivos específicos

Analizar el nivel y dominios que componen la calidad de vida de los adultos mayores, y su relación con las redes de apoyo social de los adultos mayores.

Caracterizar como construyen los significados de los intercambios generados en las redes de apoyo social, y la percepción de los adultos mayores a su calidad de vida.

Explicar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores, y la contribución de las redes de apoyo social.

Contribuir al Trabajo Social Sistémico mediante un aporte teórico metodológico para la promoción de las redes de apoyo social para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

1.5. Hipótesis

Los proceso cognitivos y socioemocionales que se desarrollan en la red de apoyo social, generan relaciones positivas que transforman y ayudan a elevar la calidad de vida de las personas mayores con fuertes apoyos sociales.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2. 1. Las relaciones humanas, la organización y el comportamiento humano

Bajo la premisa de que el ser humano es un ser social, en cada momento de nuestra vida vamos recorriendo el camino con otros; y aunque condicionados por la biología, nuestro cerebro va encontrando motivos para coparticipar con los demás en nuestro ciclo de vida (Clemente, 2015). Desde la perspectiva sociológica, las relaciones humanas entendidas como el proceso de interacción que comprende la fuerza activa que genera las relaciones agradables o desagradables; donde la comunicación es un factor esencial. Desde esta óptica la vejez puede considerarse como una pérdida, esta ruptura de acuerdo a las relaciones sociales es determinada por diferentes factores: el alejamiento de las relaciones personales en el trabajo, la carencia afectiva en cuanto a la relación con los hijos (nido vacío); en correspondencia a las relaciones con parientes y amigos generada por la ubicación geográfica y/o la muerte.

Por lo que, el proceso de acomodación requiere modificar las actividades de la vida diaria, reestructurar los procesos cognitivos y conductuales que les facilite una mejor integración y socialización. Retomando la postura de Lehr (1980), de acuerdo a la Teoría de la Desvinculación, considera que la persona adulta mayor desea ciertas formas de aislamiento social y al lograrlo se siente feliz y satisfecha. En este sentido la llamada *desvinculación* aparece como una forma de reacción de ciertas situaciones de sobrecarga, una vez finalizada esta acomodación la persona mayor produce un buen ajuste, lo que constituye una renovada vinculación social.

En otras palabras, la desvinculación sería solo temporal, no en todo el periodo de la vejez. Los aportes de la investigación realizada en la Universidad de Valencia España, por Sáez, Meléndez y Alexandre (1995), al estudiar a los adultos mayores sobre problemas propios de su edad y los que consideran como más importantes, encontraron que la soledad era la variable por la se sentían más afectados (59%), seguido por el rechazo familiar (33%). Esta información implica la percepción de las relaciones sociales que tienen las personas mayores durante su etapa de vida.

Las consideraciones de Waldinger (2015), menciona tres lecciones respecto a las relaciones humanas: 1) plantea por un lado que, las conexiones sociales hacen bien, por otro lado, la soledad mata; 2) señala que se puede estar rodeado de una multitud, que de que sirven si se sienten solos; 3) apunta que las buenas relaciones determinan la salud del cuerpo y del cerebro. Las buenas relaciones son aquellas que se basan en la solidaridad, el apoyo, la cordialidad y el amor; además de las que promueven el afecto y armonía (Barbosa- Chávez, 2016). El comportamiento organizacional se encarga del estudio de los individuos, los grupos y las estructuras; con el objetivo de aplicar los conocimientos al mejoramiento de la organización (Robbins, 1999). Poniendo énfasis de manera general en la conducta de los actores sociales, en cualquier tipo de organizaciones como el gobierno, las escuelas, empresas comerciales, donde exista un grupo/organización, se requiere entender el comportamiento organizacional (Davis & Newstrom, 1993).

En la misma postura, Robbins (1999), menciona que el comportamiento organizacional es un campo de estudio que investiga “el impacto que los individuos, los grupos y la estructura tienen sobre el comportamiento dentro de las organizaciones, con el propósito de aplicar tal conocimiento al mejoramiento de la eficacia de la organización. En este sentido, el comportamiento organizacional incluye temas centrales de la motivación, el comportamiento del líder y el poder, la comunicación interpersonal, la estructura de grupo y sus procesos de aprendizaje, la actitud de desarrollo y la percepción, los procesos de cambio, el conflicto, el diseño de trabajo y la tensión del trabajo.

El progreso de la sociedad se asocia a las organizaciones eficientes, de acuerdo a lo escrito por Davis y Newstrom (1993), consideran que “Las organizaciones combinan ciencia, personas, tecnología y humanidad; la tecnología social es bastante problemática por

sí sola, pero cuando se le agregan las personas, se obtiene un sistema social más complejo” (Davis & Newstrom 1993:4). La base del comportamiento organizacional es entender la interrelación de personas, estructuras y tecnología; los elementos clave de la organización, consideran que: *las personas* sienten y piensan y que existen para alcanzar los objetivos, se integran en grupos dinámicos que cambian y se dispersan. *La estructura* define las relaciones oficiales de las personas en el interior de las organizaciones, se refiere al poder y los deberes. *La tecnología* distingue a los recursos, sistemas, procedimientos y métodos con los que trabajan las personas impacta en las tareas que realiza. El beneficio es que las personas realicen mayor cantidad de trabajo y más calificado (Davis y Newstrom, 1993).

Las organizaciones muestran que, históricamente los seres humanos se han unido o *asociado* buscando mecanismos para satisfacer las necesidades humanas como son: conseguir alimentos, lograr el sentido de pertenencia, afecto, seguridad, entre otras; para vivir de la mejor manera. Al reunirse se generan actos y actitudes de las personas en las organizaciones, mismas que han generado el interés por los investigadores de diferentes disciplinas como son: Sociología, Antropología, Psicología, Economía y Ciencias Políticas (Gordon, 1997). El origen de los estudios organizacionales tienen base en la empresa con un enfoque económico, por lo que de manera importante se observan características antes y después de la Revolución Industrial, esto influye en la evolución del pensamiento organizacional. En un estudio realizado en un periodo de cien años por Rivas (2009), clasifica estas teorías en clásicas y modernas, la teoría institucional se ubica en las teorías modernas mismas que sirve de base para este trabajo.

De acuerdo con Rivas (2009), en base al fundamento sociológico considera que la Teoría Institucional de acuerdo a sus exponente DiMaggio y Powell (1983), menciona que “la organización debe ser estudiada como un todo, y le da importancia a la distinción entre instituciones públicas y organizaciones privadas, en razón de su complejidad y sus fines” (p. 20); es decir, cada actor social que integra la organización requieren apoyo social, argumenta que en el contexto social se ubican las normas sociales, creencias, las reglas restringen y orientan el comportamiento de los actores sociales. En este sentido, es importante destacar lo que escribió Gordon (1997), en la literatura “antes de 1900 se observan escasas las formas de organización: la iglesia católica, las fuerza armadas y los

gobiernos de Europa, fueron estilos de asociaciones eficaces, por la poca presencia de las organizaciones industriales” (Gordon, 1997:7). El desarrollo de la economía en el contexto histórico dio origen a las primeras formas de organización y de las teorías de los estudios organizacionales.

2.2. Teorías organizacionales

2.2.1. Teoría de la administración científica

Una de las grandes dificultades del hombre ha sido, ser autosuficiente en la satisfacción sus necesidades, en este sentido, nace la organización en la forma más elemental; cada individuo realizaba actividades de acuerdo a sus habilidades y roles dentro del grupo (pesca, la caza, alfarería, etc.) brindando entre sí lo que les sobraba para cubrir otras necesidades. En las sociedades pos modernas, las personas que se asocian buscan garantizar su supervivencia y desarrollo para satisfacer las necesidades humanas. A finales del siglo XVII y principios del siglo XIX, como resultado de la Revolución Industrial, las fábricas crecieron y fueron más complejas. En las organizaciones modernas los cambios políticos, económicos y sociales que siguieron del capitalismo a la modernización. Tal como lo menciona Borboa (2004), la organización burocrática racional fue social y legitimada para poder organizar de manera eficiente y efectiva la función social.

Dentro de los paradigmas de los estudios organizacionales surge la administración científica que son prácticas directivas que se desarrollaron en un tiempo y espacio de una etapa de la modernidad. El desarrollo de la Revolución Industrial generó la producción en masa con el fin de acumular capital, esto se asocia para implementar procesos de trabajo parcializado y rutinario donde se produce mercancía en grandes series, Frederick W. Taylor se constituye como el principal expositor de este paradigma gerencial claramente identificable. De acuerdo a Dávila (2001), puntualiza que “las ideas de una ‘administración científica’, basada en la racionalización del trabajo del obrero con miras de aumentar su productividad” (p. 72). En este sentido, el mismo autor (2001), describe cuatro principios de la administración científica y estos son:

1) desarrollo de una ciencia del trabajo, 2) selección científica del trabajador y su posterior adiestramiento, enseñanza y formación, 3) colaboración cordial de los patrones y los trabajadores, 4) división “casi por igual” del trabajo y responsabilidad entre la dirección y los trabajadores (p. 82).

Por lo tanto, esta perspectiva se enfocó a incrementar la productividad por medio de la división manual del trabajo de manera racionalizada para incrementar las ganancias. Otra figura importante en ese momento fue Henry Ford, quien implanto una pequeña fábrica de montaje produciendo en serie artefactos homogéneos para lograr la economía a escala (Romero-Segovia, 2006). La perspectiva de la administración científica constituye un cuerpo de técnicas que influyo en la organización de la producción en Estados Unidos (Borboa, 2004). De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se observan las primeras acciones a favor de los trabajadores donde se inician cambios que admiten la satisfacción de necesidades, como el aumento de su salario, que fuera fijo y no a destajo; lo cual motivaría la demanda de los productos.

Su argumento esencial según estudios de Hasenfeld (1990), estima que “las organizaciones se deben basar en los principios de cooperación entre el personal de línea y los directores; sin esto las organizaciones no pueden alcanzar la máxima productividad” (p. 28); es decir, la coordinación entre los diferentes actores de las organizaciones permite alcanzar los objetivos por un lado del personal, y por otro, de los actores que son parte esencial en este contexto. Algunos supuestos de esta teoría son muy cuestionables y la diversidad de problemas que abarca presenta una visión corta de los organismos de servicios sociales, lo que dio origen a la corriente de las relaciones humanas.

2.2.2. Teoría de las relaciones humanas

Con el desarrollo económico, social y político ocasionado por el nacimiento de grandes empresas surge el descontento de los trabajadores. De acuerdo con la postura de Gordon, puntualiza que: “en 1920, desde la perspectiva conductista surge la teoría de las relaciones humanas en ella se concentraba la importancia de las actitudes y los sentimientos de los trabajadores, las normas y los roles informales influían en el desempeño” (Gordon, 1997:7), en este movimiento se destaca la presencia de los sujetos y de sus sentimientos como parte importante de la organización, y necesaria para lograr los objetivos de

productividad e incremento del capital. En palabras de Borboa, considera que “el movimiento de las relaciones humanas presenta a la empresa como una organización social basada en la cooperación de sus integrantes para alcanzar la satisfacción de sus necesidades económicas, y sobre todo de auto estima y pertenencia” (Borboa, 2004:50). En este sentido, se intenta generar las condiciones que permitan la identificación del trabajador con la empresa, por lo que es necesario mecanismos de regulación.

Elton Mayo (1946), precursor en la conformación de esta teoría en Estados Unidos junto a un grupo de colaboradores influyeron en esta respuesta “humana” los problemas de la productividad por parte de los patrones. Durante siete décadas (1930-2000), periodo que se llamó la gran depresión. “El desempleo desbordado, “huelgas de hambre”; la agudización de los conflictos laborales se reflejaba en el aumento de huelgas, y la creciente sindicalización estaban relacionados con la monopolización y concentración de la producción” (Dávila, 2001:171), aunado a estos acontecimientos se desarrolla el progreso científico y los trabajadores empiezan a exigir un trato humano, los patrones se preocupaban por el ausentismo, la rotación y las quejas permanentes.

Retomado el enfoque de Dávila (2001), considera que “estas condiciones permitieron que gradualmente el trabajador se viera como alguien que disponía de aptitudes y sentimientos, quien tenía que evaluarse de manera que el oficio que se le asignara fuera ventajoso para él y rentable para la empresa” (p. 178). Los estudios de este momento valoraron a las personas como algo significativo para la empresa, pero que también permitiera satisfacer las necesidades del trabajador. Las primeras investigaciones que se realizaron sobre la influencia del cambio social progresivo en las organizaciones efectuadas por Mayo (1946), quien inició con una investigación en la *Western Electric's Hawthorne Works* de Chicago, el propósito inicial fue estudiar la relación entre la satisfacción del trabajador y la productividad en varias etapas. De acuerdo a Borboa (2004), propone que:

En la primera: se realizaron estudios de la iluminación del lugar del trabajo, en la segunda, las condiciones del trabajo y los descansos, en la tercer etapa, se estudió la situación personal en cuanto a la posición social dentro del grupo de trabajo y la supervisión, en la última se examinaron los procesos del grupo (estados de ánimo y actitud frente al trabajo, tipo de trabajo y grupo informal (p.51).

En consecuencia, inició el interés por conocer cómo se sienten las personas en la organización, cuáles eran sus actitudes ante la organización y el trabajo. Lo que contribuyó al estudio de las necesidades humanas y su relación con las recompensas monetarias y otros factores de la vida organizacional, como son la supervisión, las relaciones que se generan, la participación, la satisfacción (Dávila, 2001). La escuela de las relaciones humanas “descubre” que la organización no es solamente un aparato económico y técnico sino un organismo social. En este sentido, la organización es un “ser social” y observa que el mal “estado de ánimo de los trabajadores”, tiene su origen en el ámbito psicológico. Las relaciones humanas consideran estos problemas como superables y compatibles a través de una adecuada supervisión, motivación y el reconocimiento de las relaciones de los grupos.

En las investigaciones realizadas por Mayo y sus colaboradores (1946), se destaca la importancia del “estado de ánimo” (a veces la moral), de esta posición surge un interesante estudio de la motivación del hombre en su trabajo, lo que llevó a explorar las relaciones humanas (Borboa, 2004). Para lo que fue necesario analizar diferentes perspectivas teóricas e investigativas, sobre la motivación humana.

Cuadro 1. Teorías motivacionales aplicadas en la administración		
Teoría	Autor	Obras
Jerarquía de las necesidades	Abraham Maslow	<i>Motivation and personalidad</i> (1954).
Teoría de las trilogías de las necesidades de logro, poder y afiliación.	Daniel McClelland	<i>The achievement society</i> (1961)
Teoría de las expectativas	Víctor Vroom	<i>Work and motivation</i> (1964).

Nota: Elaboración en base a Dávila (2001).

Estas investigaciones centran la atención casi exclusiva en el individuo y el pequeño grupo como unidades de análisis, la *teoría de las relaciones humanas* ha hecho una gran aportación para comprender la conducta de los individuos en las organizaciones. A través de cuatro dimensiones centrales de esta teoría 1) motivación y satisfacción en el trabajo, 2)

liderazgo, dirección o supervisión, 3) dinámica de grupos y trabajo en equipo, 4) desarrollo organizacional (Dávila, 2001).

Su énfasis en la estructura organizativa y en los procesos que influyen en las relaciones interpersonales, las actitudes, estados de ánimo y en el bienestar psicológico general del personal, significativa e importante en las organizaciones al servicio del hombre donde la participación del personal de las instituciones con los usuarios son el componente clave para la prestación de servicios (Borboa, 2004).

Posteriormente la perspectiva de las relaciones humanas Hasenfeld, considera que, “aun cuando se centra en problemas importantes relacionados con las conductas de los individuos en las organizaciones, se desatiende de otros y su validación empírica sigue siendo motivo de disputa” (Hasenfeld, 1990:61). De acuerdo a lo expresado anteriormente, se considera la falta de una tecnología que pueda ser interpretada equivocadamente como la incapacidad para lograr objetivos, así mismo la falta de recursos puede ser explicada erróneamente como motivación pobre del personal.

2.2.3. Teoría de las nuevas relaciones humanas

El paradigma gerencial denominado las nuevas relaciones humanas nace en un contexto de grandes movilizaciones sociales por el descontento de los trabajadores de las modernas fábricas automatizadas, frente a un trabajo sin contenido, repetitivo y poco estimulante, en esa trama existían dificultades de la dirección de la empresa que no lograban ser solucionadas a través de la satisfacción de las necesidades. Por lo que se modifica la organización de la producción sobre la base de la participación de los trabajadores (Borboa, 2004). Es decir, poner al centro de la organización al individuo como medio de lograr la productividad por un lado, pero de igual manera, la satisfacción de las necesidades objetivas y subjetivas de los trabajadores.

Este enfoque de dirección gerencial determina la identificación del trabajador con la empresa, pero ahora en tanto ésta le permite la autorrealización; la motivación se ubica como elemento esencial que permitirá elevar los niveles de productividad, pues ella asegura una mayor identificación de sí mismo como sujeto de excelencia (Ibarra, 1994); de tal

manera que, esto generaba en los trabajadores satisfacción y orgullo por pertenecer a organizaciones que les permite satisfacer sus necesidades y ser reconocidos. Borboa (2004), puntualiza que, “Entre las prácticas realizadas para llevar a cabo esta nueva relación de trabajo se encuentra el enriquecimiento de tareas, los grupos de resolución de problemas, los círculos de calidad, los grupos autónomos de trabajo y los programas de humanización” (Borboa, 2004:57). De acuerdo a lo anteriormente dicho, se manifiestan acciones que admiten desarrollar la eficiencia y la productividad de las organizaciones y con ello incrementar la calidad de los trabajadores.

La perspectiva de las nuevas relaciones humanas se define por promover la identidad del trabajador en la empresa, pero además, la organización permite su autorrealización, ubicando a la motivación como elemento esencial que eleve la producción y fortalece la identidad como sujeto de excelencia (Borboa, 2004). De tal manera que, la satisfacción y orgullo de parte de los trabajadores por pertenecer a la organización accede incrementar la calidad de vida de la población.

2.3. La institución y la influencia en el proceso de envejecimiento

En las denominadas ciencias humanas al referirse en un sentido amplio ven en la institución a una forma de organización definida como una estructura estable, que tiene reglas de funcionamiento y que busca ciertas funciones sociales y se clasifican en instituciones políticas, económicas, de seguridad, escolares. Las instituciones son: la familia, la iglesia, la escuela. Estas instituciones están determinadas por el contexto histórico social donde se desarrollan con normas que regulan los diferentes dimensiones de la vida (Dominique, 1992). De acuerdo a lo anterior, es en el contexto institucional donde se despliegan las relaciones sociales (donde se desarrollan las interacciones cotidianas), profesionales, asociativas, políticas etc., destacando cómo influyen las relaciones interpersonales al interior de la organización. Son diversas las definiciones y los puntos de vista que detallan la organización/institución en palabras de Dominique (1992) comenta que:

Desde la perspectiva sistémica se refiere al modelo cibernético para analizar el funcionamiento de la institución en términos de información, comunicación, interrelaciones, retroacciones. De la misma manera, otra aproximación, a partir de un análisis de tipo estratégico, centrado en

sujeto, estudiando sus modos de comportamientos, sus márgenes de iniciativas al interior de la institución (p. 92).

En concordancia a lo anterior, se describen tres elementos básicos de la institución: la comunicación (forma, contenido y canales), los interactuantes (sus roles y estatus), y las estrategias y relaciones de poder que son parte de las interacciones. En este sentido, estos elementos son parte de la estructura y reglas que cada uno de los adultos mayores miembros del espacio grupal debe de conocer y adoptar; es por esa razón, por sus roles, como el status, como se caracterizan los diferentes actores sociales de esa institución.

2.4. Espacios grupales de y para adultos mayores

El avance significativo que ha tenido en los últimos años el campo gerontológico, desde diversos enfoques, donde los Trabajadores Sociales han sido autores y actores en la construcción y desarrollo de los espacios grupales. Dado el crecimiento del envejecimiento demográfico, en busca de generar lugares para la socialización, la recreación y satisfacer la necesidad de relacionarse cara a cara, de organizarse para defender sus intereses y así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. El análisis de la categoría espacios grupales ha generado interesantes debates en el campo de las ciencias sociales en la que admite agruparse en distintos enfoques teóricos y metodológicos para Ludi (2012), puntualiza que:

La primera aproximación fue en los años 50' en el marco de la *corriente positivista*. Donde se define el espacio como contenedor de elementos físicos y sociales que se localizan en determinado lugar. Esta particularidad es compartida por el *funcionalismo* en el que los espacios se consideran en términos de órganos con funciones específicas que cumplen un fin en la sociedad y que son funcionales para las personas. En las perspectivas dialécticas, la teoría marxista lo concibe como la dimensión social, como agentes transformadores, los espacios son históricamente construidos por la dinámica de los modos de producción donde el actor es protagonista de producción y reproducción (p. 38).

En este sentido, desde diferentes aportaciones de los autores, definen la categoría espacio social en palabras de Bourdieu y Wacquant (2008) considera que “el espacio es un conjunto de posiciones distintas y coexistentes, exteriores las unas de la otras, definidas las unas en relación de las otras, por relaciones de proximidad, de vecindad o de alejamiento”

(Bourdieu & Wacquant, 2008:30). Es decir, estos espacios sociales y simbólicos se difieren de tal manera que, los adultos mayores son distribuidos en función de la posición al interior del espacio social donde se predisponen deseos, simpatías, afinidades, encuentros entre iguales, donde están presentes las contradicciones y los conflictos que pueden provocar la transformación. En esta misma línea de ideas Lefebvre (1969), lo concibe como espacio instrumental que produce el capitalismo, que cosifica a los sujetos y sus actividades, expropiándolo de su tiempo y su espacio, vinculado al espacio de habitar donde están los gestos, memorias, símbolos y conflictos entre el deseo y la necesidad.

En la misma postura Fassio (2003), puntualiza que estas organizaciones nacieron como espacios de recreación y ocupación del tiempo libre. Con el paso del tiempo se han transformado en espacios para la defensa de los derechos humanos y espacios de revalorización de los adultos mayores, en la misma línea, el planteamiento de Gascón y Browne (2008), centran su comentario en relación a la participación social de los adultos mayores, comentan que el mayor impacto de la acción de los movimientos sobre el conjunto de la sociedad fue la transformación de estereotipos compasivos que ubicaban a las personas adultas mayores en el lugar de los necesitados objeto de la asistencia.

Es decir, las imágenes estereotipadas generaron miradas compasivas debido al carácter asistencial. Sin embargo, en la actualidad se observan nuevas formas de participación social de los adultos mayores de ambos sexos en algunos casos con una actitud transformadora (Ludi, 2012). De tal manera, que en estos espacios sociales se generan redes de apoyo social donde los intercambios materiales, instrumentales, cognitivos y emocionales permiten mejorar las relaciones humanas y su bienestar. Los espacios sociales se le designan las estructuras espaciales y temporales, ya que es ahí donde se genera la interacción social en palabras de Dominique (1992), quien considera que “el espacio y el tiempo acarrean relaciones humanas estrechas porque los acontecimientos se desarrollan en un tiempo socio histórico y son siempre localizados, no únicamente en el espacio físico, geográfico, sino también en el espacio social” (p.77). Es decir, estas relaciones humanas estrechas permiten formar redes sociales diádicas, triadas o grupales que facilitan la satisfacción de las necesidades promoviendo su calidad de vida.

2.5. La salud en la vejez como indicador de la calidad de vida

“La noción de la salud integral es un medio para hablar de otra cosa que es más amplia”

Luis Weinstein, 2015.

Es necesario plantear un marco conceptual que permita ubicar las diferentes posturas y atributos de la relación de la salud y la calidad de vida. En este sentido, se inicia el análisis del ámbito social, donde ha surgido la categoría de la calidad de vida en el campo de la salud. Tomado en cuenta el desarrollo histórico de los patrones de enfermedad, las conceptualizaciones de la salud, el tipo de práctica y las formas de incorporación del concepto de la calidad de vida y la salud (Daltabuit, Mejía & Álvarez, 2000). Los factores históricos y sociales han impulsado en diferentes niveles los estudios sobre la relación de la salud y la calidad de vida.

Un factor contextual determinante, es la evolución de la pobreza. Esta situación ha generado las estrategias de medición de indicadores socio-económicos, políticos de la pobreza, bienestar social, progreso (Boltvinik, 1995). Otros enfoques han sido, el trabajo en la búsqueda de la equidad social y la salud, la construcción de la ciudadanía, el desarrollo sustentable, en la premisa de que la calidad de vida de las personas está en relación con el medio ambiente (Infante, Abreu, Reyes & Dieter, 2000). También hay otros factores en el ámbito de la salud que han provocado presiones para trabajar con la relación de la calidad de vida y la salud, de manera significativa es el conocimiento científico, que socializan los factores de riesgo y los problemas de salud.

De la misma manera, influye el desarrollo histórico de la conceptualización de la salud y de qué manera se incorpora la calidad de vida. Estos conceptos corresponden al modelo médico de cada época. De acuerdo con Infante y colaboradores (2000). El primer modelo de salud: predominio de enfermedades infecciosas, basado en la cura y la supervivencia con indicadores de morbi-mortalidad, el segundo, las enfermedades crónicas-degenerativas, orientado a disminuir el dolor, las molestias y la incapacidad; otro modelo las enfermedades del estilo de vida moderno, asociadas a los comportamientos. Este último modelo con una

conceptualización de salud más amplia “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad” (OMS, 1948). En este sentido, la salud no es un fin en sí mismo sino un recurso para la vida. La literatura muestra diferentes formas de interpretar *la salud*, desde la perspectiva biopsicosocial se entiende como el balance entre el individuo y los otros, su ambiente, la historia y la producción de futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos (Galli, 1987, citado en Ferrara, 1975). En este mismo orden de ideas, la salud es una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio, considerándose al proceso salud-enfermedad como una unidad dialéctica donde la lucha de contrarios y la solución de las contradicciones producen el desarrollo humano y de la sociedad (Álvarez, 2008). Desde este planteamiento el Dr. Luis Weinstein (2015), considera que, “tenemos que hablar en términos de grandes miradas sobre el ser humano y la cultura, lo cual es radical soslayando en la mirada dominante a la integración” (Egaña & Wolff, 2015:320). En este sentido Weinstein, define la salud como el conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo.

Esta reflexión es significativa para conceptualizar la relación de la salud con la calidad de vida; por lo tanto es necesario “reconocer la salud como parte de la vida, significa que no se enriquece el concepto de salud, sino que el concepto más general es la vida y la salud es parte de ella” (Infante, *et al.*, 2000:153). Los referentes teóricos médicos del modelo integrador de acuerdo a Medline, (1995), ubica dos marcos de referencia sobre la relación entre calidad de vida y salud, 1) Aquel donde la salud es la variable dependiente (“Y”) y la calidad de vida es la variable independiente (“X”) esta última desde una mirada muy amplia (determinantes estructurales), hasta indicadores como estilos de vida, conductas.

La calidad de vida como variable independiente y la salud como variable dependiente.

En función de esta perspectiva se ubican cuatro paradigmas que se encuentran interrelacionados: la perspectiva estructural, el ambientalista, el de la promoción a la salud y de la prevención de la enfermedad o del comportamiento. El *paradigma estructural*, admite la calidad de vida como aquellas determinantes estructurales del ambiente físico, y social en la salud, las variables socio-económicas y las condiciones de vida. A este enfoque se describe desde un nivel macro el efecto de la desigualdad y de la pobreza en la salud

(Infante, *et al.*, 2000). El *paradigma ambientalista o ecológico*, parte de que la calidad de vida depende de la adecuación de individuo en su ambiente, sobre todo su entorno físico, condiciones materiales de vida y los recursos sociales.

La posición económica está relacionada con las demandas y los recursos; por lo tanto, las personas con nivel económico bajo, se enfrentan a mayores demandas del ambiente. De acuerdo a las aportaciones de Locker (1992), en este enfoque la calidad de vida, se refiere en la posibilidad y poder de las personas para enfrentarse, adaptarse y cambiar el ambiente, así como lograr un equilibrio en las demandas y el poder (control sobre los recursos para resolver las demandas). Desde la concepción socio-ecológica de la salud nace el nuevo *paradigma la nueva salud pública* con una fuerte relación entre individuos y ambiente donde viven. En el año 2007 la OMS, la define como el proceso para hacer capaces a las personas de incrementar el control sobre su salud y de mejorarla. En el que existe un proceso de empoderamiento para optimizar la salud y la calidad de vida.

El *paradigma prevención de la enfermedad o del comportamiento*, en este modelo las personas son vistas como activas en el proceso salud-enfermedad y de atención a la salud, también ha disminuido la responsabilidad del Estado y la de los profesionales de la salud, así como ampliado la responsabilidad de los individuos. Esto es en relación a los comportamientos y estilos de vida previos, como las adherencias terapéuticas. Se presentan variables asociadas a la salud, (dieta, tabaco, ejercicio), variables sociales (redes de apoyo social), psicosociales (estrés y afrontamiento) y demandas sociales (número de roles sociales), (Infante, *et al.*, 2000). Se asume que la salud es un problema de responsabilidad y libertad individual, sin valorar las variables que intervienen.

La salud como variable independiente y la calidad de vida como variable dependiente

En este análisis la calidad de vida se contempla como producto de intervenciones con el fin de obtener un efecto a nivel individual o poblacional. En el primer caso, *el paradigma de la rehabilitación*, el estado de salud del individuo (variable independiente) es el que determina la intervención, médica o quirúrgica (variable intermedia) y la calidad de vida es individual (variable dependiente). El segundo caso, es el *paradigma de la asignación de los recursos*, donde el diagnóstico es del perfil epidemiológico (variable independiente) y la asignación de recursos para cada tipo de intervención (Infante, *et al.*, 2000). El *paradigma*

de la rehabilitación, en este enfoque es la reincorporación de la calidad de vida y se concentra en restaurar, mantener y mejorar las funciones desde dos categorías: 1) nivel de funcionamiento (físico, emocional, cognitivo y social), y 2) niveles de independencia y estado de salud en general. La idea es incorporar a las personas discapacitadas a sus contextos cotidianos (Infante, *et al.*, 2000).

El *enfoque subjetivista* entendido como la perspectiva del paciente o de la población, al cual se incorporan dos aspectos 1) evaluación de impacto de la dimensión técnica como la interpersonal de la salud y la calidad de vida, 2) se valora la percepción sobre los servicios (calidad de la atención y calidad de vida). Para los criterios de evaluación no se excluyen las metodologías cuantitativas y cualitativas, sobre todo porque cada vez más están siendo abordadas por la psicología de la salud, Infante y colaboradores (2000). De la misma manera, las autoras consideran que el *paradigma de la asignación de recursos*, en los últimas décadas ha tenido una relévate aplicación a nivel poblacional, donde el propósito es mejorar la salud y la calidad de vida a través de la asignación racional de los recursos. A partir de la idea de que “las decisiones para asignar los recursos son inevitables, por lo que se hace necesario hacer metodologías racionales explícitas para tomar las decisiones” (Infant, *et.al.*, 2000:173). Algunos indicadores que utilizan son la mortalidad, la esperanza de vida, el peso de la enfermedad, entre otros más complejos resultantes de las combinaciones de variables.

Actualmente las sociedades contemporáneas en el mundo envejecen de forma progresiva y muy rápida, generada por los avances científicos en materia de salud pública y la mejora de las políticas sociales, se vive más tiempo y en mejores condiciones de vida. Lo que ha generado un fenómeno poblacional que está trastocando las estructuras demográficas con implicaciones significativas en los ámbitos sociales, económicos y culturales que requieren cambios importantes en la sociedad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, citado en Paola, Samter & Manes, 2011). México no es ajeno a esta situación, el crecimiento es en términos cuantitativos y cualitativos. Es decir, diferenciar el envejecimiento poblacional o demográfico del individual o personal.³ En palabras de Paola y

³ Se considera envejecimiento poblacional al proceso de transformación población de la estructura edad, para lograr un lenguaje más adecuado para este trabajo se retoma el enfoque de la Asamblea Mundial sobre

colaboradores (2011), encontraron que el envejecimiento y la vejez son temas centrales para la investigación gerontológica, pero aparece la dificultad de una conceptualización universalmente aceptada. Es decir, no se cuenta con un “*corpus teórico-práctico* que defina con claridad el envejecimiento y la vejez, por esta razón son muchas las causas del desencuentro entre la línea de pensamiento de la gerontología y las acciones de las políticas públicas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido el envejecimiento activo como el proceso “por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (Allevato & Gavira, 2008).

En la misma postura Paola y colaboradores (2011), puntualizan que “el envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que opera a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra influido por diversos factores endógenos y exógenos por sobre las personas” (p. 33). De tal manera que, es un proceso de múltiples causas que se expresa de manera individual, de acuerdo a la premisa que cada persona es única e irrepetible. De acuerdo a Neugarten, (1999), considera el envejecimiento como el fenómeno que no comienza cuando la persona cumple 60 años de edad, sino que inicia cuando la persona fue concebida y se desarrolla toda la vida.

Es decir, que es mucho más amplio, el concepto, que la idea de la edad cronológica. Por lo que se puede afirmar que cada sociedad produce su propio envejecimiento (Salvareza, 1998). Con referencia a lo anterior, se afirma que, las connotaciones de la vejez se desarrollan de acuerdo a los periodos históricos y culturales. En el mismo orden de ideas, se retoma la propuesta denominada “declaración de Buenos Aires” del Congreso Latinoamericano de Psicogerontología de la Universidad Maimónides realizada en Buenos Aires en el 2005, citada en Paola y colaboradores (2011): expresando que:

Los procesos de envejecimiento se construyen singular y colectivamente. Cada sociedad, cada cultura, cada época, construyen un determinado modo de envejecer. Singularmente, mientras desde los procesos biológicos existe una disminución de los potenciales y un aumento del

Envejecimiento realizada en Viena en 1982, y La Ley de Protección de las Personas Adultas Mayores, México, 2002, tomando los 60 años como límite inferior para considerarlo como adulto mayor.

declive con la edad, desde los procesos psicológicos y sociales el envejecimiento puede implicar crecimiento y aumento en estas áreas. De esta forma, la vejez se constituye en una etapa del desarrollo donde, con ganancias y pérdidas, existe una multiplicidad de factores determinantes y gran variedad impersonal en sus dimensiones y manifestaciones, siendo necesario para su análisis y configuración una perspectiva compleja, que incluya el proceso de envejecimiento en sus diferentes dimensiones (p. 35).

En este sentido, desde el enfoque colectivo, genera un potencial para el desarrollo a escala humana en lo individual y en el estudio de las relaciones sociales de los grupos como base en este trabajo de investigación. La fenomenología social establece una diferenciación entre dos tipos de información por una parte *los comportamientos* que pueden observarse; y por otra, *la experiencia*, en cuanto a lo que cada uno siente en sí y por sí mismo. Ante esto, la intersubjetividad resulta de la interacción entre comportamiento y experiencia (Dominique, 1992).

2.6. Clasificaciones de la vejez

Con la idea de clasificar a la vejez aparece nuevamente lo complejo, al igual que la categoría de envejecimiento, las clasificaciones realizadas en las ciencias sociales enfocadas a lo cronológico, después a los aspectos funcionales. Según la clasificación de Neugarten, (1995), considera que hay dos categorías de vejez: los “viejos-jóvenes” que abarcaría de los 55 a los 75 años de edad, y la de los “viejos –viejos” a partir de los 75 años de edad. Sin embargo, la edad cronológica no da cuenta del proceso de envejecimiento ya que no proporciona apertura para analizar otros aspectos importantes, como son los cambios en las diferentes dimensiones. En la misma línea de pensamiento (Fernández-Ballesteros, 2003), propone la vejez normal y la vejez patológica; en cuanto a la vejez normal se refiere a aquella que se cursa sin enfermedades graves ni dependencia, aun cuando esté en riesgo de padecerlas por la etapa del ciclo de vida que está viviendo.

Por otro lado, a la vejez patológica la asocian con las enfermedades y algún grado de dependencia. En este sentido se observa una dicotomía en la clasificación y no es posible definir las ya que se trata de un proceso muy complejo. Se han encontrado diversos conceptos en cuanto a vejez se refiere, según lugares y culturas en México, en las reuniones de los organismos internacionales se le ha asigna el término de “adulto mayor”. Dicho

término ha sido designado a partir de las Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud por lo que, tradicionalmente se utiliza la conceptualización generada en la primer Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se llevó a cabo en Viena en 1982, en la que se denomina “adulto mayor” a toda persona mayor de 60 años de edad, se define así con el propósito de estudiar la problemática de la vejez.

De tal forma que si se considera la edad cronológica surge una clasificación que divide los grupos de personas entre los “viejos- jóvenes” (60-74 años de edad), y los “viejos-viejos “de (75 años de edad y más), esto supone distintos grado de autonomía. Además, la característica que debemos de mencionar, la longevidad por género ya que las estadísticas ponen en evidencia que las mujeres viven más que los hombres (CELADE, 2007). De igual manera, al trabajar esta temática estamos retomando el concepto de adulto mayor ya que de acuerdo al artículo 3º de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), en México. Los esfuerzos por conceptualizar a la vejez, nos llevan a recordar el sentido dinámico de la vida humana a través de sus ciclos vitales experimentados en los ámbitos socio familiar y comunitario.

La vejez es el resultado de las etapas anteriores, pero también de las determinantes biológicas y sociales en el ámbito demográfico, económico, cultural, familiar, además psicosociales, en todos los contextos donde se desarrolla su vida cotidiana (Paola, *et al.*, 2011). Durante la vejez se advierte una tendencia al disminuir las funciones orgánicas (fisiológicas, cognitivas, sensoriales emocionales o motivacionales); sin embargo, se trata de un proceso gradual el cual depende del contexto social y de la capacidad individual, en el aspecto social, los cambios más importantes son el retiro laboral y el uso del tiempo libre, de la misma manera lo son los aspectos psicológicos, el afrontamiento a situaciones en crisis, también se asocia a los condicionantes individuales y sociales (Gallardo, 2013). Es decir, se observa la multidimensionalidad en el proceso de envejecimiento y la vejez.

2.7. Teorías del envejecimiento afines con las redes de apoyo social

Hace algunas décadas se desarrollaron trabajos académicos en la Sociología y la Psicología, donde aparecen algunas teorías que ayudan a explicar el proceso de envejecimiento de acuerdo a los recursos sociales con los que cuenta cada individuo, como son las redes de

apoyo social. La cualidad del proceso del envejecimiento es complejo por los diversos factores que lo integran (Gallardo, 2013), se plantea que es muy difícil poder explicar un proceso individual, que es diferente de un individuo a otro y además es multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1998). Las teorías sociológicas en Gerontología constituyen el marco conceptual para realizar investigaciones sociales con adultos mayores, y han tenido influencia en el desarrollo de Trabajo Social. *La teoría de la desvinculación social* esta aportación académica tiene como referente el enfoque estructuralista, en función de esta teoría. En palabras de Paola y colaboradores (2005), considera que las personas adultas mayores “adquieren la predisposición a la separación de la sociedad debido a su deterioro físico y cognitivo” (p. 7).

Esta teoría es funcional al sistema, al dar lugar a las generaciones de jóvenes y por consiguiente mayor preparación y eficiencia. En la misma postura Sánchez (2009), reflexiona que: “... *La teoría de la separación* ofrece una justificación para excluir a la población anciana de la participación social y para ocultar fallas del Estado en promover servicios a esta población...” (p. 84). De la misma forma *la teoría del ciclo vital* desarrollada por Neugarten (1995), sostiene que el curso de la vida es un todo, y destaca su análisis de la diversidad del ciclo vital a partir de tres dimensiones: a) tiempo vital, correspondiente a la edad cronológica; b) tiempo vivido, se refiere a las expectativas relacionadas con la edad, y c) tiempo histórico que conforma el contexto político, económico y social que encuadra la vida cotidiana del individuo. Los resultados del envejecimiento están definidos y facilitados u obstaculizados socialmente.

De tal manera que, solo se refiere al potencial biológico sobre el cual se asocia el sistema de normas de edad y graduación de la edad. Estos tienen influencia en los acontecimientos históricos concretos que influyen en el ciclo vital de las personas. Los postulados de “*la teoría de la actividad*”, desde su enfoque define a la vejez como una etapa de pérdida de roles como consecuencia del retiro laboral y la viudez, por lo que la persona debe sustituirlos por nuevas funciones” (Paola, *et al.*, 2011:108). En este sentido, los autores continúan diciendo esta teoría sustenta políticas que trabajan la participación, a través de actividades recreativas y, en menor medida las productivas, las cuales mejoran la calidad de vida de las personas adultas mayores y permiten la incorporación en redes de apoyo social.

Cabe decir, que son muchas las críticas a esta teoría, sin embargo se promueve la participación en las actividades sin cuestionar cual es la influencia para cada adulto mayor y la relación con su historia de vida. Estas teorías se destacan por permitir, entender el proceso dinámico de envejecimiento, sobre todo las que tienen relación con las redes de apoyo social: la *teoría de la desvinculación*, la *teoría del ciclo de vida*, la *teoría de la actividad*.

2.8. Redes de apoyo social en el proceso del envejecer

En el proceso de envejecimiento se producen cambios importantes en las relaciones sociales debido a que los adultos mayores en su ciclo de vida viven situaciones nuevas y cambios de actividades y así como de roles (ejemplo: nido vacío, retiro laboral, viudez, entre otros). Asimismo, pueden tener mayores limitaciones físicas y de salud, se reducen las posibilidades de participación en el ámbito familiar y social, Además, se ha puesto en manifiesto que en los adultos mayores se pueden producir cambios, como preferencias y motivaciones personales en función de sus relaciones sociales (Carstensen, 1991), cabe aclarar que no todos los cambios son negativos ya que pueden incluir miembros al interior de la familia y fuera de ella, participando en actividades sociales que permiten hacer nuevos amigos.

La mayoría de las investigaciones se han centrado en describir los componentes estructurales de la red, tamaño y composición de las relaciones sociales de los adultos mayores, y los cambios que se producen en un periodo largo tiempo. También se observa que se han analizado como los flujos de apoyos dados y recibidos se transforman en la última etapa de la vida. Además, se refieren aspectos evaluativos de la red social de los adultos mayores. Para ello, se presenta brevemente el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1979), ya que sus rasgos se muestran como uno de los más amplios y eficaces para abordar la problemática de las redes de apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores, esto permite explicar los diversos factores que son numerosos, variados y muy complejos desde una mirada sistémica.

2.9. Antecedentes y definiciones de la red de apoyo social

La revisión de la literatura muestra que existe aprobación en el papel protector de los apoyos sociales, así como en las redes de apoyo social, en sus funciones y actividades correspondientes. Sin embargo, faltan elementos conceptuales sobre cómo se desarrollan los procesos y sobre todo la multidimensionalidad de estas categorías. Cuando se refiere a las redes y a los apoyos sociales es hablar de una gran variedad de aproximaciones y conceptos que hacen énfasis en las potencialidades de las relaciones interpersonales familiares y comunitarias, como estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Los antecedentes se sitúan a finales del siglo XIX en el marco del proceso de industrialización, los aportes de prestigiados autores: Georg Simmel, Max Weber, quienes muestran los primeros hallazgos científicos del vínculo entre apoyo social y la salud, la primera de ellas, fue obtenida por el Francés Emile Durkheim (1897-1951), este mostró como el debilitamiento de los lazos sociales (familia y comunidad) se relacionan con el suicidio.

Los orígenes históricos de la *teoría de redes* corresponden a la Sociología, la Antropología, las Matemáticas y a la *teoría Gestalt*. La *teoría de Lewin* mostró que la percepción y el comportamiento de los individuos en un grupo, así como las estructuras, se registran en un espacio social formado por el grupo y su entorno, estableciendo así un campo de relaciones, consideraba que estas relaciones pueden ser analizadas por procedimientos matemáticos (Lozares, 1996). En la misma perspectiva Moreno (1943), se considera pionero de la teoría de redes bajo el nombre de *sociometría*, Moreno se interesó por la estructura de los grupos de amigos aunque fuera por razones terapéuticas. Scott se enfocó al estudio de los grupos dinámicos (Heider, 1946 citado en Lozares 1996). Estos psicólogos trabajaron con pequeños grupos para dar cuenta de la estructura social, y como la estructura del grupo afecta a los comportamientos individuales.

Existen antecedentes que provienen del estructural-funcionalismo antropológico desarrollado en Harvard entre los años treinta a los cuarenta; Mayo y Warner a través de los estudios sobre la estructura de los grupos de trabajo en empresas. De acuerdo a lo que plantea Lozares (1996), “Dentro del marco organizacional/o institucional las redes han tratado las relaciones de poder y autoridad sobre todo en organizaciones complejas

formales” (p. 108). No menos importantes son los aportes de Barnes (1954), antropólogo que estudió la urbanización y analiza la importancia de las relaciones informales e impersonales como la amistad, el parentesco y la vecindad en la integración. En los últimos 40 años, la investigación y la intervención en Trabajo Social han mostrado interés por el estudio de redes sociales; con la fundación de INSNA por sus siglas en inglés International Social Network of Social Network Analysis (Traducido al español: Asociación Internacional de Analistas de Redes Sociales). Como lo muestra la primera publicación de la revista *Connections* en 1977, y en el año 1978 la revista *Social Networks* muestra los contenidos de los estudios que se llevan a cabo en los campos, teórico y conceptual (Lozares, 1996).

Lo que permite abrir nuevos marcos de referencia y/o la reinserción de ella en las teorías existentes de los diferentes campos del conocimiento. Desarrollo el modelo del psicodrama, el concepto de *Psicología Geográfica* para esbozar el mapa de la red de relaciones grupos y comunidades Lewin (1952), con la teoría del campo enfocado y el comportamiento de los individuos y la misma estructura del grupo y su entorno formando un campo de relaciones; Bateson (1990), considera la red como las fronteras de un sistema significativo de la persona no solo se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que además interviene el conjunto de vínculos interpersonales con los que tiene contacto.

Lomnitz (1977), concluye que las redes funcionan como un seguro colectivo contra las amenazas del sistema formal y como reserva de recursos, especialmente en momentos de emergencias. Linderman (1979), el creador de la *teoría de crisis* ubicó la posición central de la red social personal, familiar y extra familiar de una persona con la determinación de los efectos a corto y largo plazo de una situación de crisis; Sluzki (1979) y Steinmetz (1988), plantean que la red social personal son aquellas relaciones que un individuo percibe como significativas. Requena (2003), desde la *teoría de Grafos* considera la red como una serie compleja de interrelaciones dentro de un sistema social; Sluzki, (1998), “La suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (p. 42).

Chadi (2007), define la red como un grupo de personas familia, amigos, vecinos o instituciones capaces de aportar un apoyo real y duradero a una persona o familia. Las redes de apoyo social “se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a

través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009). A partir de la premisa de ubicar al adulto mayor como un “ser social” integrante de los sistemas sociales, dado que en el proceso de desarrollo desde su nacimiento hasta que muere, el ser humano forma parte de los grupos sociales, estos, cambian en la medida que pasan las etapas del ciclo de vida, las cuales se modifican en cuanto a la cantidad, la calidad y la extensión de los mismos.

Chadi (2007), considera que “La cualidad social es inherente del ser humano, no solamente como la necesidad rotunda de continuidad, sino como elemento insustituible para que la misma se concrete” (p. 23). Es decir, el adulto mayor en cada momento de su vida ha formado parte de las relaciones humanas, donde se generan inmediaciones de manera permanente, en estas se integró la identidad formada por el intercambio y atribución concebida por los miembros de una comunidad o grupo social, además se considera que “todo ser humano es la integración de sus relaciones y el desafío del ‘ser’ con otros y en los otros” (Chadi, 2007:24). De esta forma, el ser humano al relacionarse facilita la satisfacción de sus necesidades, por lo que, esta cualidad del hombre como ser social permite la socialización desde el inicio de la vida, primero en el grupo familiar, denominado también como grupo primario, y después en los grupos secundarios y terciarias como es: el escolar, de trabajo, de recreación, entre otros.

Existen varias razones por las que las personas se unen a las organizaciones; es la necesidad de adquirir contactos y aumentar su potencial, el tiempo y la energía de los sujetos sociales pueden generar excelentes resultados, los grupos de personas sindicalizadas; por ejemplo, pueden ejercer poder ante las instancias de gobierno o de los patrones y tienen más posibilidad de lograr sus metas, que quienes no pertenecen a la organización. Las redes son una forma de organización humana, que se caracteriza por la flexibilidad y la adaptabilidad inherente, permiten enormes mejorías para satisfacer las necesidades de los adultos mayores.

De tal modo que “los Sociólogos denominan a los frutos de esa participación en las asociaciones capital social: el conocimiento y los contactos sociales permiten que las personas puedan realizar sus metas y aumentar su influencia” (Giddens, 2006:636). De acuerdo a las ideas mencionadas, los adultos mayores que participan activamente tiene más

facilidad de sentirse relacionada/os con otras personas, se desarrolla un sentimiento de formar parte de una comunidad que fortalece su identidad. Chadi (2007), considera que:

En el entendido de que cada ser social es el resultado de la integración de sus relaciones, este hecho significa la internalización de la trama de las mismas y por consecuente aprendizaje. Este aprendizaje es quien brinda el “cómo” en el estilo de “convivir”, a los modos de convivir aprendidos por los miembros del conjunto (p. 25).

Cada grupo se integra de una forma y un fondo o contenido, en su forma de convivencia, en el que la forma se refiere a la estructura del grupo, el número de participantes, sus roles y las acciones de cada miembro así como “el efecto de la red”, esto es la sensación de dar y recibir, de contar con otros que eventualmente podrían aportar ayuda en otro momento, sobre todo en situaciones agudas o en urgencias (Dabas, Celma & Richard, 2011). Además el grupo se integra a través de las interconexiones que permiten los acontecimientos, la experiencia de acuerdo a los valores y las creencias que se generan en el espacio grupal. Es decir, con estas bases construyen su identidad, la convivencia con respecto al modo de comunicación que se transforma en discurso y en la acción de las redes de apoyo social.

Chadi (2007), destaca dos características de toda relación humana: “la gratificación y el compromiso” como atributos del vínculo” (p. 26). Otro rasgo que está presente en este proceso de comunicación es el grado de vinculación y el cumplimiento mutuo de cada uno de los miembros del grupo. Bajo esta orientación también se construyen las redes de apoyo social, entendiéndose de acuerdo a la revisión de la literatura sobre el término de red social, sobresalen los trabajos en España de Requena (2003), en Argentina Dabas (1993), en México Lomnitz (1999) y Montes de Oca (2000).

Así en América Latina se desarrollaron estudios desde una perspectiva antropológica enfocados en los grupos vulnerables como son: (migrantes, mujeres maltratadas, discapacitados y adultos mayores). Cabe resaltar que el estudio de las redes de apoyo social es un tema muy complejo ya que implica la necesidad de analizar no solo a la persona sino a las interacciones con otras personas, además de que no siempre es posible identificar los apoyos que se generan en la red sobre todo los apoyos emocionales que no son tangibles (Guzmán, Huernchuan & Montes de Oca, 2003). En particular añadimos que el estudio de

las redes sociales se compone de aspectos objetivos y subjetivos que se entrelazan, que admite las condiciones más humanas para satisfacer las necesidades de los miembros del grupo social.

Requena (2003), a partir de sus investigaciones presentadas, nos muestra que “la idea de red (...) está formada en gran parte de la teoría matemática de los grafos. Esta teoría se llama red a una serie de puntos vinculados por una serie de relaciones que cumplen determinadas propiedades” (p. 139). En la misma postura (Gottlieb, 1983), considera que la red de apoyo social es información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros y tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el adulto mayor que lo recibe. Asimismo, Guzmán y colaboradores (2003), definen las redes sociales como:

Una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona en su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginario que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan a la persona (p. 3).

La red es considerada como aquellos lazos entre los individuos y/o grupos que permiten promover el dominio emocional, ofrecer consejos y proporcionar retroalimentación para lograr el bienestar de los adultos mayores. En la misma sintonía, en nuestro país México (Lomnitz, 1977), ha considerado 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. En la misma postura, Guzmán y colaboradores (2003), afirman que “este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, también denominados con el término genérico de transferencias se presentan como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula” (p. 6). Se considera este constructo como el grado en que las necesidades sociales básicas del adulto mayor son satisfechas a través de la interacción con otros.

“Las redes sociales se clasifican en: primarias, secundarias e institucionales” (Chadi, 2007:29). A raíz de esta clasificación, establecemos un mundo interno (*endo-sistema*) es el ámbito donde se desarrolla la red familiar y un mundo externo (*exosistema*) se refiere a las redes se genera en un lugar alejado del grupo/red familiar (Sluzki, 1996). En otras palabras, la red familiar pertenecen al mundo interno -las cuales son los lazos de la familia, familia ampliada, amigos y vecinos- y las redes secundarias e institucionales que se ubican en el

ámbito externo. “Las redes secundarias predisponen ‘relaciones interpersonales’ y están formadas por las personas conocidas que coinciden de tal o en cual lugar de esparcimiento, o que estos compartan una competencia o evento social” (Chadi, 2007:47). Por otro lado, es aquí donde se ubican los espacios grupales (como los clubes), los grupos comunitarios, religiosos, de relaciones laborales y de estudio. En estos grupos sociales comúnmente, la mayoría tiene igual nivel socio económico, educativo, metas y objetivos alcanzar. Dominique (1992), expone que:

Las redes sociales institucionales son las más alejadas de la red familiar y se definen como organizaciones constituidas para cumplir objetivos específicos que satisfagan necesidades particulares de las personas, tiene una estructura estable, obedece a ciertas reglas de funcionamiento y persigue ciertas funciones (p. 91).

De acuerdo a las ideas anteriores, la institución/organización se considera como un sistema donde interactúan elementos que le dan vida y dinamismo (individuos, grupos servicios y tecnología). Las redes comunitarias desde el enfoque del grupo se perciben de manera colectiva. La construcción subjetiva de la identidad se construye desde la experiencia colectiva a través de expresiones como “somos”, “nosotros”, “haber participado”, “haber logrado”.

2.10. Componentes de la red y el apoyo social en el envejecimiento

La estructura del supuesto conceptual de la red social, personal o significativa fundamenta la mirada sistémica utilizada en la intervención familiar; la *estructura* de las relaciones se entiende como las características de la red social de una persona (ejemplo número de amigos, familia frecuencias de contactos, etc.) La *función* de las relaciones hace referencia a los niveles de apoyo dado y recibido. Por último, la *evaluación* o la calidad del apoyo hacen referencia al grado de satisfacción o conflicto de las relaciones sociales, para este estudio solo se toma en cuenta los apoyos positivos.

En este mismo orden de ideas Fiori, Antonucci y Akiyama (2008), consideran una distinción entre tres dimensiones de las relaciones sociales. La estructura de la red social considera el número de personas la frecuencia de contactos. La antigüedad de la relación y la composición según el tipo de relación. El funcionamiento de la red social se refiere a los

flujos de apoyos que las personas adultas mayores dan y reciben de los miembros de su red social. Y al final, la evaluación de las relaciones sociales se refiere a la satisfacción con las mismas y aspectos como la ausencia de reciprocidad.

2.10.1. Estructura de la red social

La red social representa la base objetiva para la integración social de un individuo, el intercambio de apoyo social y el reconocimiento de su propia identidad como persona (Sluzki, 1979). La estructura de la red social de un adulto mayor conforma en función de componentes como tamaño, densidad, composición, homogeneidad, dispersión geográfica, antigüedad de la relación y frecuencia de contacto (Schwarzer, Knoll, & Rieckmann, 2003).

Sus elementos son:

- El *tamaño* se define como el número de personas que responden a una característica concreta, representadas por cada uno de los contactos (actores sociales) que integran la red pero que estos contactos, realmente los adultos mayores los perciben como valiosos. Este aspecto es importante porque muestra la disponibilidad de los recursos y del apoyo.
- La *densidad* se define como el grado en el que los miembros de una red social están interconectados entre sí. Para lograr la eficacia del grupo un nivel de densidad medio sería lo recomendable. La *composición* de la red se refiere a qué tipo de personas la constituyen según la relación o parentesco (familiares, amigos, vecinos y otros conocidos).
- La *dispersión* se entiende como el grado de lejanía entre los integrantes de la red (la distancia geográfica).
- La *homogeneidad* se considera al grado de semejanza entre las personas que integran la red y el adulto mayor en distintos atributos (ejemplo edad, sexo, nivel educativo, etc.).

- La *historia de la relación* hace referencia el tiempo de conocimiento mutuo.
- La *frecuencia de contacto* es un atributo de cada relación y se entiende como el número de veces que los adultos mayores se relacionan dentro de un contexto temporal determinado (Sluzki, 1996).

Tamaño de la red

En las diferentes etapas de vida de las personas, su red atraviesa un periodo de expansión durante la niñez y adolescencia, de estabilización en la adultez y de contracción en la vejez (Sluzki, 1996). Durante el ciclo de vida de la red, esta no permanece igual (Dabas, 1993), las redes sociales son dinámicas, poseen características de sistemas abiertos en constante proceso de construcción y reconstrucción; por lo que, el tamaño de la red es el número de actores que la integran y son los contactos reconocidos y significativos de las personas mayores. En ese mismo orden de ideas, Guzmán, y colaboradores (2003), menciona que el tamaño de la red no es constante en las diferentes etapas de la vida de las personas, y que además existen factores que determinan su tamaño, como son la pérdida de la pareja, el retiro laboral, los cambios de domicilio y la muerte de personas de su misma edad, entre otros.

Estudios realizados por Arias (2001), en la ciudad de Mar de Plata Argentina señala que el tamaño de la red son 8.8 personas en promedio; asimismo se muestra en otro estudio relacionado con el tema, realizado en Chile por Huenchuan y Sosa (2002).

La densidad

La densidad se refiere a la percepción del apoyo recibido y la funcionalidad que otorga, las redes de alta densidad producen niveles más elevados de apoyo recibido, pero las redes de baja densidad conducen a una mejor adaptación a los sistemas de la vida (Guzmán, *et al.*, 2003). Los aspectos estructurales de la red determinan la funcionalidad y la contribución a cada uno de los actores que integran este grupo social. En la misma postura, de acuerdo a un estudio realizado por Arias (2001), puntualiza que las redes de apoyo social de las personas adultas mayores, en general dejan ver una alta densidad en todos los miembros de la red se conocen, conviven, esto admite la posibilidad de activación, auto organización de los recursos para cuando se requiera la ayuda.

En el mismo orden de ideas Wilcox (1981), plantea que la densidad de la red y seguridad de apoyo depende de las condiciones y su contexto, las redes de alta densidad se ubican en las familias, ayudan a enfrentar situaciones en dificultades vitales normativas, y mientras que las redes de baja densidad en el caso de los amigos, ayudan a resolver las crisis vitales no normativas. Finalmente, se considera que la distribución de las redes de apoyo social en los adultos mayores tiene una tendencia a redes informales centradas en la familia, desde el punto de vista de Gallardo (2013) puntualiza que:

Los datos muestran que las personas adultas mayores a nivel mundial y en Latinoamérica poseen redes centradas en la familia nuclear. Otras fuentes significativas son las amistades y los vecinos que brindan un espacio distinto al familiar, de mayor apertura, independencia y retroalimentación (p. 155).

La composición

La composición de la red se refiere a qué tipo de personas la constituyen según la relación o parentesco (familiares, amigos vecinos y otros conocidos), quienes se convierten en las fuentes de apoyo. De acuerdo a los estudios realizados se observa que, la principal fuente de intercambio de apoyo para los adultos mayores son los hijos co-residentes, después los esposos y luego los amigos o vecinos. La distribución de la red, hace referencia a quienes proveen de los apoyos a los adultos mayores, que regularmente son los familiares o los hijos (Arias, 2001). En un estudio realizado en Chile, en comunas del Gran Santiago, muestra que la familia cumple un papel importante en el apoyo instrumental “el cónyuge y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados; es el cónyuge con quien las personas mayores cuentan incondicionalmente, ya que los hijos pueden hacerlo en plazos breve o solo frente a situaciones específicas.

Dispersión

Es la distancia geográfica entre los miembros del grupo, la facilidad del acceso o contacto para generar comportamientos efectivos al y del informante depende en muchas ocasiones de la cercanía, para lograr la eficacia y la velocidad de la respuesta sobre todo en situaciones de crisis.

Homogeneidad o heterogeneidad

Esta característica estructural de la red refiere a las dimensiones demográficas y culturales (edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico) (Sluzki, 1996).

2.10.2. Funcionamiento de la red social

En una sociedad globalizada como en la que vivimos, caracterizada por las desigualdades sociales, con una cantidad importante de personas en situación de pobreza y marginación, los Trabajadores Sociales y otros profesionales, requieren profundizar en el conocimiento de las circunstancias concretas y particulares de los grupos sociales en un contexto determinado. El pensar en los adultos mayores como grupo vulnerable está ligado al abandono, maltrato, marginación, rechazo y discriminación; estos rasgos muestran que muchos adultos mayores están en desventaja y es significativo considerar los efectos de cómo se puede enfrentar el mundo siendo viejo, estando pobre y además enfermo (Ludi, 2012). En relación a la funcionalidad de la red denominada también, *apoyo social* esta categoría, históricamente se atribuye que Aristóteles la afirmación de que la amistad era una necesidad humana básica; esto muestra la importancia que se otorga a los apoyos sociales.

Las evidencias científicas se ubican en el interés social en la salud, desde las aportaciones de Durkheim en 1951, el autor destaca que el suicidio es más frecuente entre las personas con lazos débiles y escasos. El apoyo social constituye la ayuda emocional, o instrumental que para el individuo, se deriva de un determinado entramado de su red social (Sluzki, 1996). Se considera apoyo social al conjunto de transacciones, las interpersonales que operan en las redes, también se les llama transferencias, las cuales son representadas como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula (Khan y Antonucci, 1980). Las transferencias o apoyos se clasifican en cuatro categorías:

- *Apoyos emocionales o afectivos*: cariño, confianza, empatía sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro y transmisión física de afecto abrazos, besos, caricias, sonrisas.
- *Apoyos cognitivos*: se refiere al intercambio de experiencias, transmisión de conocimientos de especialistas y de otros miembros de la red.

- *Apoyos instrumentales*: realizar compras, labores del hogar, cuidado, acompañamiento, transporte.
- *Apoyos materiales*: se caracteriza por los intercambios en especie como alimentos, medicina, ropa, pago de servicios y dinero en efectivo constante o no.

En ese mismo orden de ideas. Sluzki señala que el tipo de transferencias interpersonal que existe entre los miembros de la red, establecen las funciones que a continuación se describen:

- *Compañía social*: es la realización de actividades conjuntas o simplemente estar junto a otras personas.
- *Apoyo emocional*: son los intercambios que se determinan por una actitud emocional positiva, comprensión, cariño, amor, respeto, empatía, simpatía y estímulo.
- *Guía cognitiva y consejo*: son las interrelaciones que tienen el propósito de compartir información personal o social, para el auto cuidado, sobre experiencias, aclara expectativas y proveer modelos de desempeño.
- *Regulación o control social*: se considera a las interacciones que recuerdan y reafirman las normas establecidas en su contexto, correspondiente a los roles. Neutralizan desviaciones y contribuyen a la resolución de conflictos.
- *Ayuda material y de servicios*: determina a la colaboración específica sobre la base de conocimiento de especialistas (servicios legales, ambientales de salud, etc.).
- *Acceso a nuevos contactos*: alude a la posibilidad de conexión con otras personas y redes que hasta ese momento no eran parte de su red (Sluzki, 1998:48-58).

Las investigaciones ponen en evidencia que las personas adultas mayores reciben y dan apoyos, en términos generales, los adultos mayores dan apoyo a través de la ayuda en las tareas domésticas, cuidando niños, apoyo económico; según el estudio realizado por Domínguez (1991), donde hace referencia de su investigación sobre el “*Estudio de las necesidades de la población adulta mayores en las ciudades de más de cien mil habitantes*”, encontrando que las familias en general brindan apoyo emocional (compañía) y material a los adultos mayores y que son las mujeres quienes más apoyos reciben. Las amistades brindan apoyo cognitivo y emocional, como comentar sus problemas personales. En la

misma sintonía, los resultados de los estudios realizados en Chile (Huechuan & Sosa, 2002), muestran que los apoyos que reciben las personas mayores son de tipo material (dinero, ropa, comida, y otros), de tipo instrumental (servicio de transporte, quehaceres del hogar, etc.), y finalmente, el apoyo emocional (compañía), en este se observó que mientras los hombres reciben menos dinero y más servicios, la situación es inversa en las mujeres. Esta investigación pone en evidencia que las personas adultas mayores apoyan en el cuidado del hogar, pero su ayuda no es reconocida ni valorada. Esta ayuda instrumental que dan a sus hijos adultos facilita que trabajen, estudien o puedan realizar actividades de ocio. El apoyo instrumental va acompañado con el apoyo emocional de dar cariño y cumplir con el rol de abuela/o.

2.10.3. Evaluación de la red social

En las revisiones teóricas, hemos ido encajando con algunos autores, desistiendo con otros, y confirmando una vez más que la calidad de las relaciones, tiene que ver antes que la cantidad, que contribuye a elevar los efectos positivos en el bienestar y la salud de las personas mayores (Dykstra, 1990). Aun cuando en la vejez las personas pueden tener un menor número de relaciones sociales que los jóvenes, regularmente están más satisfechos con las mismas. Desde la perspectiva de la *teoría de la "selectividad emocional"* (Carstensen, 1991), las personas que perciben su tiempo como limitado se concentran más en motivos de regulación emocional, por lo tanto son más selectivas en las relaciones sociales en las que invierten sus recursos.

De acuerdo a la *teoría socio emocional*, las personas adultas mayores dan mayor importancia a los motivos de regulación emocional, por ejemplo sentirse bien y valoran más, encontrar un significado emocional de la vida, y esto lo pueden lograr contando con pocas relaciones íntimas pero fortalecidas, esta teoría plantea que los adultos mayores se van retirando poco a poco del contacto social con las relaciones sociales más alejadas y se incluyen más con las relaciones familiares y con los amigos más íntimos.

De los postulados básicos de esta teoría se derivan tres ideas centrales. 1) se asume que las personas mayores mantienen las relaciones con las personas íntimas aunque el tamaño total de la red social disminuya. Carstensen (1991), encontró que la frecuencia de la

interacción y la satisfacción con las relaciones con los conocidos disminuían con la edad en una muestra de 18 a 50 adultos mayores. 2) Los adultos mayores refieren a sus redes sociales como más satisfactorias que los jóvenes debido a que tienen una mayor regulación emocional y apartan las relaciones problemáticas (Antonucci & Carstensen, 1990). Las investigaciones muestran con frecuencia que la satisfacción con las relaciones mantiene estable a las personas mayores, a pesar de las pérdidas constantes que viven en esa etapa de su existencia. Antonucci y Akiyama (1994), refieren que los adultos mayores tienen menos relaciones familiares y de amistad que los jóvenes, pero se perciben estar más satisfechas con las mismas y las señalan con mayor calidad. 3) El enfoque de la *teoría de la selectividad emocional* considera que es posible que la relación entre la evaluación cualitativa de las relaciones sociales y el bienestar sea mayor en las personas mayores que en los jóvenes, debido a que se centran más en motivos de regulación emocional.

2.10.4. Tipologías de las redes por interconexiones

Existen diferentes formas de catalogar las redes sociales de acuerdo a las interconexiones entre los integrantes de la red; se clasifican en dos tipos de redes diferentes y regularmente pueden ser complementarias: *Redes basadas en contactos personales* que favorecen las relaciones diádicas, y se le conoce como red *egocéntrica*, se refiere a las relaciones de cada actor social; y las *Redes basadas en contactos grupales*, que generan relaciones polidiádicas. Las redes basadas en contactos grupales admiten el intercambio entre todos los participantes del grupo social, pueden ser democráticas ya que en la red todos valen lo mismo, es entonces que los adultos mayores se relacionan con personas de grupos sociales estructurados, en torno a la agrupación de la que forman parte (Guzmán, *et al.*, 2003), (véase la figura 2). Para efectos de este estudio, son las redes en contactos grupales la base para analizar la calidad de vida de los adultos mayores.

Figura 1. Relaciones según tipo de interconexión.

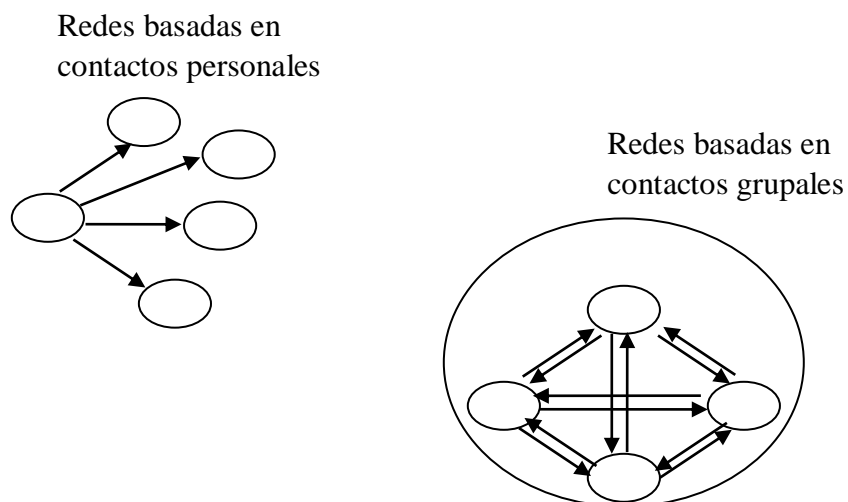


Figura 1. Representación de las redes basadas en contactos personales (refiere a los contactos individuales de la persona mayor) y en contactos grupales (admite las relaciones con diferentes personas que forma parte del grupo). Adaptado de Guzmán, *et al.*, (2003). *Red de apoyo social de las personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en Chile. México: UNAM. * Figura retomada sin autorización del autor.

2.11. Componentes del apoyo social

Es importante, también, trabajar conceptualmente los modos del apoyo social, en tanto posicionamiento teórico, para mostrar a la vez que detrás de ello existe un juicio específico. Thoits (1906), plantea como *apoyo social* al grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros. Desde el aporte de Sluzki (1998), señala que el *apoyo social* constituye la ayuda emocional o instrumental que para el individuo, se deriva de un determinado entramado de su red social.

2.11.1 Estructura del apoyo social

Los elementos que conforman la categoría de redes de apoyo social según Sluzki, (1998), son los siguientes:

Componentes estructurales: Se considera al entramado de relaciones sociales en el que está inmerso el sujeto, la unidad de análisis es la red social.

El apoyo social recibido y percibido: son los aspectos de orden subjetivos, el apoyo percibido desde dos perspectivas el conocimiento y la valoración del apoyo. Para el caso del conocimiento son las creencias que de la persona en relación de las fuentes de apoyo. En el segundo caso, es la valoración que tiene el individuo de las fuentes de apoyo y del apoyo recibido en cuanto a la satisfacción de sus necesidades.

Multiplicidad de funciones: Es la diversidad de funciones que se cumple: de tipo emocional, cognitivo, material e instrumental (puede ser que esa persona con la que se interrelaciona es buena compañía social, y fuente de apoyos informativos, pero no es buena en las actividades de deportes donde participa).

Las conductas de apoyo: Este es un aspecto muy subjetivo porque no es tangible, se refiere a los comportamientos específicos de interacción que coadyuvan de forma positiva para otros sujetos.

El contexto donde se proporciona el apoyo: en este rasgo intervienen diferentes aspectos que definen en el momento que se proporciona el apoyo, este debe ser acorde a las necesidades de las personas adultas mayores y el origen del apoyo, es decir, su emisor.

2.11.2 Funcionamiento del apoyo social

Son muchas las definiciones que existen de *apoyo social*, en palabras de Hofoll y Stokes expresan una interpretación más amplia e integradora del mismo, definiéndolo como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada” (Hofoll & Stokes, 1988:499). Además existen diversas clasificaciones de los apoyos sociales, Sluzki (1998), hace dos distinciones básicas entre *el apoyo diario y de crisis* y entre *el apoyo psicológico e instrumental* y en sus diferentes combinaciones:

- a) Apoyo psicológico diario: se refiere al grado y diversidad de las interacciones sociales agradables.

- b) Apoyo instrumental diario: se consideran las situaciones de todos los días, en las que es necesario la ayuda de alguien, pero si llegara a faltar no acarrearía mayores consecuencias.
- c) Apoyo instrumental en crisis: remite a situaciones muy especiales de crisis que requieren de apoyo instrumental (material, dinero, ropa).
- d) Apoyo psicológico en crisis: alude a las situaciones conflictivas por las que puede pasar la persona, en las que poco se puede cambiar la situación, ya que son eventos críticos (muerte de un ser querido, pérdida de su casa).

En este sentido, se concluye que el apoyo social es un constructo complejo, y multidimensional (aspectos subjetivos que son difíciles de valorar y medir el impacto que genera a quien lo recibe (empatía, cariño, sentirse aceptado, acompañado), además incluye aspectos estructurales y funcionales que se tienen que evaluar ya que algunos pueden afectar la calidad de intercambio de los apoyos.

2.11.3 Atributo del vínculo

La evaluación del apoyo social también denominada *atributos específicos del vínculo*, donde esta función es analizada de acuerdo a la situación de las propiedades que presenta esta transferencia. La multidimensionalidad del concepto apoyo social incluye una serie de aspectos tales como: estructura de las redes sociales, tipo de transferencias recibida de las relaciones sociales y las propiedades especiales de ese vínculo.

- *Función prevaeciente*: hace énfasis en la función o su combinación de funciones.
- *Multidimensionalidad*: es la diversidad de funciones que se cumple (puede ser que esa persona con la que se interrelaciona es buena compañía social, y fuente de apoyos informativos, pero no es buena para guardar secretos).
- *Reciprocidad*: se denomina también simetría-asimetría y se refiere al cumplimiento de la función en la relación con la otra persona.
- *Intensidad (compromiso)*: es conocida como el grado de intimidad, es la atracción entre los miembros que permite fortalecer la relación.

- *Frecuencia de contactos*: clarifica que, a mayor distancia, mayor requerimiento de mantener activo el contacto para mantener la intensidad, se considera también, al tiempo que transcurre entre cada contacto.
- *Historia de la relación*: es relativa al tiempo mutuo de conocimiento y experiencia previa de los adultos mayores para compartir y convivir con otras historias semejantes o diferentes (Sluzki, 1996:59-70).

Los componentes estructurales de la red social estructura, función y atributos de los vínculos para efectos didácticos se separan, sin embargo estas variables son interdependientes, son una combinación de funciones.

2.11.4. Fuentes de apoyo de las personas mayores

Las fuentes de apoyo de las personas adultas mayores se clasifican en informales y formales; las informales son: la familia, amigos, vecinos y la comunidad, las redes formales se integran por las estructuras públicas gubernamentales y no gubernamentales con personal o voluntarios (Montes de Oca, 2000). Estas fuentes de apoyo se ubican de acuerdo al vínculo y pueden ser denominadas como: primarias, secundarias/extra familiares y las institucionales o formales. En relación con el sistema informal se constituyen por redes personales y comunitarias no estructuradas, sin personal especializado, ni tiempo establecido, las fuentes formales de apoyo se integran por una organización burocrática, un objetivo específico, con personal o voluntarios en tiempo determinado para lograr las metas (Guzmán, *et al.*, 2003:49). Las fuentes de apoyo del adulto mayor se generan en todos los ámbitos con los él tiene contacto (relaciones humanas se caracterizan de acuerdo al vínculo) de acuerdo a la cercanía del adulto mayor.

2.12. Modelo ecológico: encuadre teórico de la red y los apoyos sociales

El análisis de la red de apoyo social se ha fortalecido teóricamente gracias al modelo ecológico de desarrollo humano que despliega Bronfenbrenner (1979), en el que hace énfasis sobre la interacción permanente del sujeto con sus ambientes mediatos e inmediatos, permitiendo integrar las estructuras de las redes sociales y los intercambio de apoyos que se

generan en su interior. Los aportes teóricos de Lewin (1936), que Bronfenbrenner reconoce como antecedentes de los marcos teóricos que defienden una visión integral, sistémica y naturalista del desarrollo humano. Entendido esto como un proceso complejo, que contiene una atribución de una multiplicidad de factores ligados al ambiente (entorno ecológico), en el que dicho desarrollo tiene lugar. De acuerdo a Santrock (2006), la *teoría ecológica* ha tenido importantes implicaciones en la comprensión del desarrollo del niño y ha sido creada en 1917 por Bronfenbrenner.

La perspectiva ecológica sustentada por Urie Bronfenbrenner, intenta comprender el comportamiento defendiéndolo como consecuencia de un intercambio mutuo y recíproco entre el organismo (persona) y el medio ambiente. En este orden de ideas, el postulado básico del modelo ecológico viene a decirnos que el desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre el ser humano activo -que está en desarrollo-, por un lado y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo. Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso que también se ve afectado por las relaciones que se establecen en esos entornos en los que participa la persona en desarrollo, y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos (Bronfenbrenner, 1979, 2000, 2004).

Este autor, incluye en su modelo cuatro elementos: “Proceso-Persona-Contexto-Tiempo” (PPCT). En éste modelo hay cuatro aspectos interrelacionados que deben de considerarse. Primero el “proceso” se refiere a la relación dinámica del individuo con el contexto. Un proceso tiene lugar a lo largo del “tiempo”. En tercer lugar, la “persona” o el repertorio biológico, cognitivo, conductual individual. Y por último el “contexto” o ambiente ecológico” (micro-, meso-, exo-, macro- y crono-sistema) (Bronfenbrenner, 2001). El modelo ecológico se ha aplicado y desarrollado especialmente por disciplinas como la salud, Torrico, Menéndez y López (2002), realizaron un estudio en psico-oncología desarrollado en España; García (2002), realizó un análisis en el ámbito de la psicología evolutiva y en intervención temprana, realizado en España, Gifre y Guitar (2012), estos autores desarrollaron una investigación sobre las consideraciones educativas del modelo; en su estudio Núñez (2008), aplicó el modelo socio-ecológico, este análisis se realizó con una estrategia comunitaria aplicada en Buenos Aires, Argentina, entre otras.

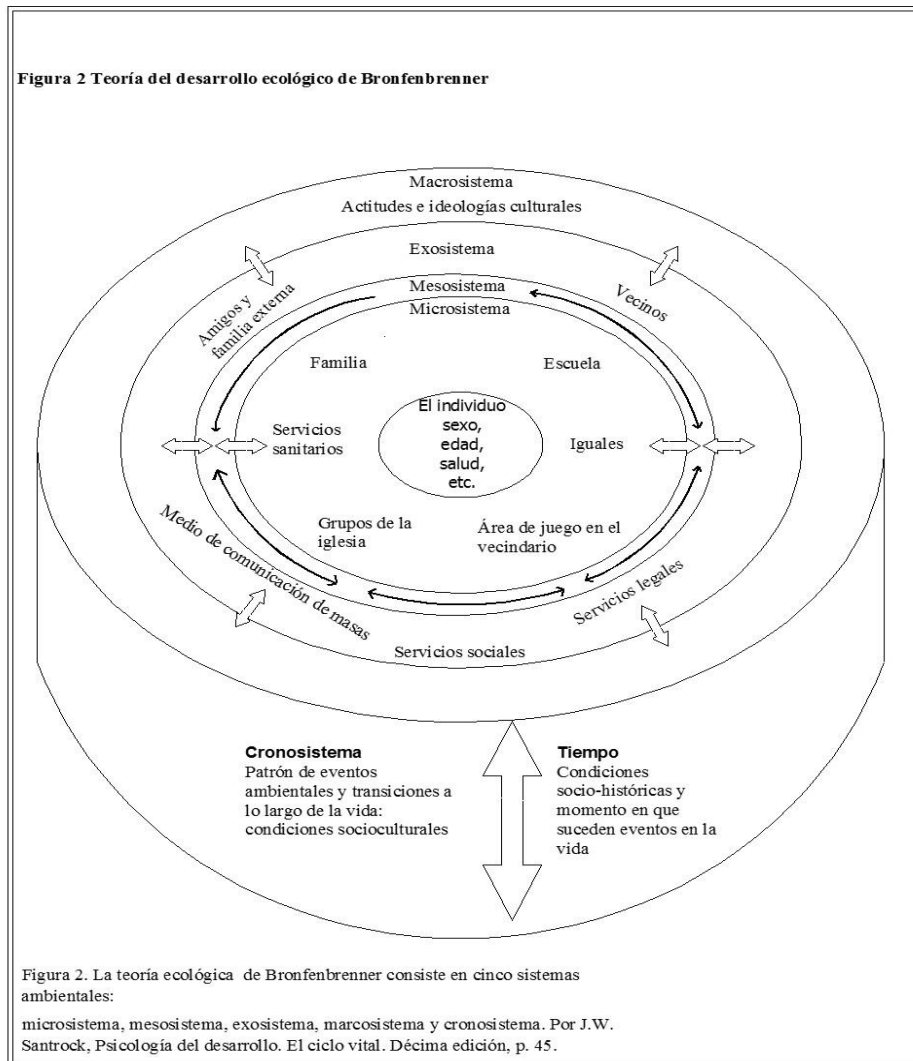
En este mismo orden de ideas, la reinterpretación del *modelo ecológico* que hemos de hacer al Trabajo Social Sistémico a efectos de analizar la red, al apoyo social y a la calidad de vida de los adultos mayores a partir de los espacios grupales en Culiacán, Sinaloa, México. En lo que respecta a esta perspectiva teórica, desde la intervención grupal y comunitaria, las personas tienen interacciones, un rol y desarrollan actividades. Una característica importante del nivel más inmediato donde se desarrolla el adulto mayor es que influye más sobre los participantes cuantos más lazos afectivos se generen entre ellos; como es el caso del espacio grupal donde hay una interacción constante entre adultos mayores, los funcionarios y las personas externas de la institución.

De acuerdo a la perspectiva desarrollada por Bronfenbrenner (1979), entiende a la persona no como un ente sobre el que repercute al medio ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica. Además considera que la interacción entre ambos es bidireccional, caracterizada por su reciprocidad. Y señala que el concepto de “ambiente” en sí mismo es muy complejo, y que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre los distintos entornos y las influencias que ejercen desde otros entornos más amplios. De tal manera, Bronfenbrenner concibe al ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contiene a la siguiente. El autor postula cinco sistemas o niveles que operarían en armonía para afectar directa e indirectamente a los adultos mayores.

Microsistema: se refiere al conjunto de actividades, roles y relaciones personales, que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa (espacio social). *Mesosistema*: corresponde las interacciones de dos o más entornos (microsistemas) algunos ejemplos, son las conexiones entre las experiencias familiares o laborales, las experiencias familiares y las experiencias con iguales. *Exosistema*: se considera a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona si está incluida (ejemplo, las experiencias laborales pueden afectar las relaciones con su marido y con sus hijos). *Marcosistema*: se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden. El *Cronosistema*: corresponde a las situaciones que suceden en diferentes momentos; es decir,

son los patrones de eventos y transiciones que ocurren durante la historia de vida de las personas, al igual que las condiciones sociohistóricas. En este sentido, la teoría ecológica radica en cinco sistemas ambientales (micro-meso- exo-macro y crono sistema).

Los rasgos del modelo ecológico son multivariadas, multisistémicas útiles para comprender las complejas influencias que configuran la calidad de vida de las personas adultas mayores (García, 2002).



2.13. La calidad de vida del adulto mayor

2.13.1. Conceptos de calidad de vida

Las condiciones diferenciales de la calidad de vida hacen difícil de delimitar el concepto en relación de funcionalidad, sin embargo, presenta una característica significativa: su multidimensionalidad; ya que hablar de calidad de vida, como la vida misma, es hablar de múltiples dimensiones, pero además, la calidad de vida de los adultos mayores depende de los determinantes sociales de su contexto y como vive cada uno de ellos. En las últimas décadas se ha generado un creciente interés por emprender el estudio de la calidad de vida, entre las personas adultas mayores, para conocer las dimensiones más importantes y promover estrategias para la satisfacción de las necesidades por parte de las políticas sociales a su favor (Fernández-Ballesteros, 2003). En este sentido, es necesario, identificar los indicadores de la situación de vulnerabilidad del adulto mayor.

Esto justifica la razón de estudiar la relación entre los adultos mayores, su nivel de necesidad, el apoyo demandado y la satisfacción del mismo, en su entorno inmediato, familiar y social en la búsqueda del bienestar o el buen vivir (calidad de vida), desde la perspectiva del desarrollo humano. Carmona y Ribeiro (2009), conciben el bienestar como un concepto multidimensional el cual resulta de la combinación de:

- *Bienestar fisiológico*: se refiere al estado físico del adulto mayor y es medible a través de la presencia/ausencia de enfermedades, la funcionalidad, la percepción de la salud y la autonomía personal.
- *Bienestar social*: representa la participación activa del adulto mayor en la sociedad.
- *Bienestar mental*: comprende el estado de salud mental del individuo, y las ausencias de enfermedades cerebrales degenerativas.
- *Bienestar económico*: constituye a la situación económica de la persona mayor; abarca la satisfacción de las necesidades básicas el ingreso, la vivienda, el acceso a los servicios médicos, entre otras.
- *Bienestar personal*: se refiere al sentimiento de satisfacción actual y vital del adulto mayor, el estado de ánimo positivo y la percepción que tiene la persona de la felicidad (p. 278).

Algunas investigaciones han evidenciado que el bienestar/la buena vida personal de los individuos se encuentran relacionados con las interacción social (Herzog, Franks, Markus, 1998; Okum, Stock, Harig, Witter, 1984). La OMS considera que las interacciones sociales se asocian con la calidad de vida personal en los adultos mayores debido a que permiten la integración y la pertenencia social generada por la autoconciencia de ser socialmente aceptado a partir de la experiencia de sentirse incluido en la corriente de la vida (OMS, 1989). Es decir, las interacciones sociales permiten satisfacer tres necesidades básicas: a) la necesidad de inclusión, b) la necesidad de control, y c) la necesidad de afecto (Carmona & Ribeiro, 2009). Sin embargo, la salud es un elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor.

El bienestar en el envejecimiento, considera, aquel estado en que se minimizan las incidencias y prevalencias de las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes, y se mantiene la funcionalidad física y mental (Ham, 2003). La preocupación por las condiciones de vida de las personas de los diferentes países se observa en los esfuerzos que realizan las comunidades internacionales a través de los acuerdos por lo que, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Se puede observar que este concepto tiene el mismo enfoque que la definición de salud ya que se incorporan las mismas dimensiones: físicas, psicológicas, grado de dependencia, relaciones sociales y entorno.

En la misma postura, Palomba (2002), puntualiza que la calidad de vida es “un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto nivel “subjetivo”, y la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual” (p. 2). Por lo tanto, el concepto de calidad de vida debe ser abordado desde sus dos grandes dimensiones (objetivo y subjetivo), desde las condiciones materiales y su sentir, emociones, experiencias de la vida, y también del acceso a los satisfactores de las políticas sociales a favor de los adultos mayores. Las dificultades para definir el constructo calidad de vida, desde el enfoque

semántico, el término de “calidad “se refiere a características de un objeto en particular (vida), y en cambio la vida es más amplio por que envuelve a los seres humanos.

Una gran dificultad es que la vida puede analizarse desde diferentes enfoques, en este sentido, la calidad de vida debe ser un concepto multifacético (Fernández-Ballesteros, 1998). Los problemas en la diferenciación del concepto conducen a utilizar de manera indistinta el concepto como felicidad, estado de salud, satisfacción con la vida, bienestar. Utilizados bajo la perspectiva de acuerdo a la formación de los investigadores, de esta manera la autora comenta que los economistas desarrollan el concepto de bienestar de acuerdo a los ingresos y la distribución, los ecologistas hacen énfasis en la calidad del agua, del equilibrio en las especies y el medio ambiente.

Los científicos sociales (economistas y sociólogos), se preocupan por el bienestar de la población utilizan medidas socio-económicas, los ingresos, los índices de violencia, la desintegración familiar. Por parte de los psicólogos se enfoca a los aspectos subjetivos como proceso de la vida, la satisfacción por la vida y felicidad sentida, cada enfoque desarrolló una forma de conceptualizar la calidad de vida; desde el punto de vista médico, para garantizar la calidad de vida se apoyan con indicadores epidemiológicos y socio demográficos (índice de mortalidad, esperanza de vida o la mortalidad infantil). En este orden de ideas, como lo escribió Arita (2006):

Desde esta perspectiva, parece ser, entonces, que cada disciplina trabaja independiente de la otra, ya que cada uno es analizado desde su visión, sin embargo es necesario ir cerrando la integración conceptual del constructo desde el trabajo interdisciplinario tomando en cuenta las condiciones objetivas de vida y el proceso de desarrollo humano y la subjetividad (p. 24).

Por otra parte, cabe señalar que, el objetivo fundamental de las Ciencias Sociales es estudiar los fenómenos sociales, sin embargo, están divididas. Esta fragmentación es lamentable a lo que Solís (2005), plantea en sus estudios “dos estrategias posibles para la unificación y la integración. La primera ha fallado, no puede triunfar debido a la especificidad y la naturaleza multifacética y poliforme de los hechos sociales, en cambio la multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, pueden tener éxito” (p. 130). En este sentido, la integración ya está ocurriendo, como ejemplo, la Sociología Política y la Socioeconómica. El éxito en la transdisciplinariedad en las investigaciones sociales se asocia a que cada

fenómeno social tiene dimensiones biológicas, psicológicas, económicas, sociales, políticas y culturales.

Al realizar investigaciones sociales, resulta difícil delimitar los aspectos económicos, lo político y lo social por la interrelación por las tres dimensiones. En este sentido, el concepto *de desarrollo social*, depende de las condiciones estructurales, económicas, históricas, políticas de la sociedad en una época determinada. En concordancia con el pensamiento anterior, se piensa que lo social corresponde a la sociedad y el desarrollo social se entiende como el avance de la sociedad en los aspectos económicos, sociales y culturales, en este sentido, si lo social tiene que ver con el bienestar humano, entonces el desarrollo humano se asocia con elevar el nivel de vida y mejora el acceso de los sujetos sociales a los bienes y servicios disponibles en su contexto (Solís, 2005). Desde el enfoque filosófico del desarrollo humano las numerosas orientaciones teóricas metodológicas se han utilizado para estudiar los efectos de las dificultades socioeconómicas y políticas; una de las vertientes del desarrollo a escala humana (*ibíd.*, 2005) plantea que:

- La satisfacción de las necesidades humanas fundamentales,
- la generación de niveles crecientes de autodependencia,
- la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología,
- la vinculación de los procesos globales (macro) con los comportamientos locales (micro),
- relacionar la planificación con la autonomía y
- la sociedad civil con el Estado (p. 128).

En la misma línea, se plantea la propuesta de asociar el desarrollo con las necesidades humanas, con respecto a esto, se requiere una teoría de las necesidades con el enfoque del desarrollo, donde las necesidades humanas sean el eje fundamental. La *teoría del desarrollo a escala humana* propone tres postulados: 1) *el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos*, 2) *necesidades y satisfactores*, y 3) *la pobreza y las pobrezaas*. En relación al *primer* postulado, en los modelos del desarrollo con enfoque económico, también se le conoce como paradigma tradicional, el indicador en este caso es el más importante en términos económicos (crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) se considera el crecimiento cuantitativo de los objetos, sin valorar como repercute en las personas. Su énfasis es en el crecimiento cuantitativos de los objetos.

Solo se mide la producción sin importar como repercutía en las personas (Solís, 2005), De este modo, es opuesto al enfoque de desarrollo humano, ya que no visualiza las necesidades humanas. Como resultado de las investigaciones se construyeron estas líneas de acción del paradigma de desarrollo humano. De acuerdo al escritor Solís (2005), esta propuesta considera que, “el mejor proceso de desarrollo será aquel que permite elevar la calidad de vida de las personas, misma que dependerá de las posibilidades que tenga el sujeto de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales” (p. 133). Así mismo, se puede decir entonces que, la calidad de vida es el control que tienen las personas en relación a los recursos en dinero, sus propiedades de las que dispone, de las condiciones de salud, de condiciones mentales y físicas, de las relaciones sociales, del conocimiento y capacidades para desarrollarse en las actividades de la vida diaria.

Un desarrollo a escala humana, encaminado en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades humanas (calidad de vida), propone una nueva forma de interpretar la realidad, lo que nos invita a ver y a valorar el mundo, los sujetos y sus procesos. (Max-Neef, 1998). En relación del *segundo* postulado, se hace énfasis en hacer explícita la diferencia fundamental que son las *necesidades* y lo que son los *satisfactores* de esas necesidades desde lo epistemológico como metodológico, se menciona además que:

“La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes debe de entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan simultaneidades, complementariedades y compensaciones; son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades” (Max-Neef 1998:41).

Así mismo el mismo autor, expresa categorías existenciales y categorías axiológicas por lo que permite clasificar, por una parte, las necesidades de *Ser, Tener, Hacer y Estar*; y por otra parte, las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

En concordancia con lo expresado, el sistema de necesidades no solo como carencias, sino como potencialidades humanas individuales y grupales. Relacionándolas como prácticas sociales, formas de organización, valores, que influyen sobre las formas de cómo se expresan las necesidades. El *tercer* postulado de la *teoría del desarrollo humano* lo denomina la *pobreza y las pobrezas* en el que se considera que cualquier necesidad humana

fundamental no satisfecha, revela una pobreza humana y cada pobreza genera una patología, toda vez que se rebasan los límites críticos de intensidad y duración estas se manifiestan a través de: desempleo, deuda externa, hiperinflación, miedo, eufemismos, violencia, marginación y exilio (Solís, 2005:137). En este sentido, la autora continua diciendo, las propuestas que genera la *teoría del desarrollo humano* son: realizar una taxonomía de las necesidades; segundo, identificar a los satisfactores y resaltar sus características. Las relaciones que se establecen entre necesidades y satisfactores hacen una filosofía y una política de desarrollo humanista, que sin duda alguna contribuye a la integralidad de la calidad de vida de la población.

2.13.2. Origen y evolución del concepto calidad de vida

Los antecedentes de la calidad de vida tienen una de las primeras referencias en la definición; Aristóteles, apuntaba que la mayoría de las personas conciben la “buena vida” como sinónimo de “ser feliz”, este destacaba que la felicidad es materia de debate, que significa diferentes cosas para personas y en momentos diferentes. De la misma manera, se observa en la literatura que el concepto de calidad de vida se remonta a mediados del siglo XX, en el marco de los movimientos de indicadores sociales asociadas a las actividades de la Escuela de Chicago (Veenhoven, 1996; Sirgy, 2001; Noll, 2002). De acuerdo con Fernández-Mayoralas & Rojo (2005), estos autores consideran que la evolución del concepto de calidad de vida se desarrolla en un contexto de movilizaciones sociales que generó el cambio del significado con base a los aspectos materiales hacia un constructo más complejo, incorporando aspectos como la salud, calidad en el medio ambiente y en las relaciones sociales.

Cabe señalar que, con la publicación de una revisión denominada “30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de ancianos americanos (Norte americanos) que aglutinaba información, que al respecto se disponía desde la década de los años 50’ lo que provocó paralelamente el uso de conceptos de bienestar, salud y felicidad (Larson, 1978). En los años 80’ los trabajos provenían de las ciencias médicas 10/1 en relación a los trabajos asociados al orden social, a finales de la década los trabajos se invirtieron”. El origen y evolución del término de la calidad de vida desde el ámbito de las ciencias sociales, se

vinculó a los derechos humanos, laborales y ciudadanos. De acuerdo con lo anterior se puede interpretar que los análisis de las condiciones de vida, dieron paso a los estudios de la percepción y valoración de las experiencias.

El concepto de calidad de vida es un constructo que es utilizado de manera común y en la literatura científica con la idea de proponer y justificar cambios que logren “mejorar la calidad de vida”, retomado este concepto en los medios de comunicación con fines de publicidad, sobre la vivienda, la ropa, los coches, también en el planteamiento vital de las personas mediante el cambio de alimentación, ejercicio, estilo de vida, cambio de trabajo se refieren a la calidad de vida. De acuerdo con Fernández (2009), quien considera a “la calidad de vida como un fruto de los procesos que dirigen la transición de una sociedad industrial a una sociedad posindustrial.

Tras la consecución, relativamente generalizada en Occidente, las necesidades consideradas como básicas: la vivienda, educación, salud, cultura” (p. 115), continúa diciendo: el término de calidad de vida (quality), surge en el marco de rápidos y continuos cambios sociales, vinculado al mundo de la industria y asociados a la necesidad de control de los productos elaborados. En palabras de Fernández-Mayorales y Rojo (2005), puntualizan que el concepto de calidad de vida fue inicialmente monopolizado por economistas y políticos para referirse al bienestar material, ha sido utilizado también como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos enfoque que ha dominado en la literatura sobre el termino calidad de vida. Las diferentes formas de aplicar el concepto generan mayor confusión en su conceptualización.

Existe la idea de que la calidad de vida se refiere a la suma de todas las condiciones del nivel de satisfacción de las actividades que desarrolla la persona, desde lo objetivo pero también las percepciones personales, lo que se considera valorativo/evaluativo. La ONU, propone una definición de la calidad de vida que pretende unificar los criterios que la componen, puntualizando que:

La calidad de vida se corresponde con diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal (ONU, 1982:120).

Finalmente, en general una de las características del concepto calidad de vida es, evaluador y valorativo, en palabras del investigador Fernández (2009), quien considera que, hay además unas ideas claves que se aceptan como representativas del concepto:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes objetivos y subjetivos
- Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existen discrepancias acerca de la cantidad real y las características de tales ámbitos.
- Debe de reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos ámbitos puedan ser considerados más importantes para unos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicada por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales (p. 122).

Los debates académicos han centrado la necesidad de unir los elementos objetivos y subjetivos de la calidad de vida, lo que ha generado diversas definiciones, en este punto mencionaremos las siguientes:

1. La OMS (1994), concibe la calidad de vida como la percepción por el individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.

2. La investigadora Arita (2005), define la calidad de vida “como un constructo muy amplio que abarca diversos significados pero en general apunta a la búsqueda de la explicación de la buena vida aquella que se disfruta, que satisface al que la vive y que le produce felicidad” (Arita, 2005:73). Y ha logrado involucrar a diversas disciplinas en el campo de la problematización donde el eje central es el ser humano. El análisis de la calidad de vida se realiza desde los aspectos objetivos y los subjetivos lo que conlleva a un enfoque integral.

3. Fernández-Ballesteros (2003), considera que la calidad de vida es un concepto complejo, difícil de definir en términos de funcionalidad, sin embargo cuenta con unos aspectos elementales que es: la multidimensional, la calidad de vida como la vida misma

tiene aspectos múltiples que dependen de las determinantes sociales de su contexto y como vive cada sujeto.

4. Palomba (2002), puntualiza que la calidad de vida es “un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto nivel “subjetivo” y la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual” (Palomba, 2002:2).

Los enfoque teóricos que se establezcan para definir la calidad de vida, las dimensiones que los investigadores pongan énfasis a la hora de valorar admite analizar algunos aspectos, además se establecerá el tipo de definición que el actor haga de la evaluación de la calidad de vida. Así como lo que se genere con las posibles intervenciones que el enfoque permita llevar a cabo con la población evaluada.

2.13.3. Enfoques teóricos sobre la calidad de vida

Cuadro 2. Enfoques teóricos sobre la calidad de vida

Enfoque	Rasgos característicos
Biologista	Analizar la CV (Calidad de Vida), centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.
Ecologista	Examina la CV centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.
Economicista	Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades
Sociologista	La CV se estudia de acuerdo al conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad, valora la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, servicios sociales ofertados por el Estado y la comunidad.
Psicosocial	Considera la valoración de la persona sobre su propia CV sobre sus emociones y sentimientos, al respecto de esta. Supone los modos de

afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las socio-ambientales desde la percepción personal.

Nota: Elaborado en base a Fernández (2009).

El cuadro 2 agrupa las diferentes posturas de acuerdo a la disciplina, sin embargo al momento de evaluar la CV de los adultos mayores, muestra que este es un planteamiento teórico que al momento de presentarse en la práctica no se lleva a cabo de manera aislada; pues, se presenta el consenso de analizar la CV desde una postura transdisciplinar entre los enfoques biólogo y psicosocial, aunque la valoración se puede elaborar desde los planteamientos de manera integral. El desafío consiste en que los políticos, planificadores, promotores, sobre todo, los actores del desarrollo humano sean capaces de manejar el enfoque de las necesidades humanas, para orientar sus acciones y aspiraciones, con el propósito de buscar elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

2.14. Trabajo Social y la intervención en el campo gerontológico

La cronológica histórica-social se rescata indagando sobre la literatura gerontológica, sobre la base de esta y capturando algunos resultados de los enfoques que originaron diversas prácticas sociales con los adultos mayores, este andamio que da cuenta sobre los fundamentos teóricos a la investigación y la formación académica. Que marca las formas de la experiencia del ejercicio profesional, Paola, Samter y Manes (2011), puntualizan que:

... la gerontología social aparece de manera multi o interdisciplinaria, ya que se refiere a los aspectos no biológicos del envejecimiento, y tiene por objeto de atención las relaciones de interacción psicosocial entre el adulto mayor y su contexto y lo conceptualizan como campo interdisciplinar en el que los múltiples aspectos del fenómeno del envejecimiento humano, biológico, psicológico, social, y cultural interactúan ante nuestra mirada (p. 10).

Es por ello, que para el análisis de este trabajo, se pondera la dimensión psicosocial del envejecimiento. Cabe señalar que, no se ha logrado una conceptualización universal de los adultos mayores, en cada cultura se les denomina de manera diferente: abuelos, ancianos,

viejos, gerontes, adultos mayores; para esta investigación se retoma específicamente el concepto de adulto mayor. El Trabajo Social en el campo de la Gerontología, desde una mirada disciplinar cobra importancia al pensar en la intervención profesional de las diferentes problemáticas que viven los adultos mayores en un determinado contexto social, cultural, político, económico, así como la inserción y participación de estos en los espacios grupales. Cabe destacar las contribuciones de autores que aportan reflexiones importantes sobre la vejez, como Simone de Beauvoir (1970), en el contexto francés y Berenice Neugarten (1996), en Estados Unidos cada una desde su contexto y momento histórico; Beauvoir, plantea que la sociedad asigna al adulto mayor su lugar, su papel, de acuerdo a su idiosincrasia individual, su experiencia, por lo que se condiciona a una actitud práctica e ideológica de la sociedad con él.

De la misma manera, una reflexión de Neugarten, refiere a la edad como una importante dimensión en la organización social, en la forma en que las personas se relacionan entre sí donde interpretan y organizan sus propias vidas. Otra reflexión que aporta a nuestro trabajo es Salvarezza (2002), en el contexto Argentino, este autor plantea que la vejez es un tema conflictivo, no solo para el que lo vive en sí mismo, sino para los que no han envejecido, y los que conviven desde su rol laboral, Médicos, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Enfermeros, familiares o amigos. Por lo tanto, para explicar la problemática social de los adultos mayores necesitamos ver el desarrollo de la dialéctica del nuevo enfoque, lo que permite las reflexiones actuales, tomado en cuenta que para hacer ciencia, varía según el modelo dominante en cada espacio y lugar. Paola y colaboradores (2011), consideran tres perspectivas de desarrollo hasta la actualidad:

- El Trabajo Social *tecnocrático* basado en la construcción de los modelos de gestión social desarrollados en 1960 y la tecnificación neopositivista de la década de 1980.
- El Trabajo Social en *la búsqueda de la especificidad*. En esta perspectiva, trataba de encontrar la estrategia de intervención, que se construye en el campo problemático de la cuestión social, de ahí los riesgos que puedan correrse al reiterar el estudio de los problemas sociales de forma parcelada.
- El Trabajo Social *crítico* que promueva el estudio riguroso de las teorías sociales con el objeto de construir mediaciones que permitan argumentar e intervenir en la nueva dinámica de la cuestión social (p. 21).

Aparece en un primer momento, la idea de que no hay una manera única de interpretar la profesión, para efectos de este trabajo nuestra postura es la del Trabajo Social en el campo Gerontológico, teniendo en cuenta que los distintos enfoques se van construyendo en el entramaje complejo y diverso de la situación social que presentan los adultos mayores. En otra dimensión, es de interés revisar, la edificación de las políticas sociales. Retomando un aporte importante de Esping (1999), quien expresa en su obra *¿Burócratas o Arquitectos?*, “para la mayoría de las legislaturas, la tarea de elaborar políticas consiste en ajustar y adaptar lo nuevo a las leyes y las practicas existentes: los cimientos que ya han sido echados no se cuestionan”. Por lo vale decir que, como de costumbre, son los técnicos, burócratas y abogados los que terminan por dominar la política. Desde el desconocimiento real de las situaciones de los adultos mayores en su cotidianidad.

Al utilizar el concepto de situaciones de los adultos mayores nos admite referir una herramienta oportuna al interior del proceso teórico-metodológico del quehacer profesional, a través del campo problemático, la delimitación de nuestro objeto de investigación y de la intervención. Así, Ludi (2012), puntualiza que, “las situación de la vejez son las condiciones estructurales y contextuales que atravesadas por las dimensiones sociales, económicas, políticas, estructurales, culturales e históricas en las que adquiere sentido la condición humana” (p. 29). En congruencia con lo anterior, cabe señalar que, en el aquí y ahora de los adultos mayores se logra la satisfacción de las necesidades (contribuyendo a mejorar la calidad de vida) o la frustración (generando la vulnerabilidad), donde además se entrelazan en estas situaciones: las relaciones sociales en el espacio familiar, lo grupal y comunitario, y los accesos a los satisfactores de la política social.

Dentro de las necesidades que presentan desde lo individual los adultos mayores está su carácter físico, afectivo, psicosocial y sociocultural, que dan lugar a formar su identidad en sentido amplio. Estas situaciones van conformándose en una dinámica de las relaciones sociales donde se desarrolla el proceso de dar y recibir los apoyos para satisfacer sus necesidades. Consideramos necesario, al momento de reflexionar en la investigación y la intervención gerontológica, diseñar e implementar espacios grupales para los adultos mayores, tomar en cuenta las diversas situaciones de los adultos mayores en un determinado contexto. En esa misma postura, Cazzaniga (2007), expresa que:

En la construcción del edificio del Trabajo Social de hoy aparecen dos tendencias, en la primera, donde la imaginación proyecta un orden político en donde el pensamiento y la acción se manifiestan combinados. En otra, la visión ingenieril del Trabajo Social que transita los caminos de cómo hacer y qué asimilamos como gerencia (pp. 69-70).

Desde este plano, nos centramos en el análisis de los paradigmas, o dicho de otra manera las diversas formas de conocer y de intervenir en la situación social de los adultos mayores como base de los campos problemáticos del Trabajo Social y de la Gerontología. En un primer momento, (Paola, *et al.*, 2011), considera desde el modelo positivista en términos generales que los hechos sociales con rasgos de estabilidad y universalidad dan autonomía a los condicionantes históricos sociales, un enfoque desde el funcionalismo y el estructuralismo. Donde aporta que desde el funcionalismo para estudiar la sociedad hay que analizar de qué modo se combinan las diversas partes. Bajo este paradigma el Trabajo Social se presenta como una tecnología social para disminuir el problema social considerado como los desajustes y estados de déficits de los adultos mayores.

Las diversas reflexiones sobre la intervención de los profesionales de diferentes posturas, “La crítica de esta visión se concentró en el funcionalismo interno de las organizaciones sin prestar atención a los cambios del entorno, la motivación y la moral del trabajo” (Paola, *et al.*:23). Es decir el Trabajador Social es un tecnólogo en la medida en que se limita a las técnicas pre establecidas y considera a los adultos mayores que se encuentran en un momento de declinación y pérdida de capacidades. Desde la práctica profesional y académica se observa que cuando una sociedad no proporciona los satisfactores y las oportunidades necesarias a los adultos mayores.

El desarrollo psicosocial de la población de adultos mayores han motivado a los estudiosos del tema a desarrollar teorías que describen algunas posibilidades psicosociales, ponderando las relaciones familiares y las interacciones que se generan en contextos sociales. Estas teorías se clasifican en tres grupos: las teorías de sí mismo, teorías de la estratificación y teorías dinámicas. *Las teorías de sí mismo (self)* pone énfasis en el núcleo de sí mismo. En palabras de Maslow (1968), la gente busca auto actualizarse o alcanzar su potencial máximo. Esta teoría enfatiza la idea que las personas se definen y expresan a sí mismas, cuando las presiones externas se reducen (Berger, 2009:238-248).

La *teoría integridad frente a la desesperación*, estimada por Erikson, considerada como la etapa final del desarrollo humano, cuando los adultos mayores buscan integrar sus experiencias singulares con la visión de la comunidad. Los adultos mayores buscan desarrollar orgullo y satisfacción, de manera individual y comunitaria. Otros: desesperación “siente que ahora el tiempo es corto, demasiado corto para intentar empezar otra vida o probar caminos alternativos para su recuperación” (Erikson, 1963:269). La *teoría de la identidad* se origina en la quinta etapa de Erikson, identidad frente a la confusión del rol. Conocerse a uno mismo a menudo significa aceptar los rasgos claves de la personalidad de uno mismo, generosidad, timidez, bondad, etc. (Berger, 2009:239).

Desde una óptica sociocultural nacen las *teorías de la estratificación*, estas enfatizan el poder de los agrupamientos sociales, para darle forma en todas las etapas de la vida, estas teorías indagan las formas en que las sociedades organizan a las personas. Las categorías que explora son: la edad, el género y la etnia y el riesgo es mayor cuando se combinan las tres (Berger, 2009:245). De acuerdo con la postura de (Comings y Henry 1961, citado en Paola, *et al.*, 2011). En la *teoría del compromiso*, se pierden los roles tradicionales, pierden disponibilidad o importancia, el círculo social se reduce, lo cual es el resultado del abandono del rol, retiro y pasividad, y los hijos se dedican a su propia familia. Una teoría opuesta totalmente es la de *la actividad* enfatiza que los adultos mayores quieren y necesitan mantenerse activos en con su parientes, amigos y grupos comunitarios y retirarse solo encontrar de su voluntad.

La *teoría de la continuidad*, se centra como mutan las propiedades de sí mismo junto con las transformaciones sociales y biológicas. La idea central es adaptarse al cambio, la continuidad solo es posible si los adultos mayores responden al cambio, esta teoría se pondera en como las personas se acomodan al envejecimiento y a las circunstancias que se estén presentando en su desarrollo. Además, la *teoría dinámica* considera a los adultos mayores como un proceso activo, siempre cambiante, en gran medida autopropulsado, que ocurre dentro de un contexto social específico, que también está en constante cambio. Estas dos teorías tienen su enfoque en la perspectiva de los sistemas dinámicos (Berger, 2009).

El desarrollo la *teoría de la actividad* y la *teoría del ciclo de vital* puntualizan que “La vejez puede considerarse un símbolo de cierre, un momento en el que es necesario

brindar un significado a las experiencias e integrar la comprensión adquirida en el transcurso de los años” (Yuni, Urbano & Tardi, 2005:40). La intervención en espacios grupales como son: los clubes de adultos mayores, los grupos de jubilados entre otras, donde el Trabajador Social es un facilitador que genera motivación, autoestima y apoya para brindar significado a las experiencias vividas.

Interesa además, partir de que existe un paradigma dialectico, fundamentado en el materialismo dialectico influido por la filosofía marxista, que da origen al paradigma crítico para referirnos al modelo epistemológico-teórico-metodológico que se integra con muchas teorías sociales lo que ha generado un avance significativo en la sistematización conceptual. Paola y colaboradores (2011), encuentran que “el paradigma crítico propone que toda acción social, todo significado social, supone una cuota de reproducción, de repetición y de rutina a la vez, representa una posibilidad de creación y de reconstrucción de significados” (p. 25), (véase cuadro 3). De tal manera, que la dualidad del Trabajo Social está inmersa en la relación teoría-práctica con un enfoque dialectico y como tal debe de entenderse. En resumen, se visualiza en cinco momentos:

Cuadro 3. Cronología histórica-social del Trabajo Social con adultos mayores

<p>Primer periodo (1820-1847) Paradigma “asilar”</p>	<p>Su objetivo era vigilar y castigar a quienes deben de educarse, por lo que se les permitían satisfacer sus necesidades más básicas: enfoque pasivo y estaba vinculado a la práctica médica y legal.</p>
<p>Segundo periodo (1947-1955) Perspectiva de la justicia social</p>	<p>El Trabajo Social fue ganando espacios en la medida en que el Estado de Bienestar se expandió. Empieza desarrollarse la Gerontología y las primeras teorías: <i>teoría del desapego</i>, y la <i>teoría de la modernización</i> en el marco estructural</p>

funcionalista. Se reconocen sus necesidades y sus derechos.

Tercer periodo
(1955-1970)
Perspectiva desarrollistas
y la tecnificación

La intervención desde las políticas sociales estuvo marcada por el paradigma de la modernización. Cabe señalar el desarrollo de las *teorías de la actividad* y la *teoría de la subcultura* y la *teoría de la continuidad* desde el paradigma del interaccionismo simbólico.

Cuarto periodo
(1971-2000)
La nueva Gerontología

Los aportes de Neugarten, producen una ruptura a los estereotipos sociales, su enfoque “bio-psico-social de alternativas, plan nacional de acción sobre el envejecimiento aprobado por 124 estados miembros de las Naciones Unidas. Se redactó la Declaración Sobre y Responsabilidades y los Derechos de las Personas de Edad en 1991 lo aprobó ONU. El año 1999, se proclama el Año Internacional de las Personas de Edad. Entre otros eventos internacionales que han favorecido a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Quinto periodo
(2001- hasta la actualidad)

En los enfoques de atención de los primeros periodos su orientación es de carencias donde los adultos mayores eran pasivos, nunca espacios de empoderamiento, se asume el paradigma de derechos. Se auguró

el fin de la Gerontología. *El estudio del envejecimiento tal como se está definiendo actualmente será cada vez menos viable, a medida que la edad sea un criterio menos aplicable. La palabra Gerontología será sustituida por algo como el estudio de las vidas, basado en un concepto del curso vital y como un todo los procesos de cambio desde la infancia hasta la vejez.* (Neugarten, 1996).

Nota. Elaboración en base a Paola y colaboradores (2011).

Como se observa en el recorrido histórico de la intervención del Trabajo Social con adultos mayores, Vélez (2003), encuentra que desde sus comienzos “el Trabajo Social ha privilegiado concepciones limitadas sobre la teoría (tradicional o constructiva) opacando sus posibilidades como orientadora en la búsqueda y construcción del conocimiento, reduciendo la posibilidad a lo instrumental” (p. 24). El reconocimiento de la realidad multidimensional y su entramaje complejo, el Trabajo Social ha buscado aportes de teorías de otras disciplinas, más críticas y más reflexivas, se ha motivado a entrar en ámbitos diferentes a los tradicionales como son el género, derechos humanos y adultos mayores.

La relación entre la investigación y el Trabajo Social es una asignatura pendiente, ya que se ha colocado en segundo lugar, la reflexión de la realidad con el fin de construir conocimientos. Ludi (2005), considera que “puede resultar muy interesante el aporte que pueda hacerse desde la investigación y la extensión universitaria acerca del tema, ya que contribuiría a profundizar una perspectiva teórica diferente a las que impriman en el enfoque Gerontológico” (p. 40). El hecho de situarnos desde una mirada amplia, crítica, reflexiva, compleja, hace que podamos nombrar y comprender mejor nuestro objeto de estudio y la intervención; que podamos trascender el abordaje de la cuestión social del envejecimiento y la vejez desde una particularidad sesgada, marcada por un tipo de pensamiento estructural-funcionalista. La investigación en el Trabajo Social en el campo gerontológico tiene que

ocuparse de los problemas referidos *al contexto, a la acción social y a la especificidad profesional* para el caso de este objeto de investigación y de acuerdo con Vélez (2003), desde tres aspectos:

- La comprensión y caracterización de los contextos está cruzada por las tramas de constitución, desconstitución y reconstitución de los sujetos sociales, siendo las interacciones y estrategias, sociales culturales y simbólicas.
- En el terreno de la acción social merecen especial atención a los análisis críticos sobre programas de acción desplegados desde los ámbitos internacionales, organizacionales y comunitarios, la sistematización de experiencias, los estudios sobre metodologías de acción, viabilidad e impacto social.
- Sobre la identidad y especificidad profesional, conducen a un amplio paquete de líneas de investigación (p. 139).

Estas líneas de investigación nos conducen a facilitar la producción de conocimientos que permita atender la complejidad y el dinamismo que trae consigo las sociedades contemporáneas, esto nos permitirá conocer y ampliar la gama de posibilidades y estilos metodológicos a través de la actividad investigativa y reconstruir el mundo humano y social, permitiendo a los adultos mayores mejorar su calidad de vida, en función de los anterior este estudio pretende contribuir al Trabajo Social Sistémico mediante un aporte teórico metodológico para la promoción de las redes de apoyo social para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

CAPÍTULO III. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En este diseño de métodos mixtos: en un primer momento se desarrolló el ámbito cuantitativo donde se identificaron los rasgos como son: la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel económico, salud y los dominios de la calidad de vida y de manera complementaria; en un segundo momento, se amplió y se relacionaron los datos obtenidos con la interpretación, los puntos de vista de los sujetos y cómo perciben esas representaciones de la vida cotidiana. De tal modo, que el diseño de métodos mixtos, permitió organizar el proceso de investigación en sus fases y llegar a la igualdad en el estatus; detallando la secuencia en la aplicación del método; cabe decir, que ninguno es más importante que el otro, solo varía el orden dependiendo la secuencia de la investigación.

3.1. Población y muestra

La población comprende a todos los adultos mayores (hombres y mujeres) que durante el 2016 formaron parte de nueve espacios grupales ubicados en los Centros de Desarrollo Comunitarios (CDC) Desarrollo Integral para la Familia de (DIF) Sinaloa, en la ciudad de Culiacán de Rosales, Sinaloa, México. La población fue de 381 con una muestra de 114 personas lo que equivale al 40.6% de la población, media de (M= 69 años) el rango de edad de los adultos mayores de 60 a 85 años que corresponde al 92%, su promedio es de 69 años y predomina con un 84% la presencia de mujeres. En general, el nivel educativo es bajo (el 74% cuentan hasta 6 años de estudio el equivalente a la conclusión de la primaria, el 15% de ellos no tiene instrucción educativa) y el 88% sin hábitos de lectura y escritura.

El estatus socio económico, expresa que su nivel es bajo (véase Tabla 1). Además la ubicación geográfica de los espacios sociales reflejan las tendencias de las respuestas de las personas mayores. La ubicación de los grupos se clasificó en: conjunto 1: se ubica como grupo 1 (colonia Industrial el palmito); grupo 2 (colonia 6 de enero); los grupos 4, 7, y 9

(colonia Díaz Ordaz) donde el nivel económico de la población es ligeramente mejor. El conjunto 2: se encuentra formado por grupo 3 (colonia Sinaloa); 5 y 6 en la (colonia Lázaro Cárdenas); el grupo 2 (colonia Revolución), los grupos de este conjunto presentan un nivel socioeconómico bajo.

Tabla 1. Características de los adultos mayores participantes por grupos que integran la red.

Variables	n	Edad	Sexo M/H	Nivel	Nivel
		M (DE)	F (%)	educativo	socioeconómico
				M (DE)	M (DE)
Grupo 1	11	69.42 (6.17)	10/1	2.17 (0.83)	2.55 (0.93)
Grupo 2	11	68.55 (7.76)	8/3	2.27 (0.46)	2.91 (0.83)
Grupo 3	9	62.89 (3.98)	8/1	2.89 (1.05)	4.11 (1.26)
Grupo 4	10	70.20 (6.35)	10/0	2.20 (0.42)	3.90 (0.99)
Grupo 5	16	69.13 (3.44)	14/2	2.19 (0.65)	3.58 (1.20)
Grupo 6	16	70.75 (5.82)	13/3	2.13 (0.61)	2.75 (0.85)
Grupo 7	17	65.76 (6.41)	16/1	2.12 (0.60)	2.94 (0.89)
Grupo 8	12	69.67 (8.09)	11/1	2.17 (0.83)	2.83 (1.03)
Grupo 9	12	74.17 (6.91)	6/6	1.58 (0.79)	2.67 (1.15)

Nota: Sexo se categoriza Mujer/Hombre; los análisis para esta categoría se presentan en frecuencia y porcentaje. Los datos fueron obtenidos mediante el Cuestionario Sociocultural y Aspectos de Salud.

Mediante la tabla 1, se presentan las características de los participantes por cada uno de los espacios sociales, en los cuales se llevó a cabo la investigación. Los participantes fueron incluidos al grupo al que pertenecían; de acuerdo a los datos registrados asisten aproximadamente N=381 adultos mayores. Participantes: n=114, Edad, M=69.02 (DE=6.63); Nivel educativo (M=2.17; DE=0.73). Nivel socioeconómico (M=3.10; DE= 1.10). Mujeres 96 y Hombres 18. La mayoría de los participantes presentan un bajo nivel educativo, esta categoría fue englobada, en: sin instrucción, primaria terminada (lo que equivale a 6 años de estudio), secundaria terminada, preparatoria y otros. El grupo con menor escolaridad de los

participantes fue el grupo 9. También se observó en este grupo la relación entre mayor edad y menor nivel educativo.

Cabe mencionar que los grupos son abiertos y flexibles, los participantes se reúnen una vez a la semana solo dos hora. En ocasiones se ausentan por semanas o por meses por problemas de salud y se integran cuando lo deciden. En este sentido, se realizó un censo *in situ* para determinar el universo de la población. Los criterios de inclusión fueron: ser adulto mayor con más de 60 años, estar afiliado y que asistiera el día que se realizó el trabajo de campo, que aceptara colaborar, que tenga tiempo de contestar los instrumentos y que firmará el consentimiento informado. Además, se excluyeron aquellas personas que no contestaron la mayoría de las preguntas planteadas en los instrumentos. En este sentido, se descartaron 9 instrumentos 6 por falta de respuestas y 3 que iniciaron pero no terminaron de contestar.

Se seleccionó una muestra intencional, dirigida o basada en criterios. Se eligieron juicios significativos para obtener una unidad de análisis, se busca la representatividad de los subgrupos naturales, que se complementen y equilibren, se identificaron los aspectos positivos, los negativos o desviantes Martínez (2006:137). Así mismo, de acuerdo a Hernández-Sampieri y colaboradores (2014), “el procedimiento de selección está orientado a las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (p. 189). Condiciones que permitieron responder los objetivos planteados en la investigación.

3.2. Tipo diseño

Los diseños de investigación no experimentales con *métodos mixtos* se constituyen en un desafío proporcionado en la práctica científica contemporánea que últimamente se están realizando con éxito; Souza (2009), puntualiza que, dada “la implementación de las perspectivas cuantitativas y cualitativas pasaron a ser una nueva forma de aprehender y comprender lo real, sino dos maneras de investigar con campos teóricos propios, delimitados y frecuentemente antagónicos” (p. 53). Cabe señalar, que los resultados lograron ser significativos. Se descubrió la mejor significatividad práctica que maximizó el potencial innovador en la construcción de conocimientos respecto a la calidad de vida y las redes de apoyo social en los adultos mayores. Pardo (2011), afirma que “el diseño que es de tipo

secuencial hace énfasis en la fase cuantitativa a partir de los resultados cualitativos o viceversa” (p. 908).

En este sentido, Pereira (2011), considera que “el estatus dominante: ubica a los diseños de acuerdo al interés que tiene el investigador asociado con los objetivos del objeto de estudio y según la priorización de los enfoques” (p. 8). Su carácter es de tipo *trasversal descriptivo explicativo* se distingue por recoger la información en un único momento en el tiempo de acuerdo a lo señalado por Cea (1996). El objetivo de esta indagación es *trasversal y descriptivo* porque permitió delinear las características de la población, explicó la conducta humana y la estructura de la sociedad desde un enfoque sistémico. En relación con el aspecto *explicativo*, accedió a realizar inferencias como resultado de manejo y procesamiento de datos empíricos y la relación con los referentes teóricos en base al método cuantitativo, con el apoyo de los resultados cualitativos de manera complementaria a fin de dar respuesta a las preguntas de investigación.

3.3. Técnicas de investigación

Las técnicas que se utilizaron en este estudio corresponden a *la observación participante*, el *test* y la *escala* para medir la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores y las redes de apoyo social. La técnica de investigación científica “es un procedimiento típico, validado por la práctica y se orienta a obtener y transformar información necesaria para la investigación. Toda técnica prevé el uso de un instrumento de aplicación” (Rojas, 2011:278). Es decir, la técnica de la observación es la guía de temas a observar, para el test su instrumento es el cuestionario. El autor continúa diciendo que las técnicas están vinculadas a la decisión metodológica del investigador, a su perspectiva teórica y a su orientación filosófica. En este sentido, las técnicas utilizadas en este proceso de investigación responden a una teoría que delinea cada uno de los momentos desde la descripción en la búsqueda de identificar los elementos que definen a los adultos mayores y la caracterización del contexto social donde se desarrollan las interacciones sociales, que le dan significado a este objeto de estudio (Rojas, 2011). A través de la explicación se requieren datos que permitan diseñar el objeto de estudio en relación a las redes de apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores que participan en los espacios grupales.

3.3.1. Observación participante

La observación es una actividad que realizamos de manera cotidiana diariamente. Sin embargo, esta observación usual puede convertirse en un instrumento poderoso para la investigación de los aspectos subjetivos de los actores sociales (Rojas, 2011). La construcción del conocimiento se adquirió con el uso de los cinco sentidos del investigador, con ellos se logró captar la realidad social. Por lo que describió, el sentido de la vista que concedieron las representaciones y las modalidades a través de contemplar, mirar, ver y observar, además se complementó con los sonidos, el tacto y el olfato. Como bien los define, Flick (2004) “observar” como una...” destreza de la vida cotidiana que se sistematiza metodológicamente y aplica en la investigación cualitativa” (p. 150). Reforzando esta posición, desde la perspectiva sociológica, la observación participante Guasch (2002), afirma que “se produce la preocupación por comprender los procesos sociales desde el punto de vista del actor” (p. 24).

De acuerdo al planteamiento anterior, la pertinencia de la observación participante es que, permitió adentrar en los procesos dinámicos donde se desarrollan las interacciones y los intercambios de apoyos sociales de los adultos mayores, a través de las redes al interior del espacio grupal. Como sostiene, el mismo autor (2002) desde el paradigma cualitativo se consideraron dos tipos de observación: la *no participante* y la *participante*, esta última es considerada por los investigadores cualitativos como la mejor estrategia para conocer el punto de vista de los actores sociales. Es decir, implementar esta estrategia en el proceso metodológico de este estudio, permitió penetrar en la intimidad de los actores sociales para conocer sus percepciones, en relación a la contribución a la integralidad de la calidad de vida de los adultos mayores en el contexto de las redes de apoyos sociales. La tarea de este proceder a través de sus experiencias, permitió observar diálogos, gestos, silencios, conductas y comportamientos, su interpretación de las redes de apoyo social, los intercambios de apoyo (materiales, cognitivos, instrumentos y afectivos) y como logran satisfacer sus necesidades.

De tal modo, Rodríguez, Flores y García (1996), plantean cuatro tipos de sistemas de observación de acuerdo a las técnicas y los instrumentos utilizados, los sistemas son: categoriales, *descriptivos*, narrativos y tecnológicos. Para este proceso metodológico, se

retomó el sistema de observación *descriptivo* que se caracteriza por ser abierto y en él la tipificación del problema se realiza en base a procesos concretos o acontecimientos y en conductas. En este sentido, el investigador combinó la *observación estructurada* y la *no estructurada* ya que logró realizar descripciones generales y concluyó con registros más precisos. Un ejemplo es la estrategia de observación del embudo; además ellos aseguran que muchos investigadores utilizan este proceso y explican:

La estrategia del “embudo” se comienza con una observación descriptiva, no se tiene claro que debe de observarse como para que la atención se centre en aspectos claros y significativos; para continuar con la observación focalizada (lo que se observa ahora empieza a responder a cuestiones que son fruto de reflexiones sobre hechos observados) y culmina con la observación selectiva (ya solo observamos aquello que nos permite ubicar con énfasis lo que demanda la investigación (Rodríguez, *et al.*, 1966:160).

Figura 3: Elaboración propia: Estrategia del *embudo* de la observación participante



Figura 3. Representa los momentos cómo se desarrolla la observación participante (estrategia de lo general a lo particular). Adaptado de Rodríguez, *et al.*, 1996. *Metodología de la investigación cuantitativa*, Málaga: Editorial Aljibe.

De tal manera, que el investigador observó de manera general para describir, y después focalizar las categorías que interesaban destacar de acuerdo a las necesidades que se presentaron en el estudio. Finalmente, de manera selectiva, se observaron los aspectos de las unidades de análisis de la investigación. Para complementar la información que se obtuvo con la revisión de archivos, la ficha de identificación de la red, el cuestionario, y la escala de

percepción de la calidad de vida. En este sentido, la observación participante, al igual que otras estrategias de recolección de datos, permitieron obtener los fundamentos empíricos, en palabras de Rodríguez y colaboradores (1999).

Es un proceso deliberado y sistemático que ha de ser orientado por una pregunta, propósito o problema lo que le da sentido y determina a la observación es: qué se observa, quien es observado, cómo se observa, cuando se observa, cuando se registran las observaciones, que observaciones se registran, como se analizan los datos y que utilidad se le dan a los datos (p. 150).

Toda observación sistemática se propone obtener datos sobre la realidad concreta, en esta estrategia debemos de tener muy clara la idea de lo que deseamos observar, aun cuando sea algo imprecisa, esto ayuda a encauzar la atención para seleccionar el aspecto de mayor interés.

3.3.2. Test

El test es una técnica que se utiliza en el método clínico de psicología, es considerado como una fuente valiosa de conocimiento para la investigación. El instrumento para llevarlo al acto es el cuestionario. El propósito de los test utilizados en investigación difiere de su uso en la práctica institucional y profesional. La aproximación conceptual de los test, se entiende como procedimientos o métodos que evalúan la presencia de un factor o fenómeno que comprende un conjunto de *ítems* (preguntas, estímulos, o tareas) que determinan de forma estandarizada y se utilizan para examinar y probablemente para evaluar las diferencias individuales en aptitudes, habilidades, competencias, disposiciones, actitudes o emociones (Anastasi & Urbina, 1997, citado en Muñiz, 2014:3).

En este sentido, en investigación los datos de los test se utilizan para evaluar aspectos tales como las características, las relaciones entre las apreciaciones de los test y otras variables, a fin de contribuir con los conocimientos científicos. Cabe aclarar, que el uso de los test en investigación se deben de tener en cuenta aspectos regulados por estándares legales, éticos y buenas prácticas, 1) el uso de *los test está sujeto a las restricciones* impuestas por los derechos del autor. Los test son elaborados por uno o varios autores o por compañías públicas o privadas. Una vez construidas, el autor del test es el titular de los derechos, por lo tanto está legalmente protegido. Los derechos del autor protegen el título

del test, los ítems, la estructura, el manual, las claves de corrección, las fórmulas de puntuación y en otras ocasiones otros componentes (Muñiz, 2014).

Los profesionales que realizan investigaciones deberán de contar con la capacitación para el buen uso o en su caso el acompañamiento, además del permiso para usar los test. Se recomienda que cuando sea posible el investigador informe a los autores, y reconocer al autor y la fuente cuando se presenten los resultados. Otro aspecto para tomarse en cuenta es el 2) *permiso de reimpresión* los trabajos con *copyright* no deben de reproducirse, exponerse, o distribuirse sin permiso del autor. Está prohibida la publicación del test original o de alguna versión traducida o sus *ítems* en artículos de revista, tesis o páginas *web*. 3) En relación a la *modificación de los componentes*, por ningún motivo se deben de modificar los componentes, porque se pone en peligro la integridad de la prueba. Estas se pueden hacer, en caso de tener permiso por escrito de los titulares de los derechos de autor (Muñiz, 2014).

4) El aspecto del *uso ético de los test en investigación* y en contextos profesionales es muy parecido al componente anterior, se actuó con ética, y profesional en el uso de los test, responsables de su uso, garantizó la seguridad y la confidencialidad de los resultados. Se cumplió con las obligaciones éticas: la necesidad del consentimiento informado, se defendió la seguridad de los materiales de los test y aseguró la confidencialidad de los datos personales. Las personas autorizadas se prepararon y fueron supervisadas por un profesional cualificado. En todo el proceso desde la recogida de los datos, codificación, análisis, realización de informes y publicación de los resultados (Muñiz & Hambleton, 2013).

El aspecto 5) que se tomó en cuenta es *la documentación*; en la investigación científica se requiere una adecuada documentación. El uso de los test se documentó adecuadamente en el apartado de *métodos* de los informes de investigación. La información contiene el nombre del test, edición y fecha de publicación original y la versión adaptada. Aspecto 6) *criterio de intereses*, es importante mencionar que, si el investigador usa alguna fuente de financiación para la elaboración de los test, lo debe de mencionar, además de hacer constar otras relaciones que puedan generar conflictos de interés. Como cuando son contratados por alguna institución (Muñiz, 2014).

Finalmente, 7) *la utilización de los test*; 1) los test pueden construirse y utilizarse para someter a prueba hipótesis innovadoras e investigar constructos que no han sido suficientemente estudiados, para asegurar la obtención de modelos de medida vigorosos; 2) los test en investigación puede no estar estandarizados, los datos estadísticos poblacionales y las propiedades psicométricas pueden ser desconocidas ante la investigación; 3) también pueden usarse a nivel grupal o agregado y no ser utilizados para obtener conclusiones a nivel individual sobre las personas evaluadas (Muñiz, 2014).

3.3.3. Escala

En esta investigación la escala se utilizó con el fin de evaluar las significaciones de la calidad de vida de las personas adultas mayores en correspondencia con las relaciones sociales en los diferentes ámbitos (escenarios donde se desarrollan), con la finalidad de profundizar en el fenómeno del desarrollo de los individuos y su relación con el ambiente, y conocer la percepción de su bienestar. La teoría es importante en la manera en que se establecen los elementos de medición, de tal manera que, esto obliga al investigador a conocer muy bien los elementos teóricos a profundidad; ya que la teoría que orienta la pregunta de investigación.

Por lo que es necesario, tener claridad en las relaciones que se generan en las categorías centrales como son: la calidad de vida, redes de apoyo social y los adultos mayores. Las escalas son de instrumentos de medición que comprenden un conjunto de preguntas y estas, admiten identificar los distintos niveles de las variables teóricas que no son directamente observables. (Rodríguez, *et al.*, 1999) puntualizan que las escalas son “instrumentos de medición que ayudan a comprobar, lo que la teoría busca explicar en los fenómenos existentes que no son visibles, pero que influyen en la conducta, es además de mayor utilidad evaluar los constructos mediante una escala” (p. 19).

Esta es una técnica de medición cuidadosamente diseñada y validada (WhoQol -Bref) Adaptada por la Organización Mundial de la Salud OMS (1996). Es una herramienta WhoQol-Bref (World Health Organization Quality of Life) -versión abreviada del original WHOQOL-100-, creado por la OMS en 1996, que valora la calidad de vida de los adultos mayores. La estimación es en relación a las últimas dos semanas en el momento que se aplica, es contestado por el adulto mayor, para evaluar su percepción a cerca de su calidad

de vida. Esta escala WhoQol Bref se integra por 26 *ítems* o propuestas por el investigador de acuerdo a definiciones teóricas y utilizadas para cuantificar características de los fenómenos sociales, las escalas admiten ser representadas por puntajes.

La calidad de vida ha sido definida por la OMS (1998), como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema y el sistema de valores en que se vive, en relación con los objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Se delinea la calidad de vida en cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (OMS, 1998). Este trabajo tiene como objetivo implementar esta estrategia de investigación para evaluar las significaciones de la calidad de vida del adulto mayor, en correspondencia a las relaciones sociales en diferentes ámbitos, con la finalidad de profundizar en el conocimiento del fenómeno de la calidad de vida de los adultos mayores y que permita lograr los objetivos propuestos en este proceso de investigación.

3.4. Instrumentos de investigación

Los instrumentos para recolectar los datos en la investigación apuntan a mediar entre los marcos teóricos-metodológicos y la realidad empírica, estos instrumentos son *la guía de la observación participante, la ficha de identificación de la red, el cuestionario sociocultural y aspectos de salud y la encuesta para evaluar la percepción de la calidad de vida, WhoQol-Bref*, videos, fotografías y el diario de campo.

3.4.1. Guía de observación participante

La primera técnica que se aplicó, es la observación participante donde el instrumento que permite llevarla al acto es *la guía* o temas que admitan recordar cada uno de los tópicos de las categorías que se requiere documentar. La observación participante de acuerdo la estrategia del embudo, en relación con Rodríguez y colaboradores (1996), se realiza en tres momentos: observación *descriptiva*, la *focalizada* y la observación *selectiva*” (p. 160). En cada una de ellas se organizó previamente la guía de acuerdo a la temática y el momento que se observó. Esta guía de observación permitió registrar todo lo que pude mirar, sentir, oler y

escuchar únicamente; para su complementación se utilizó el diario de campo, se registró cada uno de los detalles y los sucesos más importantes para su análisis como son: las convivencias, los ensayos, las terapias ocupacionales, conversaciones informales, comportamientos ceremonias, fiestas, eventos, los gestos y las expresiones. De esa manera, “el investigador pondrá en juego su potencial creativo para lograr el objetivo” (Souza, 2009:161).

3.4.2. Ficha de identificación de la red

En un segundo momento, se aplicó la ficha de identificación de la red, lo que permitió realizar el inventario estructural y funcional en el espacio grupal. Además, se realizó un censo *in situ* con el fin de conocer la población: se preguntó el nombre, la edad y quienes co-habitan con otras personas y quienes viven solos, además, se utilizó una ficha de identificación (véase anexo 1), de los recursos sociales (inventarios), este instrumento incluye características *estructurales de la red* (relaciones sociales) además, los apoyos atributos funcionales y evaluativos que miden el grado de satisfacción, la frecuencia de interacción y el tipo de apoyo ofrecido y recibido. Este inventario se aplicó en los nueve espacios sociales que integran la red, se complementó con la observación participante, se realizaron conversaciones informales con los participantes y con el personal de la institución. Se registró el número de la red (con número), la ubicación geográfica (dirección y cuadrante en la ciudad), total de adultos mayores que asistieron el día que se aplicaron los instrumentos para recolectar los datos, cuántos hombres y mujeres, frecuencia de contactos (los días y horarios de reuniones).

El personal interno de la institución que los atiende y su situación laboral, además las características del personal externo: voluntarios, líderes de los mismos grupos, prestadores de servicio social y su perfil. Se registraron las actividades desarrolladas en las áreas de interacción (sala de usos múltiples, aula de reuniones, pasillos, área de actividades manuales, área de deportes y en la oficina). Los aspectos que fueron registrados en la guía de observación fueron: participación, ambiente social que vive el grupo, forma de funcionamiento, desde el ingreso de los adultos mayores, los procesos que se generan en la reunión de trabajo entre ellos, las personas que los atienden y las actividades que realizan.

Los aspectos *funcionales de la red* (tipos de apoyos emocionales, cognitivos, instrumentales y materiales), que se generan en las interacciones; además, se realizaron notas de información relevante. Al mismo tiempo, se registraron datos sobre *los atributos* de los apoyos (compañía social, empatía, solidaridad, amistad, tolerancia entre otros).

3.4.3. Cuestionario sociocultural y aspectos de salud

La herramienta de investigación que se integra por el conjunto de preguntas que se usan para averiguar a la gente se le conoce como “cuestionario” (Abarca, Alpízar, Rojas & Sibaja, 2013). En la misma postura; León y Montero (2003), coinciden que el cuestionario es ...“ la forma de preguntar a los sujetos por los datos que nos interesan que tienen todas las preguntas fijas y la mayoría tienen respuestas previamente establecidas para que las personas elijan las que deseen” (p. 129). En concordancia con lo anterior, el investigador tiene la tarea de diseñar el cuestionario, escoger las preguntas que va a incluir, de tal forma que logre dar respuesta los objetivos planteados. Para el diseño se trabaja en el orden, los tipos, grupos de preguntas y la organización. En un primer momento se delinea el encabezado con la identificación del lugar de donde pertenece el investigador y los participantes (fecha, día, hora, lugar), en segundo lugar, se agrupan las preguntas por categorías y sub categorías de acuerdo a las variables y a las preguntas de la investigación.

El cuestionario sociocultural y aspectos de salud, son instrumentos de medición que se integran por un conjunto de preguntas organizadas por temáticas (social, cultural y los aspectos de salud), que permiten generar información significativa para responder a los objetivos del objeto de estudio, Wong, Cotrena, Mojardín y Fonseca (2012). Validado a través de un estudio denominado: *El test de las campanas*, un estudio transcultural en Brasil y México, que fue realizado con 78 adultos saludables de los dos países y la validación del instrumento (cuestionario), fue interpretada por expertos investigadores de Brasil y de México. En este sentido, el proceso del diseño de este instrumento de investigación implica obligadamente la validación del instrumento en palabras de Rojas (2011), quien puntualiza que la validación consiste en:

Un procedimiento que se somete a prueba un instrumento mediante dos formas: la consulta y prueba con expertos, que califican el instrumento y recomiendan modificaciones al diseño, y en

segundo lugar una prueba piloto del instrumento, que se aplica a personas que se asemejan a la población objeto (p. 281).

De tal manera, este instrumento se encuentra validado en población adulta en México y Brasil, permitió obtener los datos sociodemográficos de los participantes. Además, los dominios sociales, culturales y los aspectos de salud, que se presentan en las personas adultas mayores que participan en la investigación. Este instrumento, admite obtener conocimientos amplios de la relación que se da entre las variables redes de apoyo social y calidad de vida.

El cuestionario sociocultural y aspectos de salud (Fonseca, 2011; versión al español de Wong, Cotrena, Mojardín, Gauthier, Joannette & Fonseca, 2012), en este los participantes describen por auto-relato una serie de datos como la edad, sexo, fecha de nacimiento, escolaridad). Posteriormente contestan datos referentes a una evaluación socioeconómica (nivel socioeconómico). Además, la valoración del nivel educativo, proporcionan datos sobre la salud del participante (presencia de enfermedades, uso de medicamentos); seguido de una escala Likert para conocer la frecuencia de los hábitos de lectura y escritura (Escala Fagestrom y CAGE).

3.4.4. Encuesta WhoQol-Bref

La *encuesta* es un instrumento de medición cuidadosamente diseñada y validada (WhoQol-Bref). Adaptado por la Organización Mundial de la Salud OMS (1996). Este instrumento consta de 26 preguntas, cada una con 5 categorías de tipo Likert lo que genera un valor total general relacionado con la percepción de la calidad de vida total y puntajes para cada Dominio: Dominio 1: Físico, Dominio 2: Psicológico, Dominio 3: Relaciones Sociales, Dominio 4: Ambiente. Para la evaluación se realizan sumas parciales de cada uno de los dominios que van de 0 a 100, a mayor puntaje es mejor la calidad de vida (Torres, Quezada, Rioseco & Ducci, 2008). Las preguntas se distribuyen de la siguiente manera: la uno y la dos son preguntas generales, (cómo califica su calidad de vida y su satisfacción con su salud) en la (salud física), Dominio 1: los ítem 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18. En la (salud psicológica) Dominio 2: las preguntas 5, 6, 7, 11, 19 y 26 (relaciones sociales) Dominio 3: los ítem 20, 21 y 22 y el (ambiente) Dominio 4: preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25. Las

puntuaciones son del 1 al 5 (mayor puntuación es más elevado el perfil de la calidad de vida).

De esta manera permite medir la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de manera general o por dominios. Al respecto es preciso destacar, que la *encuesta* se considera buena estrategia de investigación cuando se precisa la información (hechos, opiniones, actitudes), de un gran número de personas, focalizadas en un área geográfica amplia, en un breve periodo de tiempo y su precio es relativamente bajo (Cea, 1996). Este instrumento, se ha validado en diferentes partes del mundo, en México y a nivel regional esta validada en el Estado de Sonora y Jalisco. De tal modo que, permite medir las variables teóricas que no son observables, pero influyen en la conducta como es la percepción de la salud, calidad de vida y sentido de vida.

3.5. Procedimiento para la recolección de datos

Para contextualizar la forma del estudio las redes de apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores. El trabajo de campo se realizó entre febrero y junio del 2016. El diseño de esta investigación se desarrolló en tres etapas: la fase I: Método descriptivo; fase II: Método Fenomenológico y la fase III: se denomina Compensación y Complementación. Se delinea además, la forma para acceder al trabajo de campo. En un primer momento, se solicitó el permiso de las autoridades y se ubicaron los porteros lo que facilitó la información necesaria para la investigación. En seguida se visitaron los adultos mayores en cada uno de los espacios sociales, se socializó el proyecto y se realizó la invitación de manera general. Se buscaron las condiciones para aplicar los instrumentos en una próxima visita. En una segunda visita se les informó a los adultos mayores nuevamente de la investigación y sus objetivos, se leyó en voz alta la carta de consentimiento informado y se aplicaron los materiales de recolección de los datos.

Se realizó una prueba piloto con 12 personas adultas mayores (primer grupo), con el objetivo de valorar si las preguntas se entienden o existen problemas para contestarlas, con el fin de realizar las adecuaciones en los instrumentos, en este caso, se comprobó que se

comprendían a cabalidad y no existió dificultad para responderlas por lo que se procedió a integrar a estos participantes a la muestra total.

3.5.1. Fases del diseño

Fase I: Enfoque Cuantitativo: en la interpretación de las relaciones causales de la calidad de vida de los adultos mayores.

El escenario de este estudio fueron nueve espacios grupales ubicados en la periferia de la Ciudad de Culiacán, Sinaloa, México. Donde se reúnen los adultos mayores dos horas, solo un día a la semana. Primero se realizó la observación participante (primera parte, con el apoyo de la ficha de identificación de los espacios sociales), y la descripción cuantitativa la red social con el apoyo de las variables sociodemográficas. La obtención de datos en el trabajo de campo desde el enfoque cuantitativo accede a obtener la información descriptiva del grupo objeto de estudio, como es: la edad, sexo, estado civil, nivel de educativo y socioeconómico y la valoración de la salud. Por lo que se utilizó el cuestionario socio cultural y aspectos de salud. Descripción cuantitativa de la red social de los adultos mayores y de escenario donde se desarrollan las interacciones sociales.

Fase II: Enfoque cualitativo: la significación del apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores.

Las categorías centrales del objeto de investigación fueron: las redes de apoyo social y la calidad de vida y espacios grupales con adultos mayores; esto para profundizar en el conocimiento de la conducta de los seres humanos de acuerdo a su visión del mundo, dar voz a los adultos mayores, para obtener los significados de los discursos cuyo objetivo es explicar e interpretar las relaciones de las redes de apoyo social con la calidad de vida. El proceso dinámico de dar y recibir apoyo en los adultos mayores y la satisfacción de las necesidades.

Fase III. Compensación y complementación de los resultados cuantitativos y cualitativos.

La composición de una *explicación por extenso* y una *comprensión en profundidad* de los problemas de la calidad de vida y de la salud de los adultos mayores, es precisamente, donde se encuentran su significación y riqueza para la comprensión y explicación del fenómeno, Souza (2009). Es decir, mezclar los enfoques desde lo cuantitativo y lo cualitativo, ayuda para complementar y compensar lo que reconoce la significación de los resultados y lograr los objetivos propuestos en la investigación.

El apartado de la interpretación metodológica, se realizó con los resultados de los datos obtenidos a través del método descriptivo: las variables contextuales, variables sociodemográficas y relacionales, los indicadores que constituyen la estructura de la redes de apoyo social. Para explicar e interpretar las relaciones que generan en la dinámica de dar y recibir apoyos en el envejecimiento. El interés de este proceso de investigación es ampliar el sentido de la compensación y complementación, las investigaciones científicas en la actualidad tienen mayor aceptación. De acuerdo a la postura de Alvira (1983), afirma “la complementariedad y necesidad” (p. 58). En los dos enfoques, se les reconoce como independientes, pero no son contrapuestos lo importante en este caso es, que son complementarios y se pueden armonizar a efecto de dar respuesta a los objetivos de la investigación y el anhelo de construir conocimiento. La complementación y compensación del resultado: integración–interpretativa. Se realiza con los resultados de método descriptivo (variables sociodemográficas contextuales y los indicadores que constituyen las funciones y evaluaciones de las redes) y los resultados del método de la fenomenología (la observación participativa).

3.6. Diseño de métodos mixtos

En el campo de las Ciencias Sociales y de Trabajo Social las investigaciones científicas con diseños mixtos se han incrementado de manera apresurada. Las redes de apoyo social y la calidad de vida que viven en su contexto los adultos mayores, la migración, violencia, la pobreza, contaminación, depresión, drogas, y en general todos los problemas y fenómenos

que estudian las Ciencias Sociales son tan complicados que no es posible utilizar solo un enfoque: cuantitativo y/o cualitativo; son insuficientes para responder a esta complejidad. Los diseños mixtos constituyen una variedad de procesos sistemáticos, empíricos y críticos que enlaza todo el proceso en la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su unificación y discusión para realizar (metainferencias), y lograr mejores resultados del objeto de estudio (Hernández-Sampieri, *et al.*, 2014). Es decir, complementar los aspectos cuantitativos con los aspectos cualitativos con el propósito de lograr los objetivos propuestos.

El sustento filosófico y metodológico de los métodos mixtos tiene su base en el pragmatismo ya que permiten la incorporación de los estudios de los investigadores cuantitativos y cualitativos. Los mismos autores (2014), puntualizan que “el pragmatismo involucra una multiplicidad de perspectivas, premisas teóricas, tradiciones metodológicas, técnicas de recolección y análisis de datos, entendimientos y los valores que constituyen los elementos de los modelos mentales” (Hernández-Sampieri, *et al.*, 2014:552-553). Por otra parte, este sustento de diseño de métodos mixtos permite dar soluciones prácticas y tomar los mejores criterios para un planteamiento de problema particular en un contexto determinado, donde se admite la complementación y compensación.

Las manifestaciones más importantes de estos diseños son: la triangulación, complementación, visión holística, desarrollo, iniciación, expansión, compensación y diversidad (Hernández-Sampieri, *et al.*, 2014). Para este caso, la pretensión de este diseño mixto su enfoque es de compensación y complementación, en correspondencia a la primera, donde se usan datos cuanti–cuali para contrarrestar debilidades potenciales de uno de los métodos y vigorizar las fortalezas de cada método, en relación a la complementación se refiere a que acceda una visión más comprensiva en la utilización de los enfoque cuanti y cuali.

De tal manera, se pretende descubrir con la mejor significatividad práctica que maximicen su potencial innovador en la construcción de conocimientos respecto a la calidad de vida y las redes de apoyo social en los adultos mayores. Pardo (2011), menciona que “el diseño es de tipo secuencial hace énfasis en la fase cuantitativa a partir de los resultados cualitativos o viceversa” (p. 908). En este diseño de métodos mixtos: en un primer momento

se plantea desarrollar el ámbito cuantitativo donde se identifican los rasgos como son: la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel económico, salud y de manera complementaria y en un segundo momento, se pretende ampliar y relacionar los datos obtenidos con la interpretación, los puntos de vista de los sujetos y cómo perciben esas representaciones de la vida cotidiana.

De tal modo, que el diseño de métodos mixtos permite organizar el proceso de investigación en sus fases y llegar a la igualdad en el estatus; detallando la secuencia en la aplicación del método; cabe decir, que ninguno es más importante que el otro, solo varía el orden dependiendo la secuencia de la investigación. En este sentido, Pereira (2011), considera que “el estatus dominante: ubica a los diseños de acuerdo a el interés que se tiene; el investigador asociado con los objetivos del objeto de estudio y según la priorización de los enfoques” (p.8), (véase cuadro 4).

Cuadro 4. Diseño de métodos mixtos: Orden y dominación

Concurrentes	Secuencial
CUAL- cuant	CUAL - cuan / Cual- CUANT
CUANT - cual	CUANT - cual / Cuan - CUAL

Nota: Se representa el orden y denominación sea cualitativo o el cuantitativo, la aplicación puede ser secuencial o concurrente. Pereira, Z. (2011). Los diseños de los métodos mixtos en la investigación en educación: Una experiencia concreta, *Revista electrónica educare*, (xv) 1, pp. 15-29.

En concordancia con lo planteado, en cuanto a la estrategia de clasificación de diseños de los métodos mixtos, esta investigación delinea las siguientes características: método mixto, con estatus dominante concurrente. CUANT-cual (Johnson & Onwuegbuzie, 2004), y la estrategia secuencia explicitaría (secuencia cuantitativa-cualitativa), con la integración de datos en interpretación a través del análisis de contenido, cuyo objetivo es explicar e interpretar las relaciones (Creswell, 2003). En la misma línea de pensamiento,

Pardo (2011), puntualiza que, “los desafíos de la validación en el abordaje de lo cuantitativo y cualitativo; está condición permite reflexiones sobre la transformación que deseamos ya no por separado sino como una membrana que permea la dinámica del proceso” (p. 909). De tal modo que, la observación de la integración de las dos dimensiones (véase cuadro: 5), la guía teórica que proponen los autores y la creatividad del investigador, permitirá resultados que maximicen la significatividad en la construcción de conocimiento.

Figura 4: Construcción del conocimiento científico

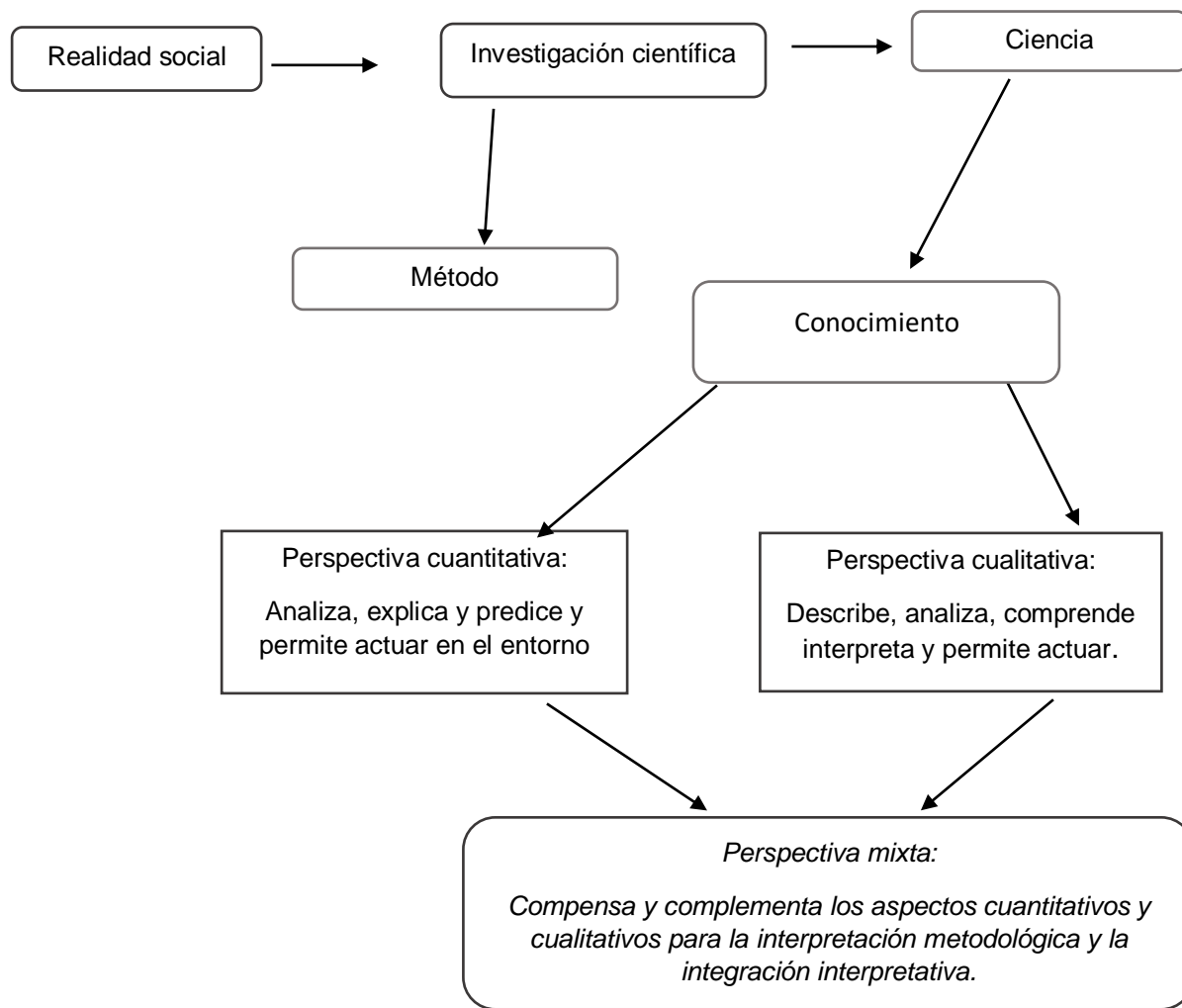


Figura 5. Adaptado y mejorado de “la construcción de conocimiento” texto en cursivas aportación. Por Abarca, Alpízar, Rojas, & Sibaja, G. (2013). *Técnicas cualitativas de investigación*, San José de Costa Rica, Editorial Universidad de Costa Rica UCR.

Los problemas de validez en el método mixto se acentúan por estar en las primeras fases de desarrollo de la comunidad científica desde esta perspectiva. Desde lo escrito por Johnson & Onwuegbuzie (2006), clasifica nueve formas de validez y los problemas asociados que debemos de tomar en cuenta⁴, en la misma postura Pardo (2011), considera que cuando se presentan investigaciones complejas:

Puede ser mayor la probabilidad de conclusiones conflictivas. Del tal modo que esta decisión debe estar sustentada teóricamente y meditada en investigación específica, sopesando la fuerza de las influencias hechas, el proceso de la interpretación de cada técnica, las amenazas a la validez detectadas en cada componente y los posibles anclajes teóricos de cada conclusión (p. 57).

Es decir, no existe un juicio único para interpretar las conclusiones, la articulación está asociada a los criterios de la teoría y por los elementos lógicos que hacen reflexiva a una explicación de los conocimientos encontrados. Aspectos metodológicos que se consideran relevantes para la realización de este trabajo, se describen las técnicas de investigación y las fuentes de recolección de datos para responder a las preguntas y los objetivos planteados en este proceso de investigación, se utilizan técnicas: observación participante, el test socio-cultural y aspectos de salud, la escala para medir la calidad de vida.

⁴Johnson y Onwuegbuzie (2006), puntualiza los problemas de validez tomando en cuenta: la integración de la muestra, la integración interna y externa, minimización de las debilidades, la secuencia, combinación pragmática, conmensurabilidad (visión del mundo “combinada”), validaciones múltiples y política combinada.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis de la calidad de vida en relación con las redes de apoyo social en las personas mayores mexicanas

En este capítulo, se presentan los resultados desde el enfoque cuantitativo los dominios de la calidad de vida y los indicadores estructurales de la red de apoyo, además, desde la perspectiva cualitativa, los elementos que constituyen la red (estructura, funcionalidad y los atributos de los vínculos), vistos como un escenario, los actores, los discursos y el ambiente en relación con los dominios de la calidad de vida. En primer lugar, se presentan los resultados a partir de la puntuación WhoQol-Bref, instrumento que ofrece el perfil de la calidad de vida por dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea la puntuación de cada dominio, mejor es el perfil de la calidad de vida de la persona mayor evaluada. En un primer momento se presentan 4 tablas, donde se describen las frecuencias y porcentajes del ítem por los diferentes dominios (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) de las personas mayores que participaron en el estudio, la tabla 5 expresa la medias y desviación estándar de cada uno de los dominios de la escala. La tabla 6, reporta las comparaciones de las puntuaciones superiores e inferiores por dominio en los grupos, y la comparación de las puntuaciones de los dominios de los grupos de la red. Cabe aclarar que las tendencias de las respuestas de las personas mayores de este estudio, están en función de las puntuaciones de la escala Likert.

En un segundo momento, se describen los resultados a partir de la observación participante y los registros de la ficha de identificación de la red, los elementos empíricos encontrados se organizaron de acuerdo a las preguntas de la escala WhoQol-Bref de la calidad de vida. De acuerdo a las categorías: salud física, salud psicológica, relaciones

sociales y ambiente. Retomando la voz de los adultos mayores, de los funcionarios, personal externo y los registros de la autora. A fin de contrastar estas evidencias empíricas con los autores.

4.1. Análisis cuantitativo de los dominios de la calidad de vida

Tabla 2. Índice de respuesta del dominio 1: salud física

Frecuencias y porcentajes del ítem por dominio de salud física de las personas mayores.

Ítem	Valor	f	%
3 CV_1	1	2	1.7
	2	8	7.0
	3	29	25.2
	4	26	22.6
	5	50	43.5
4 CV_1	1	8	7.0
	2	12	10.4
	3	41	35.7
	4	28	24.3
	5	19	16.5
10 CV_1	1	1	.9
	2	10	8.7
	3	50	43.5
	4	40	34.8
	5	14	12.2
15 CV_1	1	4	3.5
	2	5	4.3
	3	23	20.0
	4	17	14.8
	5	66	57.4
16 CV_1	1	3	2.6

	2	9	7.8
	3	39	33.9
	4	37	32.2
	5	25	21.7
17 CV _1	1	0	0
	2	3	2.6
	3	39	33.9
	4	42	36.5
	5	29	25.2
18 CV _1	1	2	1.7
	2	3	2.6
	3	44	38.3
	4	36	31.3
	5	29	29.2

Nota: Los valores corresponden a los tipos de respuesta a partir de la escala WhoQol-Bref.

De acuerdo la tabla 2 se observa la tendencia de las respuestas (43.5%) de las personas comentan que el dolor físico que ellos sienten, les impide realizar las actividades de su vida cotidiana; asimismo el 35.7% de los participantes reportan necesitar de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria. el 43.5% de la muestra reportan que tienen suficiente energía para realizar las actividades de la vida diaria. El 57.4% de la muestra considera que son capaces de desplazarse de un lugar a otro con facilidad. El 33.9% de las personas mayores de este estudio manifiestan estar satisfechos con su sueño (descanso). Además, el 36.5% de los participantes reportan que están bastante satisfecho/a con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria. Para finalizar, los análisis muestran como normal su satisfacción con su capacidad de trabajo.

A continuación en la tabla 3 se presentan las frecuencias y porcentajes del dominio 2 que es la dimensión de Salud Psicológica.

Tabla 3. Índice de respuesta del dominio 2: Salud psicológica

Frecuencias y porcentajes del ítem por dominio de salud psicológica de las personas mayores

Ítems	Valor	f	%
5 CV _2	1	1	.9
	2	6	5.4
	3	36	32.1
	4	45	40.2
	5	24	21.4
6 CV _2	1	2	1.7
	2	1	.9
	3	25	21.7
	4	56	48.7
	5	26	22.6
7 CV _2	1	0	0
	2	11	9.6
	3	49	42.6
	4	32	27.8
	5	15	13.0
11 CV _2	1	3	2.6
	2	7	6.1
	3	39	33.9
	4	44	38.3
	5	17	14.8
19 CV _2	1	0	0
	2	4	3.5
	3	29	25.2
	4	32	27.8
	5	45	39.7

26 CV _2	1	0	0
	2	7	6.1
	3	31	27.0
	4	40	34.8
	5	37	32.2

En la tabla 3 la tendencias de las respuestas (40.2%), expresan que disfrutaban bastante de su vida diaria. Además 56 personas mayores lo que corresponde al 48.7%, reportan que su vida tiene bastante sentido. La mayor parte de la muestra (42.6%), consideran como normal su capacidad de concentración. Las personas mayores de este estudio (38.3%), manifiestan que son bastante capaces de aceptar su apariencia física. El 39.7%, de los participantes manifiestan estar muy satisfechos con sí mismo. Finalmente, 40 personas mayores lo que corresponde al 34.8% de la muestra, manifiestan que frecuentemente tienen sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión.

A seguir en la tabla 4. Se presentan las respuestas correspondientes el cual explora los aspectos de relaciones sociales.

Tabla 4. Índice de respuesta del dominio 3: Relaciones sociales

Frecuencias y porcentajes del ítem por dominio de relaciones sociales de los adultos mayores.

Ítem	Valor	F	%
20 CV _3	1	2	1.7
	2	7	6.1
	3	19	16.5
	4	28	24.3
	5	54	47.0
21 CV _3	1	24	20.9
	2	8	7.0
	3	29	25.2
	4	12	10.4

	5	21	18.3
22 cv _3	1	0	0
	2	3	2.6
	3	23	20.0
	4	26	22.6
	5	63	54.8

En la tabla 4 la tendencia de las respuestas de las personas mayores, se muestra el 47.0%, que expresan estar muy satisfechos con sus relaciones personales. El 25.2% de los participantes consideran como normal su satisfacción con su vida sexual. Cabe mencionar que nadie respondió que está insatisfecho con los apoyos que recibe de sus amigos/as. Además, la mayor parte de la muestra (54.8%) expresa que estar muy satisfechos con el apoyo que obtienen de sus amigos/as.

En consecuencia se presenta la tabla 5 en relación a del dominio de ambiente.

Tabla 5. Índice de respuesta del dominio 4: Ambiente

Frecuencias y porcentajes del ítem por dominio del ambiente en el contexto de los participantes

Ítem	Valor	f	%
8 cv _4	1	0	0
	2	4	3.5
	3	30	26.1
	4	48	41.7
	5	28	24.5
9 cv _4	1	1	.9
	2	5	4.3
	3	33	28.7
	4	35	30.4
	5	35	30.4

12 CV _4	1	1	.9
	2	56	49.6
	3	49	43.4
	4	6	5.3
	5	1	.9
13 CV _4	1	1	.9
	2	15	13.0
	3	51	44.3
	4	29	25.2
	5	12	10.4
14 CV _4	1	7	6.1
	2	17	14.8
	3	30	26.1
	4	29	25.2
	5	29	25.2
23 CV _4	1	1	.9
	2	1	.9
	3	26	22.6
	4	40	34.8
	5	46	40.0
24 CV _4	1	0	0
	2	3	2.6
	3	28	24.3
	4	43	37.4
	5	37	32.2
25 CV _4	1	3	2.6
	2	6	5.2
	3	20	17.4
	4	37	32.2
	5	47	40.9

En esta tabla 5 se observa que el 41.7% de los participantes expresan estar bastante satisfechos con la seguridad que sienten en su vida diaria. La tendencia de las respuestas (30.4%) consideran bastante saludable y el 30.4%, lo expresan como extremadamente bueno el medio ambiente físico a su alrededor. Al referir si tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades, las personas mayores consideran tener un poco de dinero. En su mayoría las personas participantes (44.3%) manifiestan como normal la información con la que disponen. Así mismo, 30 participantes lo que corresponde al 26.1%, reportan que son capaces dentro de lo normal, de realizar actividades de ocio. De la misma manera, las personas mayores de este estudio, en su mayoría (40.0%) reportan estar muy satisfechos con las condiciones del lugar donde viven. Gran parte de los participantes (40.0%) expresan estar muy satisfechos con el acceso que tienen a los servicios sanitarios. Finalmente las personas mayores participantes en su mayoría (40.9%) manifiestan estar muy satisfechos con los servicios de transporte de su zona.

En la tabla 6 se presenta la media y desviación estándar de cada uno de los dominios que explora el instrumento (WhoQol-Bref) que proporciona el perfil de calidad de vida percibida por las personas adultas mayores.

Tabla 6. Presentación de medias y desviación estándar por grupos (dominios) de WhoQol-Bref.

Categoría	M	DE
Dominio 1 Salud física	15.05	2.50
Dominio 2 Salud psicológica	15.21	2.04
Dominio 3 Relaciones sociales	15.48	3.32
Dominio 4 Ambiente	14.68	2.36

En la tabla 6 se observa que el dominio 3 (relaciones sociales), expresa (M= 15.48; DE=3.32), por lo que, se considera nivel 1 el perfil de la calidad de vida de las personas mayores es el más elevado. El dominio 2 (salud psicológica), manifiesta (M=15.21; DE=2.04), el perfil de la calidad de vida es alto, lo que lo sitúa en el nivel 2. El dominio 1 (salud física), expresa (M=15.05; DE=2.50), el perfil de la calidad de vida de los participantes lo sitúa en el nivel 3. El dominio 4 de (ambiente), reporta (M=14.68; DE=2.36), lo que lo

ubica en el nivel 4 del perfil de la calidad de vida. Finalmente que reporta bajos índices de calidad de vida. Lo que significa que si las puntuaciones son inferiores, el perfil de la calidad de vida es menor.

Tabla 7. Comparación entre los grupos redes de apoyo y dominios de la escala

Grupo	Dominio 1	D 2	D 3	D 4
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
Grupo 1	15.24 (2.49)	14.72 (2.19)	15.05 (4.42)	14.38 (2.15)
La primavera				
Grupo 2	14.59 (2.09)	14.20 (1.33)	15.51 (2.54)	13.96 (2.15)
La esperanza				
Grupo 3	14.28 (2.11)	15.70 (2.08)	14.29 (3.38)	13.77 (2.19)
Nuevo despertar				
Grupo 4	17.52 (1.94)	14.68 (1.84)	18.80 (1.16)	15.95 (0.86)
Nuevo amanecer				
Grupo 5	14.26 (1.54)	14.93 (1.72)	14.45 (2.85)	13.71 (1.21)
Ilusión				
Grupo 6	15.65 (3.02)	16.10 (2.45)	14.83 (4.23)	14.53 (3.519)
La amistad				
Grupo 7	13.80 (2.70)	14.46 (1.84)	15.68 (2.81)	14.27 (2.43)
La buena amistad				
Grupo 8	15.52 (2.66)	16.04 (2.38)	15.88 (3.38)	15.75 (2.15)
La alegría				
Grupo 9	15.33 (2.07)	16.00 (1.63)	15.55 (2.74)	16.20 (2.09)
La aurora				

La tabla 7 expresa: La comparación por grupos: puntuaciones superiores y los inferiores.

El grupo mejor evaluado fue el grupo 4 en relación a los otros espacios sociales reporta los mayores puntuaciones, los que significa que el perfil de la calidad de vida es más elevado, el dominio 3 (relaciones sociales), reporta mayor puntuación (M=18.80; DE=1.16).

El grupo 5 reporta los puntajes más bajos en la mayoría de los dominios de la escala, es el dominio 4 (ambiente), es el menor de este grupo ($M=13.71$; $DE=1.21$) lo que representa, el menor perfil de la calidad de vida de los participantes de este grupo.

Comparación de las puntuaciones de los dominios por grupos.

Dominio 1 (salud física). El grupo 4 presenta la puntuación más alta en referencia al perfil de la calidad de vida en el dominio de la salud ($M=17.52$; $DE=1.94$), el grupo 7 reporta menor calificación ($M=13,80$; $DE=2.70$), lo que representa un menor perfil de la calidad de vida de los participantes.

Dominio 2 (salud psicológica). Grupo 6 expresa la evaluación superior de todos los grupos de la red ($M=16.10$; $DE=2.45$) por lo tanto es más elevado el perfil de la calidad de vida con referencia a la salud psicológica de los participantes. El grupo 2 reporta puntuaciones inferiores en esta dimensión, ($M=14.20$; $DE=1.33$), lo que representa menor el nivel de la calidad de vida de los participantes en relación a los otros grupos que forman parte de la red.

Dominio 3 (relaciones sociales). En el grupo 4 se presentan puntajes superiores en esta dimensión ($M=18.80$; $DE=1.16$), por lo tanto el perfil de la calidad de vida es más elevado. El grupo 3 presenta puntuaciones inferiores en relación a otros grupos que forman parte de la red ($M=14.29$; $DE=3.38$), por lo tanto este grupo, presenta bajos niveles de calidad de vida en el dominio de las relaciones sociales.

Dominio 4 (ambiente). El grupo 9 presenta la puntuación más alta en referencia al perfil de la calidad de vida en el dominio del ambiente ($M=16.20$; $DE=2.09$), el grupo 5 expresa menor calificación ($M=13,71$; $DE=1.21$), lo que representa un menor perfil de la calidad de vida de los participantes.

A seguir se presentan los índices o puntuaciones que expresaron los adultos mayores sobre su percepción de calidad de vida.

Tabla 8. Análisis descriptivo general: percepción de la calidad de vida de los adultos mayores

Valor	F	%
Muy mala	0.00	0.00
Regular	34	29.6
Normal	41	35.7
Bastante buena	22	19.1
Muy buena	18	15.7

En la tabla 8 se observa que la mayoría de ellos (35.7%) de los participantes consideran su calidad de vida como normal.

Tabla 9. Análisis para complementar se realizó una comparación perfiles de la calidad de vida de los adultos mayores por red de apoyo (grupo al que pertenece)

Grupo	M	DE
1. La primavera	2.92	1.08
2. La esperanza	2.73	0.64
3. Despertar	3.67	1.22
4. Nuevo amanecer	4.30	0.82
5. Ilusión	3.31	0.94
6. La amistad	2.63	0.80
7. La buena amistad	3.06	0.96
8. La alegría	3.58	1.16
9. La aurora	3.17	0.93

En la tabla 9 se observa la comparación de los perfiles por grupo que define el nivel de la calidad de vida, más alto y el más bajo. El grupo 4 expresa ($M=4.30$; $DE=0.82$), el perfil más elevado en relación a los otros grupos. Además, el grupo 6 reporta ($M=2.63$; $DE=0.80$), presenta la menor puntuación, por lo tanto, el más bajo perfil de la calidad de vida.

4.2. Análisis cualitativo de los componentes de la red de apoyo social

A partir de los resultados obtenidos con la técnica de observación participante con la estrategia del “embudo”, propuesta por Rodríguez y colaboradores (1996), se inicia con una observación descriptiva no se tiene claro que debe de observarse como para que la atención se centre en aspectos claros y significativos. En este primer momento se utilizó la ficha de identificación de la red (véase anexo 1), para continuar con la observación focalizada (lo que se observa ahora empieza a responder a cuestiones que son frutos de reflexiones sobre hechos que requieren ser observados). En esta etapa se realizaron registros del contexto, conductas, gestos, textos, timbres de voz, símbolos. Culmina con la observación selectiva en este momento ya se observa con énfasis sobre los aspectos particulares de la investigación. En este proceso final se realizaron conversaciones muy puntuales sobre los motivos de participar en el grupo y como interpretan los apoyos cognitivos, afectivos, instrumentales y materiales. Se utilizó el método de análisis de contenido, los datos obtenidos en las observaciones se agruparon teniendo en cuenta el marco teórico previo. En primer lugar, a) *la estructura de la red de apoyo social*, b) *la funcionalidad de la red*, que se integra con las 4 dimensiones escala de calidad de vida. Salud y autonomía funcional, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Finalmente, c) *los atributos del vínculo*.

Estructura la red de apoyo social

La red de apoyo social donde se realizó este estudio está integrada por 9 espacios sociales ubicados en los CDC de DIF Sinaloa. Ubicados en la periferia de la ciudad de Culiacán, (Sinaloa, México), contexto que se caracteriza por las desigualdades sociales y culturales. Ambiente donde los adultos mayores se interrelacionan dos horas, solo una vez por semana. Las personas que en promedio asisten integran el tamaño de la red es 381 de acuerdo al censo *in situ*, con n=114. La densidad promedio es de 40 personas por grupo, la composición de la red amigos, vecinos y conocidos que habitan en la misma área geográfica, de acuerdo a los archivos de la institución; tienen rasgos homogéneos, edad, sexo, nivel educativo y socio económico, de acuerdo a las variables sociodemográficas a partir del cuestionario.

En relaciona a los datos que expresa la ficha de identificación de la red; los funcionarios que atienden a las personas mayores son 5: directoras con diferente formación académica, Médico, Dentista, Secretaria, Trabajadora Social, personal de intendencia y vigilancia, personas externas maestras/os que reciben honorarios por la cuotas de los usuarios en áreas de: manualidades, danza, educación física, yoga, cocina, entre otras. Además, la presencia de prestadores de servicio social de diferentes Universidades. En resumen, los Participantes: n=114, Edad, M=69.02 (DE=6.63); Nivel educativo (M=2.17; DE=0.73); Nivel socioeconómico (M=3.10; DE= 1.10). Mujeres 96 y hombres 18. La mayoría de los participantes presentan un bajo nivel educativo, esta categoría fue englobada, 1) sin instrucción, 2) primaria terminada (corresponde a 6 años de estudio), 3) secundaria y 4) preparatoria y profesional. El grupo con menor escolaridad de los participantes fue el grupo 9. En este grupo, encontramos que la relación entre mayor edad es menor nivel educativo.

Funcionalidad de la red

Los indicadores funcionales de una red social, son aquellos que permiten la colaboración que respete el accionar interdependiente de cada componente. “Como una membrana elástica y flexible que facilite el movimiento, pero que conserve la resistencia necesaria para no desmembrarse” (Chadi, 2007:28). También, la funcionalidad es considerada el intercambio entre los miembros de la red, algunas funciones son la compañía social, el apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, la ayuda material y de servicios, además el acceso a nuevos contactos (Sluzki, 1988:48). Estos tipos de apoyos sociales se describen a continuación en la estructura de las dimensiones de la escala de calidad de vida: *salud y funcionalidad, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente*, de acuerdo a los registros obtenidos en las observaciones participantes.

Dominio 1: Salud y autonomía funcional

El dominio 1 de la escala de calidad de vida hace referencia a la salud física de los participantes de este estudio y se integra por 7 ítems. Los datos que se observan en las personas mayores que integran al grupo muy temprano. Aprovechan para participar en los juegos de mesa (domino y lotería), donde platican, juegan y se ríen, mostrando gestos, lenguaje corporal y timbre de voz que expresan estar contentos. Otra de las actividades donde participan antes de la reunión es el entrenamiento de *cachibol* realizado por más de

una hora, a pesar de las altas temperaturas, pone en evidencia que tienen suficiente energía para su vida diaria y que se pueden desplazar de un lugar a otro. El registro de observación del ensayo de danza regional de un grupo de 15 mujeres mayores. Esta actividad se realiza con el fin de participar en el festejo de día de las madres (magno evento) que organiza DIF Sinaloa, donde se reúnen 20 grupos de adultos mayores.

Lo que observó el autor:

“Se venían contentas, con sus faldas largas y muy anchas, platican, se ríen, bailando de manera muy coqueta, al son de la música”.

Estas acciones de la vida cotidiana dentro del grupo ponen en evidencia que están satisfechas con sus posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria. Los motivos para formar parte de estos grupos alternativos de integración donde se van construyendo sentidos y significados acerca de dichos espacios: soledad, enfermedades, necesidades básicas, la inactividad a través de la creación de vínculos de apoyo y sostén que contribuyan a su bienestar (Ludi, 2012). De acuerdo a los comentarios realizados por las personas mayores expresan estar muy satisfechas con las actividades de la vida cotidiana, como lo es, participar activamente en los cuidados de los nietos y las labores del hogar.

Dominio 2: Salud Psicológica

El dominio 2 contempla la salud psicológica de la escala de calidad de vida de las personas mayores participantes, en este rubro se analizan los apoyos sociales que se generan en los grupos sociales en función de los intercambios afectivos que genera la interacción social, entendida como un proceso de comunicación (Dominique, 1992). A continuación describimos con mayor detalle el contenido de las observaciones y comentarios realizados por los participantes. Poniendo énfasis en los efectos del apoyo social y sus efectos en relación de la salud. En todas las observaciones los registros marcan que las mujeres predominan en todos los espacios que se han visitado, se caracterizan por ser más alegres, participan en todas las actividades, se esmeran por tener un buen arreglo personal aun cuando sus prendas se vean muy usadas.

Retomando el enfoque de Ludi (2012), considera que “el grupo promueve nuevos vínculos, permite que se cumpla la función de apoyo emocional: genera intimidad,

acercamiento afectivo, y comprensión de pares que han atravesado situaciones similares” (p. 53). El grupo les permite disminuir los sentimientos negativos como: tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión, les facilita la relación con otras personas de su misma edad, compartir problemáticas, placeres y gustos comunes.

- Hombre de 64 años comenta que:

“Desde que perdí mi trabajo porque me enfermé, me la pasaba casi siempre desesperado y triste, el grupo está presente como familia y los apoyos también”.

Algunos rasgos observados en el ámbito de la salud psicológica de la red de apoyo social. Merecen resaltar los siguientes elementos: los intercambios que sugieren una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo. En palabras de Sluzki, es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia. Además la función de guía y consejos, las interacciones que permiten compartir información personal o social. Desarrollar habilidades de afrontamiento en las condiciones sociohistóricas y momento en que suceden eventos en la vida (Sluzki, 1998).

Dominio 3: Relaciones sociales

El dominio 3 de la escala de calidad de vida se constituye con tres ítems que guiaron la observación selectiva para explorar las Relaciones Sociales. Entre las características de la red de apoyo social, se expresa la regulación emocional y los vínculos que se asocian frecuentemente con las emociones que se producen en las relaciones sociales al interior del espacio social.

Lo que observa la autora:

“Se esmeran en mejorar su buena apariencia y arreglo personal, así como el orden y limpieza, las actitudes positivas y de convivencia presentes casi todo el tiempo”.

Los datos registrados en los espacios de terapia ocupacional, en el grupo de manualidades manifiestan los intercambios de apoyo en cuanto los aspectos cognitivos donde todas comparte lo que saben, los apoyos materiales se observan con el préstamo o donación de material con el que desarrollan sus productos, pero además se comparte afecto y

compañía social en la convivencia que se genera con la instructora y las personas mayores, que mientras trabajan escuchan música. La manifestación de los apoyos sociales es el grado en que las necesidades básicas son satisfechas a través de otras personas. Su funcionamiento de guía y consejo, de compañía social, son las interacciones para compartir información personal, social, la ayuda material y de servicio significa a elevar la calidad de vida de las personas mayores (Thots, 1986).

Otro comportamiento que se presentó de manera constante es la convivencia en los entrenamientos deportivos, y culturales que se realizan como parte de los programas institucionales como es: la danza, el canto, las caminatas, *cachibol* entre otras.

- Mujer de 42 años (funcionaria) comenta:

“Estoy orgullosa de las jugadoras de *cachibol*, ahora que tenemos maestro, han ganado varias veces en los juegos municipales”.

Lo que observa la autora.

“Un grupo de 5 varones aprendiendo a tocar la guitarra y cantar, sus gestos, su lenguaje corporal, el timbre de voz, expresan que se sienten tranquilos y que son reconocidos por los demás”.

De acuerdo a Lombardo (2015), considera que “una de las fuentes privilegiadas para lograr el bienestar son las relaciones a través de un enriquecimiento de vínculos” (p. 129). En este sentido, el bienestar se vuelve prioritario, por lo que se destina mayor cantidad de recursos cognitivos y de regulación de emociones y buscan evitar situaciones conflictivas o negativas. Una de las observaciones selectivas más frecuentes fue el deseo de participar en espacios fuera del grupo social al que pertenecen. Como es el caso del magno festejo del día de las madres donde participan 20 grupos de adultos mayores del municipio de Culiacán. La participación en los juegos municipales deportivos y culturales, en las excursiones y campamentos (viajes fuera del Estado por 7 días), lo que para ellos significa tener acceso a nuevos contactos. Sluzki (1998) considera que “la apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social de la persona mayor, es potencialmente un atributo de toda relación, pero aparece como rasgo importante solo en algunas” (p. 53).

- Mujer de 72 años comenta:

“Ese sábado es mi fiesta de cumpleaños en el salón que está junto a la iglesia, habrá mucha comida y 5 horas de música viva Banda”.

Otras manifestaciones de apoyos instrumental y material también son acciones frecuentes en los espacios para los adultos mayores, dentro de los programas institucionales se apoya a los grupos vulnerables con una bolsa de alimentos básicos una vez al mes. Los requisitos para lograr este apoyo es, que las personas mayores participen de manera frecuente en las actividades asignadas; como son: la capacitación para el cuidado de la salud, toma de presión, pláticas informativas, participación en los ejercicios, terapias ocupacionales y las que convocan los funcionarios. En este sentido, Durá y Gacés (1991), plantean que, necesitamos tener apoyo social cognitivo, material, afectivo e instrumental, porque en función de la abundancia de este estará el bienestar social e individual de las personas adultas mayores.

Una manifestación más de apoyo instrumental; se registró mujer de 80 años le grita a su compañera mujer de 65 años porque camina con dificultad y sabe que hay muchas piedras y esta de bajada, le ofrece apoyo, comenta que su hija está por llegar espérame un poco y te llevaremos a tu casa. Otro elemento presente en los datos es el ambiente de armonía, platican, ríen, me acerque a un grupo de 5 mujeres y les pregunte porque entraron al grupo.

- Mujer de 70 años comenta:

“Cuando murió mi esposo yo no me levantaba, todo el día pasaba dormida, no me bañaba, no comía y mis hijas me rogaban para que me animará, me invitaron al grupo, me ayudó mucho a superar la pérdida”.

La presencia de los apoyos sociales como resultado de las interacciones sociales se da entre dos o más personas en la que se genera una implicación emocional, ayuda instrumental, información o valoración (Durá & Gacés, 1991). Además, en palabras de Ludi (2007), considera que “quienes viven solos expresan su interés por contar con mayores redes de apoyo (vecinos, amigos, familiares, organizaciones comunitarias e institucionales), para asegurar la realización de actividades de la vida diaria y sostener ciertos grados de funcionalidad y autonomía” (p. 61).

- Hombre de 68 años comenta.

“...yo tomaba mucho no dejaba dinero ni para comer y pelaba con mi mujer y los hijos, me invitaron al grupo, aquí me ayudaron un montón, me sacaron del infierno que no podía salir”.

Durá y Gacés (1991), expresan que “la persona humana sigue mostrando esa necesidad secundaria, en términos de Maslow de “hacerse con los demás” de comunicarse con ellos, de “tenerlos” para que nos sostengan y de sentirse queridos” (p. 257). En este sentido, Caplan (1994), define el apoyo social en dos dimensiones la conexión social y la interacción de ayuda, también considera como objetiva y subjetiva.

Dominio 4: Ambiente

La dimensión 4 de la escala de calidad de vida que refiere el Ambiente se integra por 8 preguntas sobre el contexto y los servicios a los que tiene acceso. Los datos obtenidos en las observaciones participantes, en relación a los accesos a los espacios sociales. Se observó que para llegar a uno del espacio grupal, se caracteriza por estar un una pendiente con muchas piedras y tierra suelta. En palabras de Ludi (2007), considera que los procesos de envejecimiento en situación de pobreza, sin acceso a determinados recursos y servicios, se vuelven altamente problemáticos para los viejos y sus familias (p. 59). Otro espacio grupal se ubica por la carretera a Mazatlán siempre hay mucho tráfico, tiene un puente peatonal que se inició hace más de una década y no se ha terminado, no tiene semáforos o tránsito que los ayude a pasar la calle.

Existen registros de adultos mayores que fueron atropellados y algunos han fallecido, otro de los accesos para llegar al espacios social se caracteriza por estar ubicado en la calle que divide la ciudad, con mucho tráfico vehicular, varias rutas de transporte urbano, de vehículos particulares, de carga y comercio. En el informe publicado de la encuesta intercensal INEGI (2015), menciona que se observan múltiples rasgos de inequidad y pobreza para algunos habitantes que no tienen a su alcance espacios públicos suficientes y de calidad. Tan solo el transito cotidiano desde y hasta sus viviendas requieren de espacios seguros con lo que no todos cuentan.

La infraestructura de los espacios físicos está en malas condiciones ya que fueron construidos hace mucho tiempo, la infraestructura no es amigable con los adultos mayores, no facilitan la movilidad de las personas mayores. En el interior se observan muchos escalones, para llegar a las oficinas, a los baños, cuenta con una techumbre pequeña, con techo de lámina que se calienta mucho con el sol (temperaturas muy altas), este es el único espacio para desarrollar actividades todos los grupos que atiende el personal. No hay árboles, ni jardín, el mobiliario está deteriorado y no es suficiente, se tienen que sentar en unos muros de cemento. Estas evidencias tienen referencia a la pregunta ¿cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?, y ¿cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Encontramos datos que expresan el bajo nivel socio económico, mujer de 64 años llega una hora antes de iniciar la reunión y saluda de abrazo y beso a sus compañeras y abre una bolsa grande donde trae bolsas, ropa y zapatos usados para vender, comenta que su hija que vive en Estados Unidos le manda para que se ayude económicamente, de la misma manera mujer de 70 años vende chorizo de soya y tamales. Estas acciones cotidianas que se desarrollan en los espacios sociales son estrategias que les permiten obtener recurso económico, además, es una motivación de incorporarse a las actividades de capacitación laboral y manualidades que se desarrollan como parte de los programas institucionales. En este sentido, muy acertadas las palabras de Ludi (2012), ya que considera necesario profundizar en el conocimiento del fenómeno del envejecimiento con perspectiva de género, permitiría conocer la triple vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres por ser mujer, viejas y pobres (p. 140). Lo que pone en evidencia que no cuentan con suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas.

Con frecuencia se observa la motivación y el entusiasmo que expresan al mostrar con orgullo las manualidades que han elaborado y que desean vender. Otro elemento que está presente en los datos obtenidos, es la participación de las personas mayores en el programa de capacitación para la salud que ofrecen los funcionarios de la institución. La mayoría de los participantes de este estudio llegan antes del horario establecido, se incorporan a las actividades de terapia ocupacional y/o a los juegos de mesa posteriormente son convocados a las sesiones informativas.

En la vida cotidiana del espacio social se observan acciones como los juegos de mesa, los ensayos de bailes regionales, entrenamientos deportivos, clases de canto, lo que expresa que los espacios de y para personas mayores ofrecen las condiciones para motivar y desarrollar las posibilidades de realizar actividades de recreación. Las actividades de la vida diaria manifiestan la participación de las mujeres en estas actividades; esto toma su sentido más que, si se le sitúa en una perspectiva interaccional, Dominique (1992), “desde el hecho relacional donde los comportamientos de una persona mayor, no se comprenden más que en las relaciones que las unen a los comportamientos de los demás” (p. 98). El ser humano descubre que el sentimiento de controlabilidad de su medio ambiente le vendrá dado en base a su eficacia en las relaciones interpersonales con los demás (Durá & Garcés, 1991). Además la misma eficacia de sus actividades cotidianas puede verse alteradas con la presencia de otras personas.

Atributos del vínculo

La importancia de incorporar la variable de los atributos del vínculo tiene efectos muy importantes para las personas que trabajan en redes; en un primer momento, la exploración de la red personal de los adultos mayores se hace “visible” para el personal y el usuario. Permite observar los comportamientos de los adultos mayores e identificar actitudes negativas que permita encender la alerta. Además visualizar los tipos de apoyos y el proceso para hacer los más efectivos. De acuerdo a los datos registrados en los grupos de manualidades y de capacitación para el trabajo. Las *funciones prevalentes* de los vínculos son de carácter afectivo y cognitivo, en el desarrollo de la elaboración de las manualidades comparten información personal, social y conductas positivas con muestras de aceptación, empatía, respeto y tolerancia. Además, de generar apoyos materiales e instrumentales, se observa el intercambio de material o ayuda para lograr elaborar su producto.

En palabras de Dominique (1992), considera que “la experiencia de “nosotros” reúne varias subjetividades que se encuentran en una percepción o acción (pero siempre es experimentado por una conciencia particular” (p. 61). En este sentido, está evidente la *multidimensionalidad del vínculo* que se establece en las diferentes interacciones; es decir, con el ejemplo anterior, cuántas funciones cumple una amiga que proporciona compañía social, además es confidente, escucha y es excelente consejera. El atributo de *reciprocidad*

llamado también “*simetría-asimetría*” de acuerdo al caso anterior, los comportamientos observados en este escenario, donde este rasgo tiene que ver con si tú cumples con esa persona de la que recibes el apoyo con el mismo tipo de funciones, en este sentido, los apoyos afectivos y cognitivos en este grupo, son recíprocos, las muestras de aceptación y empatía están presentes, los gestos, la expresión corporal, los timbres de voz. Mostrando *la intensidad* o el grado de compromiso o grado de intimidad entre los integrantes.

La característica de *frecuencia de contactos* al respecto, cabe aclarar que, a mayor distancia, mayor requerimiento de mantener activo el contacto para mantener la intensidad, por lo que se observa que, hacen esfuerzos para disfrutar al máximo esos momentos ya que, la próxima reunión se llevará a cabo en una semana y solo dos horas, razón por la que llegan con mucho tiempo antes de iniciar la reunión formal con los funcionarios.

Finalmente, el atributo de la *historia de la relación*, de acuerdo a los datos obtenidos a través de la ficha de identificación, en los registros de los archivos en la institución, donde se comprueba que la mayoría de los adultos mayores fueron fundadores de los asentamientos donde han vivido por mucho tiempo; es decir, se conocen desde hace mucho tiempo, han compartido y convivido eventos que marcan la historia de su área geográfica. Por lo que la experiencia previa de activación del vínculo esta permeada de vivencias y experiencias que fortalecen su identidad y su historia.

Estos ejemplos de los atributos de los vínculos en las relaciones sociales son *variables interdependientes*. Por ejemplo, se manifiesta la combinación de funciones de los vínculos, el caso de que la mayoría se conozca, que tengan una relación con mucha historia en común, mantiene intensidad aun, cuando los contactos nos sean muy frecuentes (reunión una vez a la semana solo por dos horas) se mantiene la intensidad y confiabilidad del vínculo.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

En este capítulo, se discuten los resultados del estudio, con el objetivo de revisar los referentes teóricos de este trabajo, con el fin de que la teoría funcione como base para los aportes empíricos. En el afán de construir un andamio teórico entre los autores y los hallazgos de la investigación, y esto permita dar cuenta de esta relación, en forma organizada, desde el enfoque del Trabajo Social Sistémico. Donde el propósito general es explicar los rasgos de los dominios de la calidad de vida y su relación con las redes de apoyo social de los adultos mayores que asisten regularmente a los grupos de instituciones gubernamentales.

5.1.1. Rasgos de las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores mexicanos

En función de los resultados expresados anteriormente se pretende dar respuesta a la pregunta número 1. *¿Cuáles son los rasgos de las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores que participan en el espacio social y su relación con la red de apoyo social?*

Dominio 1 (salud física)

En relación con los resultados de la tabla 2, expresa que en su mayoría (43.5%) de las personas comentan que el dolor físico que ellos sienten, les impide realizar las actividades de su vida cotidiana, asimismo el 35.7% de los participantes reportan necesitar de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria. El 43% de la muestra reportan que tienen suficiente energía para realizar las actividades de su vida diaria. Los resultados muestran que aun cuando expresan de tener dolores físicos y necesitar tratamiento médico los adultos mayores manifiestan tener energía para participar en el espacio social.

Investigaciones nos indican que al envejecer, se aumenta la posibilidad de padecer alguna dolencia o enfermedad. La presencia de enfermedades crónicas con dolencias que surgen de manera paulatina y se presentan de larga duración.

De acuerdo al reporte de salud publicado por INGER (2016), donde se expresa que quien hoy cumple 60 años de edad en México puede esperar vivir 22 años más, pero probablemente pasará los últimos cinco años de su vida con alguna discapacidad (p. 20). La salud depende de una compleja interacción entre el cuerpo, la mente y los mundos social y espiritual (Cantera, 2004 p. 45). Los aportes teóricos de Arita (2017), plantean que “los trabajos relacionados por la Psicología de la Salud alrededor de la calidad de vida, se contempla una vertiente muy significativa que considera la salud general del individuo bajo un paradigma biopsicosocial” (p. 58).

En este sentido es significativa la motivación que presentan los adultos mayores al decidirse formar parte del grupo, con el fin de trabajar para solucionar problemas en común, con el tiempo no solo continúan reuniéndose, sino que invitan a otras personas, esto tal vez, se pueda interpretar como que en el espacio social (contexto), está funcionando bien y que sus integrantes se sienten mejor. Además, se estableció una relación entre el apoyo emocional y el mejor funcionamiento de los individuos que padecían enfermedades cardiovasculares (Santrock, 2006, p. 632). Las referencias bibliográficas muestran que un factor relacionado con los problemas de salud durante la vejez fue la escasez de recursos económicos. De esta manera, la proporción de adultos ancianos con escasos recursos que afirmaba que su capacidad de actividad se veía limitada por algunas enfermedades crónicas triplicaba a la de los adultos ancianos con ingresos más elevados limitada (Santrock, 2006).

En ese mismo orden de ideas, Krassoievitch (1998), expresa que las personas mayores que reciben un mayor apoyo social, a través de llamadas telefónicas visitas con amigos, familiares y que participan en actividades sociales, gozan de mejor salud. De manera opuesta, se plantea que la ausencia de vínculos sociales estables y carencia de recursos validos en las personas mayores aumenta la posibilidad de enfermarse; es decir, la presencia de determinados vínculos y relaciones sociales pueden promover la salud y proteger a las personas mayores contra de las enfermedades (Musitu, Herrero, Cantera & Montenegro, 2004).

Dominio 2 (Salud Psicológica)

En relación a los resultados que refiere el dominio 2 (salud psicológica) de la encuesta. En la tabla 3 los participantes en su mayoría (40.2%) expresan que disfrutan bastante de su vida diaria. Además 56 personas mayores lo que corresponde al 48.7% reportan que su vida tiene bastante sentido. En la pregunta 26 de la encuesta ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?, 40 participantes lo que corresponde al 34.8% de la muestra manifiestan que *frecuentemente* tienen sentimientos negativos, (puntuaciones del 1 al 5, esta corresponde al 4), de la misma manera, 37 personas mayores lo que corresponde al 32.8% expresan que *siempre* tienen sentimientos negativos (dentro de la puntuación corresponde al 5 nivel más alto de acuerdo a la frecuencia de la escala).

En lo que se refiere a los porcentajes agrupados son el 67.6%, lo que significa más de la mitad de la muestra presenta sentimientos negativos. En la teoría de Erikson (1963), luego que se confronta la identidad, las personas experimentan intimidad frente al aislamiento. Esta crisis se origina del deseo poderoso de compartir la vida con alguien más. Sin intimidad los adultos mayores sufren soledad y aislamiento (Berger, 2009:61). En ese mismo orden de ideas, en la sexta de ocho etapas del desarrollo según Erikson (1963) “los adultos buscan alguien con quien compartir sus vidas en un compromiso duradero y sacrificado. Sin dicho compromiso, se arriesgan a una profunda soledad y aislamiento” (p. 263).

En palabras de Herrero (2004), plantea que, para comprender el comportamiento de las personas en los sistemas, es necesario ampliar la unidad de análisis desde la persona al sistema (p. 58). Desde la óptica del modelo ecológico se considera que la influencia de los entornos está en los diferentes contextos. El (nivel) entorno próximo y el más alejado influye en las personas mayores. En este orden de ideas, los participantes de este estudio, viven en condiciones de pobreza. En general, el nivel educativo es muy bajo (el 74% cuentan hasta 6 años de estudios, el 15% de ellos no tiene instrucción) y el 88% en cuanto al estatus socio económico expresa que su nivel es bajo (véase Tabla 1). Por ejemplo, el macrosistema considerado como el entorno más alejado (la sociedad) se ubica, la cultura, en este contexto, se generan los patrones de intercambios, los valores, la moral, los factores económicos,

educativos que condiciona la vida cotidiana, al integrarse en ella, es capaz de conocer y participar en otros sistemas (Herrero, 2004).

De acuerdo a las *teorías de desarrollo psicosocial: teorías dinámicas* (de sí mismo), y la *teoría de la estratificación* ponen su énfasis en el cambio y reajuste. Consideran a las personas como un proceso activo, siempre cambiante (Berger, 2009). Existen acontecimientos vitales en el desarrollo específico de cada adulto mayor que marcan de manera especial la etapa evolutiva que viven, el matrimonio/viudedad, nuevo empleo/retiro laboral, accidente, cambio de vivienda, etapa del nido vacío (Santrock, 2006). Los adultos mayores que no logran superar estos acontecimientos vitales les provocan estrés y disminuye la percepción su calidad de vida.

De acuerdo al informe INGER (2016) expresa que el maltrato en el ámbito familiar a las personas mayores es un grave problema de salud pública y de derechos humanos que requiere mayor atención, pues cada año afecta a millones de mexicanos (p.44). El maltrato psicológico es el más común, seguido de físico y el económico. Razón por la que los adultos mayores, valoran de manera significativa la participación en otros espacios comunitarios, recreativos, religiosos fuera del hogar. En este sentido, cuando los contextos permiten múltiples y variadas interrelaciones entre los distintos sistemas sociales. El bienestar psicosocial de las personas mayores se ve potenciado; cuando la sociedad en la que vive, les permite desplegar toda actividad (Herrero, 2004, p. 67).

Se considera a la *teoría socio emocional*, como la regulación emocional de un esfuerzo voluntario por modificar las reacciones o estados emocionales. Una función significativa de la red es que proporciona apoyos afectivos. De tal manera, se pone en evidencia que, es una forma de evitación en situaciones de tristeza y enojo de las personas mayores, quienes preferían estar solos, no sucedía lo mismo en situaciones placenteras; en estas, se asociaban (Lombardo, 2015). Los adultos mayores con habilidades de afrontamiento mejoran su nivel de percepción de la salud psicológica.

Dominio 3 (Relaciones Sociales)

Lo que refiere a los resultados de la encuesta del dominio 3 (relaciones sociales). En la tabla 4 se observa que el 47.0% de las personas mayores, expresan estar muy satisfechos con sus relaciones personales. Esta satisfacción depende del contacto continuo con sus familiares y sus amigos. Dentro de su grupo íntimo, en lo familiar, el cónyuge es el apoyo más importante de la persona. Para Berger (2009), “las personas que viven en matrimonios de larga vida perciben estar más satisfechos con sus relaciones y cuidan la salud del otro. Como consecuencia, los adultos mayores casados tienden a vivir más felices y más saludables que los solteros” (p. 271). La mayoría de las personas que son abuelas, manifiestan estar satisfechas con su nuevo rol. A lo que plantea Santrock (2006), “existen diferentes roles y estilos de abuelos, las que pasan mucho tiempo con los nietos y hay quienes suelen relacionarse con el deseo de mantener vínculos entre generaciones” (p. 608).

Parlee (1979), considera que la amistad constituye una forma de relación cercana que incluye disfrute, nos gusta dedicar tiempo a nuestros amigos, la amistad tiene diversas características: aceptación, confianza, respeto, ayuda mutua, confidencialidad, comprensión y espontaneidad. Congruente con los rasgos que presentan las interacciones en el grupo. En las características de la red de apoyo social, se expresa la regulación emocional y los vínculos que se asocian frecuentemente con las emociones que se producen en las relaciones sociales al interior del espacio social.

Cabe destacar que, los resultados obtenidos de acuerdo a la pregunta de la escala sobre ¿qué tan satisfechos están con los apoyos recibidos por sus amigos?; la mayor parte de la muestra (54.8%) expresa, estar muy satisfechos con el apoyo que obtienen de sus amigos/as. Es importante mencionar que nadie respondió que está insatisfecho con los apoyos que recibe de sus amigos/as. Los apoyos indican los tipos de intercambios que se generan, estos pueden ser, materiales o simbólicos. Sluzki (1998), las funciones que desarrollan son tres básicamente: a) apoyo emocional, que fomenta el bienestar afectivo y genera una sensación de sentirse querido, b) apoyos cognitivos o informacional que refiere las asesorías o consejos que permiten resolver problemas prácticos, favorece a la adaptación al contexto en el que se desarrolla el adulto mayor, y c) los apoyos materiales o instrumentales, ayudan a solucionar actividades de la vida diaria; pueden ser en especie; permanente o de manera ocasional y la

ayuda instrumental son los tipos de apoyos que se hace para disminuir la sobre carga de tareas (Díaz, 2014).

Desde la perspectiva de los recursos y funciones se pueden analizar diversos conceptos de apoyo social comprobando como alguna de ellas sobre salen más que otros. Caplan (1974), conceptualiza el apoyo social como la guía que unas personas proporcionan a otras y les facilita manejar emocionalmente los acontecimientos vitales que viven en esta etapa de su vida. En ese mismo orden de ideas, House (1981), plantea que los apoyos son transacciones interpersonales de dos tipos: de interés o apoyo emocional, de ayuda instrumental, de apoyo cognitivo (información para resolver problemas de la vida diaria) o de apoyo evaluativo (información para evaluar su propia actuación). Congruente con lo anterior, las interacciones de la vida cotidiana de los adultos mayores presentan manifestaciones de apoyos instrumental y material. También son acciones frecuentes en los espacios para los adultos mayores.

La presencia de los apoyos sociales como resultado de las interacciones sociales se da entre dos o más personas en la que se genera una implicación emocional, ayuda instrumental, información o valoración (Durá & Gacés, 1991). Además, en palabras de Ludi (2007), considera que “quienes viven solos expresan su interés por contar con mayores redes de apoyo (vecinos, amigos, familiares, organizaciones comunitarias e institucionales) para asegurar la realización de actividades de la vida diaria y sostener ciertos grados de funcionalidad y autonomía” (p. 61).

- Hombre de 68 años comenta.

“...yo tomaba mucho no dejaba dinero ni para comer y pelaba con mi mujer... y los hijos, me invitaron al grupo, aquí me ayudaron un montón, me sacaron del infierno que no podía salir”.

Las necesidades fisiológicas y psicológicas en caso de faltar, estas requieren ser satisfechas, de no ser así se agravarían las tensiones surgidas. Tensiones que se manifiestan en estrés o ansiedad o llegan a estados de ánimo depresivos; por el contrario, al ser satisfechas, se reduce la tensión y se experimenta una sensación de bienestar (Arita, 2017:58-59). Durá y Gacés (1991), expresan que la persona humana sigue mostrando esa

necesidad secundaria en términos de Maslow de “hacerse con los demás” de comunicarse con ellos, de “tenerlos” para que nos sostengan y de sentirse queridos (p. 257). En este sentido, Caplan (1994), define el apoyo social en dos dimensiones la conexión social y la interacción de ayuda, también considera como objetiva y subjetiva.

Dimensión 4 (Ambiente)

Los resultados de la tabla 5 refieren al ambiente; este dominio se integra por 8 ítems que analizan las condiciones que determinan el contexto donde habitan las personas mayores de este estudio. Los ámbitos que se retoman son: la seguridad que sienten en su vida, cómo de saludable es el ambiente donde viven, disponen de información necesaria para desarrollar su vida diaria, hasta qué punto tienen oportunidad de realizar actividades de ocio, cuenta con dinero suficiente para cubrir sus necesidades, su satisfacción con el lugar donde vive y como prescribe los servicios sanitarios y de transporte de su zona.

En lo que se refiere a el medio ambiente físico a su alrededor 30.4% de los adultos mayores consideran *bastante saludable* y el 30.4% lo expresan como *extremadamente bueno*. Por tanto, los porcentajes corresponden al 60.8%, más de la mitad de la muestra otorga (puntuaciones 4 y 5 de la escala); por lo que representa una buena percepción del medio ambiente físico a su alrededor. Sin embargo, los datos registrados expresan que los accesos a los espacios sociales: se describen solo 3/9 de ellos. Se observó que para llegar a un grupo se caracteriza por estar en una pendiente con muchas piedras y tierra suelta. Otro espacio social, se ubica por la carretera internacional a Mazatlán siempre hay mucho tráfico, tiene un puente peatonal que se inició hace más de una década y no se ha terminado, no tiene semáforos o tránsito que los ayude a pasar la calle a los adultos mayores. Existen registros de adultos mayores que fueron atropellados y algunos han fallecido.

Otro de los accesos para llegar al espacios social se determina por estar ubicado en la calle que divide la ciudad, con mucho tráfico vehicular, varias rutas de transporte urbano, de vehículos particulares, de carga y comercio. En el informe publicado de la encuesta intercensal INEGI (2015), se menciona que se observan múltiples rasgos de inequidad y pobreza para algunos habitantes que no tienen a su alcance espacios públicos suficientes y de calidad. Tan solo el transito cotidiano desde y hasta sus viviendas requieren de espacios seguros con lo que no todos cuentan. En palabras de Ludi (2002), considera que los procesos

de envejecimiento en situación de pobreza, sin acceso a determinados recursos y servicios, se vuelven altamente problemático para los viejos y sus familias (p. 59).

En relación a la satisfacción que manifiestan los adultos mayores el 40% se sienten satisfechos con las condiciones del lugar donde viven, con los servicios sanitarios y el 40.9% expresan estar muy satisfechos con el transporte de su zona. Estos se pueden interpretar, en razón de que la mayoría de los participantes viven en la misma zona geográfica, comparten y conviven desde hace mucho tiempo su historia de vida (Archivos DIF, 2016). Lo que les permite una buena percepción del ambiente. El ítem que refiere si tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades, el 49.6% las personas mayores consideran tener solo un poco de dinero. En este dominio, se visualiza el contexto donde se desarrollan los adultos mayores, identificando los diversos factores que impactan en el deterioro al envejecer. Un ambiente desfavorable económicamente hablando, tiene gran impacto en la calidad de vida de los adultos mayores (INGER, 2015).

- Mujer de 69 comenta:

“Ahora que aprendí, tengo la oportunidad de hacer y vender juegos de baño, manteles y pintura en tela para ayudarme”.

Con frecuencia se observa la motivación y el entusiasmo que expresan al mostrar con orgullo las manualidades que han elaborado y que desean vender. Otro elemento que está presente en los datos obtenidos, es la participación de las personas mayores en el programa de capacitación para la salud que ofrecen los funcionarios de la institución. La mayoría de los participantes de este estudio llegan antes del horario establecido, se incorporan a las actividades de terapia ocupacional y/o a los juegos de mesa. Lo que pone en evidencia la oportunidad de realizar actividades de ocio en este contexto.

- Mujer de 72 años comenta:

“Desde que yo llegué aquí, ya me enseñaron muchas cosas, como cuidar mi diabetes, que debo comer y aquí nos ponen hacer ejercicios”.

En la vida cotidiana del espacio social se observan acciones como los juegos de mesa, los ensayos de bailes regionales, entrenamientos deportivos, clases de canto, lo que expresa que los espacios de y para personas mayores ofrecen las condiciones para motivar y

desarrollar las posibilidades de realizar actividades de recreación. Las actividades de la vida diaria manifiestan la participación de las mujeres en estas actividades; esto toma su sentido más que, si se le sitúa en una perspectiva interaccional, Dominique (1992), “desde el hecho relacional donde los comportamientos de una persona mayor, no se comprenden más que en las relaciones que las unen a los comportamientos de los demás” (p. 98). El ser humano descubre que el sentimiento de controlabilidad de su medio ambiente le vendrá dado en base a su eficacia en las relaciones interpersonales con los demás (Durá & Garcés, 1991). Además la misma eficacia de sus actividades cotidianas puede verse alteradas con la presencia de otras personas.

Comparación de la calidad de vida por niveles y dominios

La tabla 6 permite observar las comparaciones de la calidad de vida según el dominio y los niveles en que se ubican. De acuerdo a los espacios grupales que componen la red de apoyo social. El dominio 3 (relaciones sociales), expresa ($M= 15.48$; $DE=3.32$), por lo que se considera nivel 1, el perfil de la calidad de vida de las persona mayores es el más elevado. En toda la red (en los 9 espacios sociales) en palabras de Dabas y Najmanovich (1995), hablar de interacciones incluye la variable temporal, las cosas no “son” sino que “devienen” de las interacciones. Las propiedades ya no están en las cosas sino entre las cosas (p. 65). Este planteamiento nos remite a las dinámicas sociales y complejas que viven las familias y las personas mayores que desarrollan situaciones de estrés por los acontecimientos vitales en la historia de su vida. Las pérdidas en esta etapa de su desarrollo son eventos frecuentes, además la presencia de una o más enfermedades.

Dabas y Najmanovich (1995), plantean que, un objeto no es pesado ni liviano, sino para alguien en ciertas circunstancias, en determinado momento, respecto a ciertas situaciones. Por ejemplo, la muerte de uno de los cónyuges es un evento traumático. De esta manera podemos decir, que el ser pesado no es una cualidad de los objetos, sino la relación que las personas tienen con el entorno. Las relaciones humanas como la esencia de las redes de apoyo social; esto se puede interpretar como formas de interacción frecuentes en la cuales se generan transferencias de ideas, servicios y formas de hacer”, en donde los adultos mayores encuentran vínculo con diferentes personas, para tener otra óptica de los problemas, el refugio emocional y el apoyo instrumental (Sluzki, 1996). Las relaciones sociales se

consideran como elemento clave en el estudio del bienestar psicosocial de las personas mayores (Herrero, 2004).

El dominio 2 (salud psicológica) manifiesta ($M=15.21$; $DE=2.04$), el perfil de la calidad de vida es alto, situándole en el nivel 2. El apoyo social tiene su origen afín a los efectos salud (física y mental), y sobre el estrés (estresores). Los resultados obtenidos coinciden con las investigaciones realizadas por García (2002), quien plantea que los apoyos afectivos son una fuente de seguridad, cuidado y afecto y afiliación. En concordancia con Carmona (2015), expresa que las provisiones socioemocionales permiten percibir la propia existencia de manera positiva y admite el establecimiento de vínculos con los demás (p. 161). Poniendo énfasis en los efectos del apoyo social y sus efectos en relación de la salud y los eventos estresantes sobre la salud de las personas. En todas las observaciones los registros marcan que las mujeres predominan en todos los espacios que se han visitado en relación con los varones. Se caracterizan por ser más alegres, participan en todas las actividades, expresan comportamientos positivos.

Se observa que en los primeros días de ingreso de los adultos mayores al grupo, expresan actitudes de timidez o aislamiento; sin embargo, los registros muestran que ya existen unas formas ligeras de interacción social (quizás una sonrisa, un gesto, un movimiento de cabeza..., etc.), en ocasiones no se intercambia palabra alguna. En este sentido, el lenguaje no es solo la trasmisión de información, sino también la elaboración y el reparto de “significaciones” en un “contexto” portador de sentido (Dominique, 1992).

- Mujer de 60 años comenta:

“yo vivo sola... cuando se casaron mis hijos... ya no tenía mucho que hacer, pasaba semanas completas que ellos no podían venir.... a veces, la verdad estaba triste.” Por eso entre aquí, hay mucha compañía y apoyo”.

De acuerdo con el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), menciona la idea de que la vida es *inter-cambio*, de materia, de energía, y de información, alude a (la relación dinámica de la persona con el ambiente). El mundo donde vivimos es un mundo humano, mundo simbólico, mundo construido en nuestra interacción con lo real, con lo que está

afuera del lenguaje, con el misterio que opone resistencia a nuestras creaciones y que a la vez las hace posible (Dabas & Najmanovich, 1995).

Los datos obtenidos en relación a las actividades que se realizan: los juegos de mesa, la capacitación para el trabajo, las manualidades, las actividades deportivas y culturales que se desarrollan de manera cotidiana en los espacios sociales de y para adultos mayores ponen en evidencia la capacidad de concentración de los adultos mayores. Los aportes teóricos de Lomnitz (1977), concluyen que las redes de apoyo social funcionan como un seguro colectivo contra las amenazas del sistema formal y como reserva de recursos, especialmente en momentos de emergencias. Se considera que “todo ser humano es la integración de sus relaciones y el desafío del “ser”, es ser con otros y en los otros” (Chadi, 2007:24).

En este sentido, el ser humano al relacionarse facilita la satisfacción de sus necesidades. En palabras de Sluzki (1998), es el tipo de función características de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia. Además, la función de guía y consejos, las interacciones que permiten compartir información personal o social. Desarrollar habilidades de afrontamiento en las condiciones sociohistóricas y momento en que suceden eventos en la vida.

El dominio 1 (salud física) expresa ($M=15.05$; $DE=2.50$) el perfil de la calidad de vida de los participantes lo sitúa en el nivel 3. La Organización mundial de la salud OMS (2015), en su informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud, plantea dar un giro a los esfuerzos de la política pública no solo con la salud, sino con el bienestar en general de la población envejecida. En el mismo orden de ideas, INGER (2016), expone que el envejecimiento saludable se considera como un proceso amplio, integral y dinámico. De tal manera, este concepto, necesita un abordaje sistémico que tome en cuenta los factores determinantes de la salud, la capacidad funcional y el medio ambiente donde se desarrollan las personas mayores desde una perspectiva biopsicosocial.

La evolución epidemiológica impacta directamente en la esperanza de vida al nacer, como consecuencia del acceso de las personas a las medidas preventivas, diagnósticos oportunos, control médico, uso de vacunas, alimentación sana, el consumo de vitaminas y otros productos; además de las actividades recreativas y sociales (Tamez, 2015). Los referentes del ámbito de la salud, especialmente la funcionalidad física y mental, destacando

la habilidad funcional para desarrollar las actividades de la vida cotidiana. En relación de lo anterior, el desarrollo de los programas institucionales proporciona de manera frecuente información sobre el autocuidado de la salud, diagnósticos oportunos, sobre la alimentación y actividades físicas que desarrollan en el espacio social.

El dominio 4 (ambiente) reporta ($M=14.68$; $DE=2.36$), ubicándose en el nivel 4. Finalmente, este dominio reporta bajos índices de calidad de vida. Lo que significa que si las puntuaciones son inferiores, el perfil de la calidad de vida es menor. En el plano social, los adultos mayores pobres son objeto de la marginación en el sistema de intercambio social, como consecuencia de su incapacidad de intercambiar bienes con generaciones más jóvenes (Tamez, 2015). Además, “predominan los estereotipos de los adultos mayores como personas con pobre capacidad física y mental, fácilmente irritables” (INGER, 2016:43). Estas consideraciones generan diversas formas de discriminación por edad, la exclusión y el aislamiento social.

Otro factor que influye de manera significativa es el lugar de residencia; las características de la zona urbana donde residen los participantes, existe dificultad para movilizarse, el tráfico vehicular y peatonal los pone en riesgo, las condiciones de violencia, la contaminación y la incorporación de la tecnología; pone en desventaja a este grupo poblacional. En el informe publicado de la encuesta intercensal el INEGI (2015), menciona que se observan múltiples rasgos de inequidad y pobreza para algunos habitantes que no tienen a su alcance espacios públicos suficientes y de calidad. Tan solo el tránsito cotidiano desde y hasta sus viviendas requiere de espacios seguros con lo que no todos cuentan. Ponderando el enfoque de Arita (2017), autora que plantea los análisis de la categoría calidad de vida sujeto a la sustentabilidad del medio ambiente y desde un enfoque centrado en el bienestar objetivo con el cual se agrega a las condiciones del medio ambiente (p. 549).

Comparación de la calidad de vida por grupos (espacio social)

En la tabla 7 se expresa la comparación por grupos: puntuaciones superiores y los inferiores. El grupo mejor evaluado fue el grupo 4 en relación a los otros espacios sociales reporta los mayores puntuaciones, lo que significa que el perfil de la calidad de vida es más elevado, el dominio 3 (relaciones sociales) reporta mayor puntuación ($M=18.80$; $DE=1.16$). En un estudio realizado en la Ciudad de Monterrey, México, Carmona (2015), identifica que

“el bienestar de los adultos mayores está relacionado con los vínculos sociales con los que cuenta, con la convivencia y con el apoyo social, más que con las provisiones materiales e instrumentales” (p. 20). Además, en los espacios sociales se pueden igualar que en los apoyos formales que ofrece la institución viene a vigorizar el bienestar subjetivo y la satisfacción personal. En palabras de Arroyo y Soto (2015), consideran que existen ciertas formas de apoyo que son propios de la familia, como aquellos que tienen que ver con los lazos afectivos y emocionales, que nacen ahí de la convivencia cotidiana en el grupo.

El grupo 5 reporta los puntajes más bajos en la mayoría de los dominios de la escala, es el dominio 4 (ambiente) es el menor de este grupo ($M=13.71$; $DE=1.21$) lo que representa, el menor perfil de la calidad de vida de los participantes de este grupo. Desde la óptica del modelo ecológico, el entorno más alejado lo integran todos los elementos que se ubican en la sociedad. Este contexto se caracteriza por las desigualdades sociales y una crisis del empleo. La relación entre la educación de los adultos mayores y empleo que han desarrollado en su trayectoria de vida laboral, es muy significativa en función de la premisa que, a mayor educación, mayor movilidad socio-ocupacional y mejores ingresos. El rezago educativo limita las posibilidades de un buen empleo, lo que delinea un panorama precario, salarios bajos y falta de seguridad social (Carrillo & Santos, 2017). En tanto, estos son los rasgos de la realidad actual de los participantes.

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud de la OMS (2015), plantea que, el entorno se refiere a todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de las personas adultas mayores: hogar, comunidad y la sociedad en general. Los elementos que están presentes en el contexto donde se desarrollan los adultos mayores son ambientes con altos índices de delincuencia, tráfico vehicular y peatonal, niveles altamente contaminantes de químicos, ruido, visuales, con transporte no accesible y deficiente asistencia sanitaria, hábitos saludables (hacer ejercicio y alimentación adecuada), (OMS, 2015). Otro factor importante que influye son “las vialidades, hacen referencia a espacios públicos que delimitan las manzanas y los inmuebles que las componen, así como el tránsito entre lugares” (CONAPO, 2015:15). Los accesos a los espacios grupales representan un peligro para su integridad física. Sin embargo, aun con las dificultades y los peligros que representan las personas mayores continúan participando en los espacios grupales.

Comparación de las puntuaciones de los dominios por grupos

Dominio 1 (salud física), el grupo 4 presenta la puntuación más alta en referencia al perfil de la calidad de vida en el dominio de la salud física ($M=17.52$; $DE=1.94$), el grupo 7 reporta menor calificación ($M=13,80$; $DE=2.70$), lo que representa un menor perfil de la calidad de vida de los participantes. La tendencia de la baja puntuación del grupo 7, se puede interpretar por la presencia de personas con más edad, de acuerdo a los registros de las observaciones, las personas adultas mayores presentan mayor dificultad para trasladarse de un lugar a otro, tres de ellas requieren del uso de bastón.

Dominio 2 (salud psicológica), grupo 6 expresa la evaluación superior de todos los grupos de la red ($M=16.10$; $DE=2.45$) por lo tanto es más elevado el perfil de la calidad de vida con referencia a la salud psicológica de los participantes. El grupo 2 reporta puntuaciones inferiores en esta dimensión, ($M=14.20$; $DE=1.33$) lo que representa menor el nivel de la calidad de vida de los participantes en relación a los otros grupos que forman parte de la red. La tendencia del grupo 2 es congruente con lo que vivió la encargada del grupo una semana antes de realizar el trabajo de campo (falleció en un accidente su hijo de 26 años). De acuerdo a lo expresado por Dabas y Najmanovich (1995), “los seres humanos convivimos en un universo vincular en evolución, nos relacionamos en él atravesados por la emoción, somos co-creadores del mundo en que vivimos a merced a nuestra interacción compleja con lo real” (p.34). En este sentido podemos decir que, el grupo también cumple una función de apoyo y sostén emocional no solo cuando alguien del grupo enfrenta una situación dolorosa.

Dominio 3 (relaciones sociales), en el grupo 4 se presentan puntajes superiores en esta dimensión ($M=18.80$; $DE=1.16$), por lo tanto el perfil de la calidad de vida es más elevado. El grupo 3 presenta puntuaciones inferiores en relación a otros grupos que forman parte de la red ($M=14.29$; $DE=3.38$), por lo tanto este grupo presenta bajos niveles de calidad de vida en el dominio de las relaciones sociales. Los registros realizados de las observaciones expresan las experiencias cotidianas de las interacciones de los adultos mayores y los funcionarios, el poco acercamiento, la intervención aislada y la mecánica, Ludi (2012), considera que los obstáculos y dificultades de producción y reproducción de su vida cotidiana de las personas mayores, muchas veces son tantas y tan complejas, que el

integrarse a estos espacios resulta dificultoso; la autora continua diciendo, “el impacto que produce en la subjetividad de cada uno, la no resolución de las necesidades más vitales, hace casi imposible luchar, participar, registrar la dimensión simbólica de su cotidianidad” (p. 62).

Dominio 4 (ambiente), el grupo 9 presenta la puntuación más alta en referencia al perfil de la calidad de vida en el dominio del ambiente (M=16.20; DE=2.09), el grupo 5 expresa menor calificación (M=13,71; DE=1.21), lo que significa un menor perfil de la calidad de vida de los participantes. El grupo 5 ubicado en la ampliación Lázaro Cárdenas, se registró la procedencia de la mayoría de los miembros del grupo de las colonias más alejadas de la ciudad, lo que genera dificultad y costo para acceder al grupo; además, la presencia de personas indígenas migrantes que se han establecido en la periferia de la ciudad y que carecen de vivienda propia y empleos con bajos salarios (archivos DIF Sinaloa). Desde esta perspectiva relacional Ludi (2012), considera que la correspondencia de envejecimiento y pobreza tienen que ver con procesos de envejecimiento personal y poblacional. En este sentido, el no querer envejecer implica también el no querer empobrecer más, sobre todo por los bajos salarios y que dejaran de trabajar.

Por lo tanto, la información obtenida permitió alcanzar el objetivo: 1. *Analizar el nivel y dominios que componen la calidad de vida y su relación con las redes de apoyo social de los adultos mayores.*

5.1.2. La construcción de los significados de los intercambios (apoyos sociales)

Para dar respuesta a la pregunta 2. *¿Cómo construyen los adultos mayores los significados de los intercambios generados en las red de apoyo social y la percepción a su calidad de vida?*

En la idea de establecer la visibilidad de las redes, se han desarrollado algunas clasificaciones, encontramos que distinguen los *sujetos actores* (personales, familiares), actualmente han surgido otras categorizaciones en las que se produce un salto del sujeto a la “agrupación” que aparece subjetivada (Dabas, Celma & Richard 2011:55). Se hace referencia a las redes de *disciplinas o sectores* (educación, comerciales, de salud); *institucionales* (redes de universidades escuelas, hospitales, clubes recreativos, sociales).

La propuesta general de la red de apoyo social, en primer lugar aclarar; dos elementos significativos que la red social hace referencia a los aspectos estructurales de apoyo, mientras que la categoría de apoyo social se refiere a los aspectos funcionales (Barrón, 1990). En segundo lugar, se sitúa las distintas perspectivas del estudio. De acuerdo a lo que plantea Sluzki (1998), son tres las orientaciones, una de ellas es la *perspectiva estructural*, donde se analiza todo el contexto social, donde la persona mayor está inmersa. Gottlieb (1983), considera que la red social es la unidad de la estructura social que incluye a todos los contactos sociales del individuo.

En la segunda se ubica la *perspectiva funcionalidad* es significativo diferenciar entre los apoyos que se intercambian y las funciones que cumple el apoyo social Sluzki, (1998), estos intercambios son: a) apoyo emocional y compañía social, b) guía cognitiva y consejos, c) ayuda material y de servicios, d) regulación social y e) acceso a nuevos contactos. En tercer lugar, desde una *perspectiva atributos de los vínculos* de acuerdo a Sluzki (1998), plantea que estos son: la función prevaleciente, la multidimensionalidad, reciprocidad, intensidad (compromiso), la frecuencia de los contactos y la historia de vida de los participantes. La construcción de los significados de los intercambios se ubica en la *perspectiva funcionalidad*. Aclarados los aspectos anteriores; se realiza la discusión en función de los resultados expuestos en el capítulo anterior.

En el marco de la Psicología social, en palabras de Franzoi (2000), la define como el “intento de comprender y explicar cómo el pensamiento, el sentimiento y la conducta de las personas individuales resultan influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas” (p. 6). Esta rama de la psicología analiza los procesos que se desarrollan en un grupo y/o comunidad, es la rama que estudia las interacciones sociales que se generan cuando tenemos relaciones con muchas personas, donde existen normas, y patrones de comportamiento que justifican las formas de actuar de una persona dentro de un contexto determinado, como es el grupo familiar, escolar, laboral, entre otros (Rodríguez, 2012).

Es en el campo propio de la psicología social donde se ubica esencialmente el estudio de las interacciones (Dominique, 1992). De tal manera, es la Psicología social la que estudia cómo el contexto social influye en la conducta y comportamientos de las personas. Los sistemas simbólicos son aprendidos *in situ* y en interacciones con quien vive en ellos, con

quienes se han moldeado para ellos, intervienen en las relaciones precisamente porque son la forma de organización, la estructura de las mismas, porque rigen la conducta, porque son su matriz y son siempre sociales (Apodaka & Villareal, 2015). Desde la mirada ecológica estas dinámicas complejas que son estudiadas en las estructuras anidadas (individuo, grupo y sociedad). De la misma forma para el análisis del apoyo social se pueden ubicar al menos tres niveles. A nivel comunitario se relaciona con la pertenencia a una estructura social más amplia, se pondera la idea de la integración social.

A nivel de redes sociales, se relaciona el vínculo con otras personas, resalta la idea de las relaciones que se establecen y finalmente, a nivel íntimo (familia) o redes íntimas (Díaz, 2014). Asimismo, se retoma para este estudio el *nivel de redes sociales*; en este sentido, las interrelaciones que se generan en las dinámicas sociales complejas en la trama social; en los ámbitos individuales, grupales y macro sociales. Varios son los procesos estudiados que se ubican en la *teoría de la identidad social* y en la *teoría de la justificación del sistema* (Turner & Haslam, 2001). De acuerdo a los registros de las observaciones realizadas, en los nueve grupos se destacan rasgos de la compañía social en las interacciones cotidianas de los adultos mayores que participan en los espacios grupales.

Se observa que los adultos mayores asisten a los espacios sociales desde que inician las labores los funcionarios, se reúnen a platicar con las personas mayores que van llegando, se saludan de mano todos, en el caso de las mujeres se abrazan y dan un beso en la mejilla, se hacen bromas y se ríen. Se observan expresiones de alegría y que están muy contentos. Cabe destacar los comportamientos positivos, en cuanto a sus actitudes ante los compañeros del grupo y su esmero en su arreglo personal. Aprovechan para participar en los juegos de mesa (domino y lotería) donde platican, juegan y se ríen, mostrando gestos, lenguaje corporal y timbre de voz que expresan estar satisfechos.

Congruente con López (1998), quien plantea que, “el juego constituye uno de los momentos cualitativamente más relevantes de la actividad humana” (p. 41). Las actividades recreativas favorecen los vínculos y la compañía social. De tal manera, en la cotidianidad del espacio social, se registran juegos de mesa, entrenamiento de escolta, clases de baile, el entrenamiento de *cachibol* entre otros; realizado por más de una hora, a pesar de las altas temperaturas pone en evidencia que disfrutaban de la compañía social.

- Lo que comenta el entrenador hombre de 28 años

“Lola, de 64 años era muy tímida y estaba regularmente enferma desde que su esposo murió, hace 6 meses que se integró al equipo de *cachibol* y ahora es otra totalmente. Su salud mejoro y se ve más alegre”.

Dabas y Najmanovich (1995), consideran que “el mundo donde vivimos es un mundo humano, mundo simbólico, mundo construido en nuestra interacción con lo real, que esta fuera del lenguaje, el misterio que opone resistencia a nuestras creaciones y que a la vez las hace posible” (p. 205). Las personas en estado de vulnerabilidad son propensas a lo que él llama angustia, debido a la incongruencia entre el auto-concepto y su experiencia, esto es; entre los que se espera, se requiere, se necesita, etc... Además de lo que la experiencia reporta (Rogers, 1985).

Otra de las funciones de la red es “*el apoyo emocional* fomenta el bienestar afectivo y genera una sensación de sentirse querido, lo que aumenta la seguridad, a su vez, incide positivamente en la salud” (Díaz, 2014:139). Las necesidades humanas y sus respectivos satisfactores van más allá de los aspectos materiales, para ahondar más en las dimensiones inherentes al ser humano, como el afecto, amor, solidaridad, amistad, en sí; ámbitos más sociales y no materiales (Barbosa-Chávez, 2016). La presencia de los apoyos sociales como resultado de las interacciones sociales se da entre dos o más personas en la que se genera una implicación emocional, ayuda instrumental, información o valoración (Durá & Gacés, 1991). Además, en palabras de Ludi, (2005), menciona que “quienes viven solos expresan su interés por contar con mayores redes de apoyo (vecinos, amigos, familiares, organizaciones comunitarias e institucionales) para asegurar la realización de actividades de la vida diaria y sostener ciertos grados de funcionalidad y autonomía” (p. 61).

Durán y Garcés (1996), expresan “que la persona humana sigue mostrando esa necesidad secundaria en términos de Maslow de “hacerse con los demás” de comunicarse con ellos, de “tenerlos” para que nos sostengan y de sentirse queridos” (p. 257). En este sentido, Caplan (1994), define el apoyo social en dos dimensiones la conexión social y la interacción de ayuda, también la considera como objetiva y subjetiva. Estas acciones de la vida cotidiana dentro del grupo ponen en evidencia que están satisfechas con sus posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria. En ese mismo orden de ideas, los

motivos para formar parte de estos grupos alternativos de integración donde se van construyendo sentidos y significados acerca de dichos espacios: soledad, enfermedades, necesidades básicas, la inactividad, a través de la creación de vínculos de apoyo y sostén que contribuyan a su bienestar (Ludi, 2012).

De acuerdo a lo planteado por Carmona (2015), las *provisiones socioemocionales* que incluyen las experiencias de afecto, respeto y estima, representan un sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y tener intimidad con esa persona (p. 148). En palabras de Ludi (2012), manifiesta que “el grupo promueve nuevos vínculos, permite que se cumpla la función de apoyo emocional, genera intimidad, acercamiento afectivo, y comprensión de pares que han atravesado situaciones similares” (p. 53). El grupo les permite disminuir los sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión y les facilita la relación con otras personas de su misma edad, compartir problemáticas, placeres y gustos comunes.

- Hombre de 64 años comenta que:

“Desde que perdí mi trabajo porque me enfermé, me la pasaba casi siempre desesperado y triste, el grupo está presente como familia y los apoyos también”.

Algunos rasgos observados en el ámbito de la salud psicológica de la red de apoyo social, merecen resaltar los siguientes elementos: los intercambios sugieren una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo. La satisfacción de las necesidades afectivas contribuye como efecto amortiguador al reducir el impacto negativo de los acontecimientos y experiencias estresantes vinculados a la edad, al beneficiar tanto su afrontamiento como recursos y servicios formales (García, 2002). La red mostrará su singularidad y potencia en cuanto consiga reincorporar en la práctica cotidiana no solo el pensamiento sobre cómo funciona lo social, sino también la promoción de acontecimientos que posibiliten procesos novedosos y consistentes de participación y fortalezcan la identidad social (Dabas & Najmanovich 1995).

La identidad social es entendida desde los aportes teóricos de Peris y Agut (2007) que definen como: “la identidad socialmente construida presenta una cara personal, individual, que recoge los aspectos que nos hacen únicos, peculiares y otra cara social, que aglutina las

características compartidas con nuestros semejantes en el seno de diferentes grupos” (p. 2). Los apoyos emocionales contribuyen significativamente en la construcción de la identidad al realizarse una evaluación positiva, donde podemos referir que son los intercambios que denotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulos y apoyos; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro (Sluzki, 1998). Además, la importancia de la pertenencia grupal para la persona a la hora de definir el yo.

Desde la perspectiva de Sluzki (1998), “*La guía cognitiva y consejos* es un intercambio interpersonal frecuente en los miembros de los grupos. Este tipo de apoyo refiere interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclara expectativas, y proveer modelos de rol” (p. 50). Representa un importante punto de referencia para las personas mayores. En palabras de Carmona (2015), expresa que las *provisiones de información* consisten en proveer consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas; así como, cuando las personas no pueden resolver alguna situación. La red de apoyo social permite ser un importante soporte.

En el contexto de la redes de apoyo social se generan excelentes condiciones para desarrollar las interacciones humanas. Los aportes teóricos de Dabas y Najmanovich (1995), las autoras plantean que, “la metáfora de las redes nos convidan a internarnos en los laberintos multidimensionales del conocimiento, la acción y la emoción de un sujeto complejo, compartiendo un imaginario con nuestros semejantes y un mundo diverso” (p. 73). Los intercambios interpersonales del orden *de ayuda material y de servicios* se refiere a la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física (Sluzki, 1998). Los apoyos materiales se consideran la posibilidad de disponer ayuda directa como: la comida, regalos, dinero; y los soportes instrumentales, se refieren a los apoyos como limpiar la casa, las compras, pago de servicios, el cuidado de un familiar, el cuidado de la casa en caso de que el adulto mayor se ausente y/o alojamiento en casos especiales (Carmona, 2015).

En las interacciones frecuentes de la vida del grupo donde se reúnen cada semana, encontramos datos que expresan el bajo nivel socio económico de los adultos mayores. Los rasgos de pobreza se observan en su forma de vestir, en actividades para obtener recursos

económicos como son: artículos por catálogo, vender pan, galletas y productos que elaboran en los grupos de manualidades. Estas acciones cotidianas que se desarrollan en los espacios sociales son estrategias que les permiten obtener recursos económicos. Lo que pone en evidencia que no cuentan con suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas. Otra de las funciones de la red de acuerdo a Sluzki (1998), es *la regulación (o control) social*, esto se refiere a las interacciones que se recuerdan y reafirman; y a las responsabilidades y roles, que neutralizan las desviaciones del comportamiento como expectativas no deseadas en el grupo.

De tal manera, permiten las dinámicas sociales evitar la frustración, la violencia y ayudan a resolver los problemas que se puedan generar. Finalmente, el rasgo de *acceso a nuevos contactos*; es decir se considera que, al formar parte de la red social se logra la posibilidad de la apertura de contextos para la conexión con personas y redes que hasta ahora no eran parte de la red social de las personas mayores este es, potencialmente un atributo de toda relación (Sluzki, 1998). Una de las observaciones selectivas más frecuentes fue el deseo de participar en espacios fuera del grupo social; al que pertenecen como es el caso del magno festejo del día de las madres, donde participan 20 grupos de adultos mayores del municipio de Culiacán; participación en los juegos municipales deportivos y culturales, en las excursiones y campamentos (viajes fuera del Estado por 7 días) lo que para ellos significa tener acceso a nuevos contactos.

De acuerdo a los aportes teóricos de Dabas y Najmanovich (1995). La “red” es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando atributos de “contención”, “sostén”, “posibilidad de manipulación”, “tejido”, “estructura”, “densidad”, “extensión”, “control”, “posibilidad de crecimiento”, “ambición de conquista”, “fortaleza” y mucho más (p. 296).

Por lo tanto, la información obtenida permitió alcanzar el objetivo 2. *Caracterizar como construyen los significados de los intercambios generados en las redes de apoyo social y la percepción de los adultos mayores a su calidad de vida*. En consecuencia, las relaciones cercanas, los lazos sociales que llenan vacíos, amigos que se convierten en apoyos y muchas cosas más que construye una relación interpersonal. De acuerdo a

(Barbosa-Chávez, 2016), el trascender de las necesidades materiales a las humanas, lo cual vislumbrar un futuro prometedor para las personas adultas mayores.

5.1.3. Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores

Con el objetivo de responder la pregunta 3 *¿cuál es la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores y su relación con las redes de apoyo social?*

El análisis de la calidad de vida se realizó desde el paradigma bio-psico-social y con una mirada sistémica relacional, donde se visualizaron las necesidades fundamentales que obedecen los recursos potenciales de las personas mayores y el medio ambiente. En este sentido, establecen dos tipos de calidad de vida en este proceso: la objetiva y subjetiva. La objetiva refiere las condiciones de vida (salud, nivel socioeconómico y el educativo), seguida por la subjetiva que representa las posibilidades de las personas mayores y las opciones que le proporciona el ambiente, coadyuvando a formar las experiencias que generan los sentimientos, motivos, valores que se expresan a través de su expresión cognitivo-emotiva (Arita, 2017).

En correspondencia con las puntuaciones que expresan los adultos mayores sobre su percepción de calidad de vida. En la tabla 8 se observa que la tendencia de sus respuestas el 35.7% de los participantes de toda la red, consideran su calidad de vida como *normal*. Los rasgos característicos de los participantes expresan que a *nivel individual* presentan una o más enfermedades, el 43.5% expresan que tener dolor físico, el 35.7% reportan que necesitan tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, parece contradictorio que el 43.5% manifiesta que cuentan con energía suficiente para desarrollar las actividades cotidianas. Esto se puede explicar, que los adultos mayores están motivados por participar en las redes; en función de las problemáticas que están viviendo en el seno de las familias. Ello relacionado con situaciones de desamparo, de soledad, de indiferencia, de no satisfacción a sus necesidades sociales y culturales; por esta razón, es muy significativo para ellos un lugar en el grupo, de compartir con iguales en estos espacios, como modo de contención ante las situaciones de su existencia (Ludi, 2005:127).

A *nivel grupal* (espacio social donde se interrelacionan), los registros obtenidos en las observaciones muestran que las condiciones de los accesos, la infraestructura, y los muebles no cubren la necesidad que se requiere para el desarrollo de las personas mayores. Además, en ocasiones en algunos espacios sociales las relaciones humanas se desarrollan de manera fría, mecánica y de manera aislada. De acuerdo con los referentes de Dabas y Najmanovich (1995), las autoras consideran que “el contexto no es un ámbito separado e inerte, sino el lugar de los intercambios; a partir de allí el universo entero puede ser considerado una inmersa ´red de interacciones´ donde nada puede definirse de manera absolutamente independiente” (p. 67).

En el *ámbito familiar* las dinámicas complejas que viven las familias (hogares unipersonales), por los cambios de estructura y la incorporación laboral y escolar de la mujer. Los cambios de percepciones y valores. De acuerdo a Arroyo y Soto (2015), consideran que existe desligamiento físico y afectivo en las familias; la creciente influencia de los medios de comunicación y la incertidumbre que esto genera (p. 27). En lo *social* el contexto inmerso en situaciones de desigualdad social, permea cada uno de los niveles mencionados anteriormente. Los factores económicos, políticos, sociales, culturales de inseguridad, de vialidad (peatonal y vehicular); la contaminación y las altas temperaturas. Lo anterior, influye significativamente en la percepción de la calidad de vida; sin embargo, las puntuaciones expresadas por los adultos mayores la consideran como *normal*.

Se observa que aun cuando las circunstancias en que viva el adulto mayor en cada uno de los contextos (en lo individual, en el grupo, en la familia y en lo social), el formar parte de la red le genera una *percepción normal* de su calidad de vida. Lo que es congruente, con lo que se observa, en la tabla 6 donde se presentan las medias y la desviación estándar por grupos (dominios de WhoQol-Bref), donde el dominio 3 (relaciones sociales), es el perfil de la calidad de vida más alto ubicándose en el nivel 1, en el siguiente orden los niveles de: salud psicológica, salud de física, y ambiente; por lo tanto las relaciones sociales favorecen la salud psicológica, y la salud física aun con las condiciones que existan en el ambiente. En función de esto, se hace efectiva la propuesta del modelo ecológico de ampliar la reflexión de la unidad de análisis de lo individual (micro) a lo grupal y comunitarios (meso, exo, macro y crono). Dabas y Najmanovich (1995), plantean que una “red social es no sólo un

hecho social sino la oportunidad para la reflexión sobre lo social tal como lo experimentamos en nuestras prácticas cotidianas” (p. 301). En resumen, la red social cumple con su carácter de organización de los adultos mayores sólo en la medida que se fundamenta en un proyecto, no como meta futura, sino como el espacio grupal presente, no como ideal, sino como fundamento de lo humano.

Además, congruente con los resultados de Robert Waldinger (2005), director de la “Escuela de Desarrollo de Adultos de Harvard”, en su obra “¿Qué resulta ser una buena vida? Lecciones del estudio más largo sobre la felicidad”, lo que logro obtener una premisa valida. *Las buenas relaciones nos hacen más felices y más saludables*. En este sentido determina tres enfoques sobre las relaciones humanas. 1) Considera que las personas con más vínculos con las familias, amigos, la comunidad, son más felices y viven más sanos que las personas con menores vínculos. En este sentido, se concluye que las conexiones sociales nos hacen bien, y que la soledad mata. 2) Lo más importantes es la calidad de las relaciones más cercanas. Por lo tanto, vivir en medio de relaciones buenas y cálidas da protección y seguridad. 3) Las buenas relaciones determinan la salud del cuerpo y del cerebro. Finalmente el autor menciona que la vida buena se construye con buenas relaciones (Waldinger, min. 12.33, Ted talks, 2015).

De acuerdo a este importante aporte se podría asumir que nunca es tarde para construir buenas relaciones, ya que esto es lo que más contribuye a la calidad de vida. En la narrativa de mujer de 74 años: “Aquí estoy muy a gusto, el día se me pasa de volada y se me olvidan los problemas”. La información obtenida permitió lograr el objetivo 3. *Explicar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores y la contribución de las redes de apoyo social*. Responder también a la pregunta general: *¿Las redes de apoyo social promueven una mejor calidad de vida en los adultos mayores?* Y el objetivo general: *Explicar los rasgos de los dominios de la calidad de vida de los adultos mayores y su relación con las redes de apoyo social de los adultos mayores que asisten regularmente a los grupos de instituciones gubernamentales*. De la misma manera validar la hipótesis general planteada al inicio de la investigación: *Los procesos cognitivos y socioemocionales que se desarrollan en la red de apoyo social, generan relaciones positivas que transforman y ayudan a elevar la calidad de vida de las personas mayores con fuertes apoyos sociales,*

mientras que, tendrá efectos negativos sobre la calidad de vida aquellas personas que no tengan apoyo social.

5.1.4. Ecosistema trama de soporte circular

En el marco del paradigma General de Sistemas, se ubica la *teoría ecológica* que hace hincapié en los factores ambientales. Esta teoría consiste en cinco sistemas ambientales: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema. Este modelo pone énfasis en la importancia de las micro y las macro dimensiones del entorno donde se desarrolla el niño (Santrock, 2006). Son tres las aportaciones más significativas de esta teoría; 1) el examen sistemático de las macro y micro dimensiones de los sistemas ambientales, 2) la atención a las conexiones entre los diferentes contextos ambientales (mesosistema) y 3) la consideración de las influencias socio-históricas en desarrollo (cronosistema). En el marco de esta perspectiva se desarrolla la versión adaptada al modelo denominado *ecosistema trama de soporte circular*, que intenta profundizar el estudio de las relaciones humanas de las personas adultas mayores en los diferentes contextos donde se generan las redes de apoyo desde la familia, los amigos, los grupos y la comunidad (diferentes sistemas).

El ecosistema *trama de soporte circular* se define como el espacio social (red de apoyo social), entendida grupo de personas (relación humana-social), por lazos de amistad o de interés con el fin de brindarse apoyo afectivo, cognitivo, instrumental y material. Estos espacios están ubicados en la periferia de la ciudad de Culiacán de Rosales, Sinaloa, México, contexto que se caracteriza por las desigualdades sociales y culturales. Ambiente donde los adultos mayores se interrelacionan dos horas, solo una vez por semana. En las interrelaciones cotidianas en los espacios sociales, se considera que cada miembro del sistema presenta una identidad, en relación a la confirmación con los otros, frente a la cual, responde y actúa de acuerdo al papel asignado y donde la << letra >> de uno da pie a la del otro, en forma circular y continúa (Chadi, 1997).

En este sentido, el ecosistema *trama de soporte circular* es un conjunto de personas, medio ambiente, tecnología y relaciones organizadas. Las creaciones humanas son el producto de las relaciones que estas establecen, y viceversa. La viabilidad de este modelo se

analiza a las personas/*grupo*, el ambiente y los distintos niveles de interacción; es a través de una estructura anidada en los contextos o sistemas. La intervención del Trabajo Social en red trabajó de adentro hacia fuera (del sistema micro hacia su proyección al sistema macro). Esta estructura se compone por cinco niveles o sistemas y se denominan: *microsistema*, *el mesosistema*, *el exosistema*, *el macrosistema* y *el cronosistema* que interactúan de manera interconectadas con el propósito de lograr el desarrollo de los adultos mayores en un contexto social determinado. Los aportes teóricos de Chadi (1997), “fundamenta la premisa sistémica de la casualidad circular como reciprocidad interaccional y no lineal” (p. 31).

El *microsistema* se refiere al espacio donde se genera el mayor número de interacciones de en este caso es el espacio social de adultos mayores, en él, se desarrolla un patrón de actividades y roles que las personas mayores experimenta en un contexto determinado, en este caso de acuerdo a la normatividad de la institución. El nivel *mesosistema* se constituye por los contextos donde las interacciones tienen relación como es el caso de las familias, los vecinos, los servicios asistenciales, servicios médicos. En resumen, las interacciones de dos o más entornos donde la persona adulta mayor participa activamente. *el exosistema* se considera los contextos donde se generan interacciones aun cuando los adultos mayores no estén presentes, como es el caso de los centros de trabajo de los hijos, la política pública, los medios de comunicación que influyen positiva o negativamente en los adultos mayores. La importancia del exo-sistema es que permite evaluar los diversos efectos que se generan de manera indirecta en el desarrollo de la persona adulta mayor, y que anteriormente no se visualizaban.

El *macrosistema* es el nivel más alejado de espacio social donde se desarrollan el mayor número de interacciones, pero que tiene mucha influencia, se refiere a la sociedad, las condiciones económicas, sociales, educativas, aspectos culturales, situaciones de violencia-injusticia, factores ambientales como son: la contaminación por agroquímicos, contaminación visual/sonidos, altas temperaturas, factores de vialidad peatonal y vehicular. Los factores tecnológicos, las políticas públicas internacionales, nacionales y locales, y las estrategias de ejecución. Finalmente, el *cronosistema* refiere a cómo se desarrollan las condiciones socioculturales a lo largo de la vida, es como una membrana que permea cada uno de los niveles en todo momento (véase, figura 5). Como se mencionó anteriormente, se

describen los diferentes niveles de las interconexiones donde los adultos mayores tienen una relación dinámica con el ambiente donde se incluyen: los procesos, las personas, el contexto y el tiempo.

De acuerdo a las ideas antes expuestas, podemos apreciar el ecosistema *trama de soporte circular* es integral, multifactorial, se involucran muchos actores. Con factores que son tan variados, numerosos como complejos, por lo que se hace necesario tomarlos en cuenta para profundizar en el conocimiento de las redes de apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores. Evidentemente el éxito o fracaso de la calidad de vida de los adultos mayores no sólo depende del microsistema, como históricamente se ha señalado, sino que el éxito o el fracaso en la satisfacción de las necesidades de las personas mayores, depende en gran medida del microsistema, mesosistema, exosistema, el macrosistema y el cronosistema. El macrosistema es clave pues determina las condiciones estructurales como son: las condiciones económicas, educativas, políticas, culturales que se implementan en cada país.

Figura 5 Ecosistema trama de soporte circular
En base a Bronfenbrenner (1979)

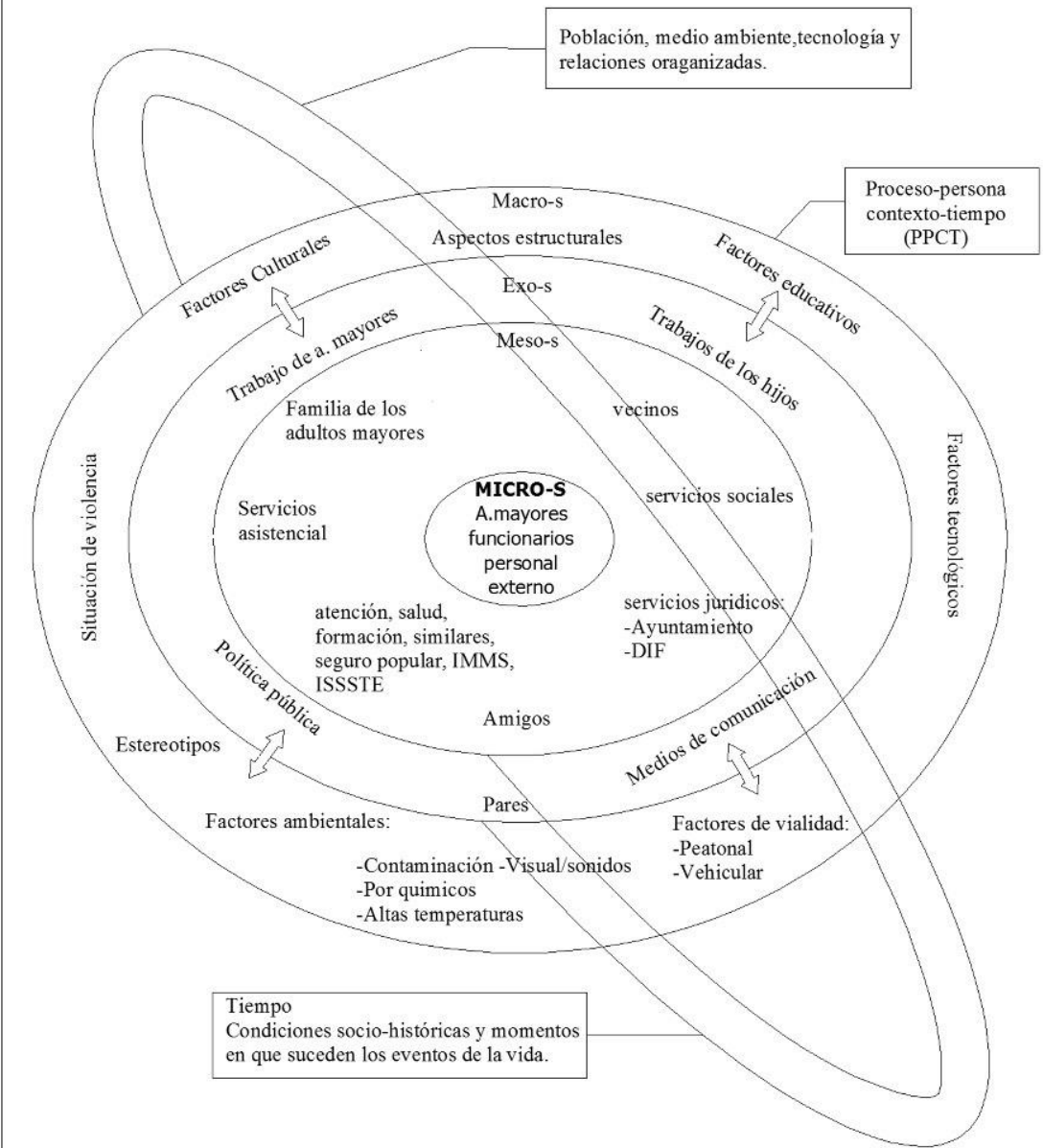


Figura 5 Ecosistema de soporte circular. Mapa de la red de relaciones sociales, círculo interior micro sistémico corresponde al espacio social (adultos mayores y funcionarios), un círculo intermedio o meso sistémico refiere las interacciones entre los adultos mayores, la familia, los vecinos y servicios, el exosistema son los vínculos con el trabajo de los hijos, medios de comunicación, el círculo macrosistema representa a la sociedad, factores culturales, tecnológicos, económicos, educativos, ambientales, política pública. Cada círculo o nivel tiene su dinámica propia, permeada por el cronosistema.

Adaptado de Modelo ecológico de Bronfenbrenner, de J.W. Santrock, 2006, Psicología del desarrollo. El ciclo vital. Décima edición, p. 45.

*Figura retomada sin autorización del autor.

La viabilidad de este modelo se observa en las posibilidades de cambio, entendiendo que la función del profesional de Trabajo Social es la de ser *agente de cambio*, para la adaptación en el desarrollo de las personas adultas mayores, y no agente de ajuste sin cambio (Chadi, 2012). Lograr este propósito requiere de un pensamiento en red para integrar en el desarrollo humano, en este caso las redes (primarias e institucionales). El énfasis de esta perspectiva teórica para Trabajo Social; en palabras de Chadi, quien señala que este *modelo cognocional vincular* aquí propuesto; permite el estudio sistemático de las relaciones sociales desde los espacios familiares y dentro del grupo (microsistema) ambientales, donde se propicie la intervención social en su orientación en la constitución de lo humano de adentro hacia fuera y no solo de afuera hacia adentro. Pero también, que se realice el examen de las relaciones en los contextos de las instituciones y en la comunidad en general (macrosistemas).

En este sentido, le corresponde al Trabajador Social visualizar los vínculos entre los diferentes contextos ambientales a lo que el autor Bronfenbrenner denomina como mesosistema. Además, de tomar en cuenta las condiciones socio-históricas en su desarrollo. De acuerdo a esta complejidad, se considera que es de doble cara, y es claro que quien lee y transforma la realidad es el adulto mayor en codependencia con su grupo. De acuerdo a los aportes de Bateson (1990), señala que hay que *trascender* el contexto clínico para abordar el cambio como aprendizaje y no como *cura patológica*; en un aprehender a aprehender, o reconocer el potencial de cambio, y el cómo hacer el cambio en consecuencia con ello.

En resumen, Bateson (1990), plantea, una práctica profesional como psico-educativa, o psicológica, al respecto y en la misma línea de ideas Chadi (1997), considera que la intervención profesional tiene como propósito alcanzar un *cambio* en todas las intervenciones, este *cambio* que reformula el contexto asistencial, en lo terapéutico, en otras palabras en lo educativo, con el propósito de activar los recursos sanos y no desarrollados, que conducirían a eliminar las causas (se pensaría en los síntomas), que genera la problemática (Chadi, 1997). Es de resaltar que en esta perspectiva teórica están presentes los recursos psicológicos y sociales para la intervención y la investigación en los niveles individual, familiar y grupal o comunitario.

De tal manera se observa, la interacción del sistema con su red del contexto inmediato y ampliado (familiar y extra familiar) además, una propuesta metodológica integrada para el Trabajo Social que aglomera los niveles de la realidad y los actores sociales como un todo en relación. Desde una unidad central como sistema, ubicando al adulto mayor en un rol central; además, recoge a la vez la dimensión teórica y la dimensión práctica, que tiene como gran desafío la *acción social*, el concepto de doble vínculo que menciona (Bateson, 1990). Esta traducción del modelo ecológico al modelo *ecosistema trama de soporte circular* permite la lectura de la realidad en red, y resalta el devenir humano como integración relacional. A fin de favorecer los perfiles de la calidad de vida de las personas adultas mayores mexicanas.

5.2. Conclusiones

Los resultados de esta investigación “Redes de Apoyo Social y Calidad de Vida de las Personas Adultas Mayores Mexicanas” muestran que fluyen y confluyen diferentes líneas teórico-metodológicas que van construyendo diferentes formas de mirar, actuar, y pensar en la investigación y la intervención del Trabajo Social Sistémico. De igual forma, se tejen ideas, conceptos, enfoques y autores, además de las propias experiencias de intervención para coadyuvar significativamente al trabajo de redes comunitarias. De tal manera, ayuda a pensar las distintas formas de la praxis de Trabajo Social en una trama de relaciones, donde las comunidades aparecen como el ámbito por excelencia para vivirlas, recrearlas y fortalecerlas.

El diseño de esta investigación permite identificar tres niveles de la realidad estudiada *en, desde y para* la construcción de conocimiento: 1) fase descriptiva, está determinada para comprender 2) la fase interpretativa, refiere la forma que conduce al comprender la experiencia humana aprehendida. 3) La fase teórica, se construyen los argumentos teóricos (conocimiento). A partir de las perspectivas como referentes en tiempo y espacio. Asimismo, se intenta contribuir teóricamente a través de la reinterpretación de un modelo teórico: *Ecosistema trama de soporte circular* permite identificar las interrelaciones sociales a través de las estructuras anidadas en base al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979). Replicar y confirmar su validez en el contexto de Culiacán, Sinaloa, México. Con el

propósito de probarlo o negarlo en un contexto determinado que es histórico, dinámico y en permanente construcción.

En el contexto actual, uno de los conflictos más impresionantes es el inevitable envejecimiento demográfico ya que, este fenómeno que va acompañado de otro, que es de carácter social. Un elemento que está presente es, la pérdida paulatina de sus capacidades físicas, de salud y mayormente la dependencia económica en una situación de pobreza y vulnerabilidad de las personas mayores. Este riesgo se relaciona con la reducción de oportunidades laborales y la insuficiente cobertura de los sistemas de seguridad social. Este sector poblacional constituye el grupo de edad, como los más desprotegidos y sensibles en materia de desarrollo social. Los adultos mayores que forman parte de la red de apoyo logran tener salud física y salud psicológica los que eleva su calidad de vida. En consecuencia se desarrollan actitudes favorables en su arreglo personal y en las relaciones en el grupo, habilidades de afrontamiento de los eventos que suceden en su vida, desarrollo de procesos cognitivos y socioemocionales, desarrollo de conexión social y la interacción de ayuda.

La vinculación de “yo”, “otros” y “nosotros” favorecen los comportamientos positivos; en relación a la convivencia social, genera condiciones emocionales afectivas, clima de comprensión, simpatía, compañía social, guía cognitiva y de consejos empática, regulación social y oportunidad de conocer a otras personas. Las relaciones positivas transforman y ayudan a disminuir los sentimientos negativos como: tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión y les facilita la relación con otras personas de su misma edad, compartir problemáticas, placeres y gustos comunes. En función de la integración, convivencia, reconocimiento; lo que realza el sentido y valor de la propia vida, situación que coadyuva a elevar la percepción de la felicidad, brindándole una impresión de utilidad y pertenencia al grupo.

En los análisis realizados se expresa que el dominio 3 donde se refieren las relaciones sociales se presenta el nivel más alto; por lo tanto, la calidad de vida es mayor, en función de que significa apoyo emocional, compañía social, guía cognitiva y consejos, beneficia el control social (la resolución de conflictos), favorecen los intercambios materiales y de servicios, además la posibilidad de tener acceso a nuevos contactos. De lo contrario, el

dominio 4 que representa el ambiente, es el que expresa las puntuaciones más bajas por lo tanto es menor el perfil de la calidad de vida. La percepción del ambiente, manifiesta las condiciones de las interacciones que están permeadas por los factores estructurales: sociales, económicos, culturales, y educativos del contexto donde se desarrollan las personas adultas mayores.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que aun con las condiciones o características que presenta el adulto mayor, en lo individual, en el ámbito del espacio social en el que participa, a las situaciones de su familia y el contexto social; perciben su calidad de vida como *normal y bastante buena*. En consecuencia se concluye que, el adulto mayor que ocupa un lugar en la red eleva significativamente su bienestar y por lo tanto, su calidad de vida. Sin embargo, es posible que una de las limitaciones es no haber estudiado a los adultos mayores que no asisten a los grupos de apoyo para observar las dinámicas sociales y valorar si realmente repercute estar vinculado en la red, y si esto influye en su calidad de vida. Es evidente entonces, generar nuevas líneas de investigación que profundicen en el conocimiento de los elementos que intervienen para mejora la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Se concluye por lo demás, que desde la disciplina de Trabajo Social se pretende construir y des-construir los conceptos, discursos y prácticas profesionales tradicionales. Pensando la intervención interdisciplinaria desde el Trabajo Social Sistémico, la intervención social en su orientación a la naturaleza de lo humano, de adentro hacia fuera y no solo de afuera hacia adentro. A partir de la convivencia y de las experiencias de vida como un sistema; como un mecanismo para leer la realidad humana en función de los procesos, de las personas, de los contextos y los tiempos. En el cual se conjuga, a la vez el nivel teórico y el nivel práctico, donde el desafío es la acción social del doble vínculo.

REFERENCIAS Y ANEXOS

Referencias

- Abarca, A., Alpízar, F., Rojas, C., & Sibaja, G. (2013). *Técnicas cualitativas de investigación*, San José de Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica UCR.
- Allevato, M. A. & Gavira, J. (2008). Envejecimiento, *Revista educación continua*, 1, pp. 154-162. Recuperado en: http://atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf
- Álvarez, J. L., & Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*, Buenos Aires: Paidós educador.
- Álvarez, R. (2008). *Medicina general integral: Salud y medicina*. La Habana: Editorial Ciencias médicas.
- Alvira, F. (1983). Perspectivas cualitativa-perspectiva cuantitativas en la metodología sociológica. *Revista de investigaciones* 22, pp. 53-76, Recuperado en: [file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetPerspectivaCualitativaperspectivaCuantitativaEnLaM-52968%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetPerspectivaCualitativaperspectivaCuantitativaEnLaM-52968%20(2).pdf)
- Antonucci, T. C. (1986). Measuring social support networks. [La medición de las redes de apoyo social]. Hierarchical mapping technique, *Generation: Journal of the American society of aging*, 10 (4), pp. 10-12.
- Antonucci, T. C., Akiyama, H. & Lasnford, J. (1998). Negative effects of close relations (efectos negativos de las relaciones estrechas). *Family realtions (realizaciones familiares)*, 47, pp. 379-384.
- Antonucci, T. C. & Jackson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del trascurso de la vida. En L.L Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.).

- Gerontología clínica: intervención psicológica y social*, pp. 128-149. Barcelona, Martínez Roca. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56032544004.pdf>
- Apodaka, E. & Villareal, M. (2015). Psicología social e identidad colectiva: Demonización o salvaguarda crítica. *Papeles del CEIC*, 2, pp. 1-28.
- Arias, C. J. (2001). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad*. (Tesis de Maestría no publicada). Universidad del Mar de Plata. Argentina, biblioteca de la Universidad del Mar de Plata.
- Arita, B. (2006). *Calidad de vida en Culiacán: condiciones objetivas, capacidad y bienestar subjetivos*, México, Editorial Fontamara, S.A.
- (2017). *Modelo sistémico de percepción de la calidad de vida*. México, Editorial Hablalma.
- (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida Capability and Subjective Well-being as Quality-of-Life Study Dimension, *Revista Colombiana de Psicología* 14, pp. 73-79.
- Arroyo, M. C. & Soto, L. E. (2015). Redes de apoyo familiar e institucional en la vejez: su influencia en el bienestar subjetivo de los adultos mayores. En *Historias Singulares y contextos plurales de la vejez*, pp. 23-49. México, Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Arroyo, M.C. (2015). *Historias singulares y contextos plurales de la vejez: una mirada holística*, México, Universidad Juárez del Estado de Durango.
- & Ribeiro, M. (2009). Representaciones de género en la vejez y la dependencia. En *Textos y contextos del envejecimiento en México*, pp.41-63. México, Editorial Plaza y Valdez.
- Barbero, M. J. (2003). Saberes hoy: disseminaciones competencias y transversalidades. *Revista iberoamericana de educación* 32, pp. 17-34.
- Barbosa, P.A. (2010). *¿Ser viejo y ser humano es posible en la posmodernidad? Vejez y posmodernidad, un acercamiento desde el género a las posibilidades y limitantes de*

- esta relación*. Ponencia VIII congreso iberoamericano ciencia, tecnología e género, 5-9 de abril, Recuperado en:
- http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_Ser_Viejo_y_Ser_Humano.pdf
- Barbosa-Chávez, J. A. (2016). *Calidad de vida en el adulto mayor: relaciones que transforman*. (Disertación de Maestría). Recuperada de la base de datos del instituto Tecnológico y Estudios Superiores de Occidente. (Núm. 11117/3965).
- Bardín, L. (1986). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y Práctica*, Barcelona, Paidós.
- Barrón, A. (1990). Apoyo social: Definición. *Jano*, 898. 38, pp. 9-15.
- (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Bateson, G. (1990). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Argentina, Ediciones Lohlé.
- Berelson, B. (1952). Content analysis in communication research. [Análisis de contenido de la comunicación]. New York, The Free press publishers.
- Berger, K. S. (2009). *Psicología del desarrollo*, Madrid, Editorial Medica Panamericana.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Amorrortu.
- Boltvinik, J. (1995). La pobreza en México. I. metodologías y evolución. *Salud pública*, 37, (288-297). Recuperado en:
- <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5849/6558>
- Borboa, M. S. (2004). *Prácticas y estrategias de la gestión organizacional. Historias de vida*, México, Editorial uas.
- Bourdieu, P. (2008). *Capital cultural, escuela y espacio social*. (8va edición.) México, Siglo XXI editores.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Paidós.

--- (1976). The ecology of human development: history and perspectives (La ecología del desarrollo humano: historia y perspectivas). *Psicologia*, 19 (5), 537-549. Recuperado en:

<http://titleiii-ptlproject.wikispaces.umb.edu/file/view/35bronfebrenner94.pdf/455834098/35bronfebrenner94.pdf>

--- (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press. (Trad. Castellano: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Ediciones Paidós (1987).

--- (2001). The bioecological theory of human development (teoría bioecológica del desarrollo humano). En N. Smelser y P. Baltes (Eds.), *international encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Enciclopedia internacional de las ciencias sociales y del comportamiento), 10, 6963-6970. New. York, Elsevier.

Bryman, A. (2007). “*Why do we need mixed-methods ¿should differentiate integration versus mixed-methods?*” [Por qué necesitamos los métodos mixtos ¿debe diferenciar la integración frente a los métodos mixtos?]. Ponencia del coloquio Mixed. Methods: Identifying the issues. Organizado por el research methods programe, Universidad de Manchester (Reino Unido).

Bunge, M. (1980). *Epistemología*, Barcelona, Ediciones Ariel.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of life: perceptions, evaluation and satisfactions*, [La calidad de Vida: perception y evaluation de la satisfaccion], New York, Russel Sage Foundation.

Canales, L. M. (2006). *Metodología de investigación social, introducción a los oficios*, Chile, Ediciones Lom.

Cantera, L. M. (2004), Psicología comunitaria de la salud. En *Introducción a la psicología comunitaria* (37-57). Barcelona, Ed. UCO. Recuperado en:

<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/503-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria/file>

- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. [Sistema de apoyo y la salud mental comunitaria], Nueva York, Basic Books.
- Carmona, S. E. & Ribeiro, M. (2009). Interacción y bienestar social de los adultos mayores en Monterrey. En *Textos y contextos del envejecimiento en México*, pp. 277-294. México, Editorial Plaza y Valdez.
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity Theory (Teoría de la selectividad): social activity in life-span context (Actividad social en el contexto de la vida). *Annual review of gerontology and geriatrics (Revisión anual de gerontología y geriatría)*, 11, 195-2017. Recuperada en:

<http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADO%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Cazzinaga, S. (2007). *Hilos y nudos: la formación, la intervención y lo político en el trabajo social*. Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Cea D' Ancona, M.A (1996). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*, Madrid, Editorial síntesis, S.A.
- CEPAL (2003). América Latina y el Caribe: envejecimiento de la población. *Boletín demográfico*, 1950-20150, año 37, núm. 72, Julio. Recuperado en:
<https://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/13371/LCG2211.pdf>
- Chadi, M. (1997). *Integración del servicio social y enfoque sistémico relacional*. Buenos Aires, Argentina, Espacio Editorial.
- (2007). *Redes Sociales en el trabajo social*, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- (2012). Modelo relacional de Chadi, En *Didácticas sociales: Métodos educativos en trabajo social desde un modelo cognoscional vincular* (pp.162-166). Colombia, Editorial Universidad de Caldas.
- Clemente, M. A. (2003). Redes de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. *Interdisciplinaria*, 20(1), 31-60. Recuperado en:

<http://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>

- Clemente, R. A. (2015). *Relaciones interpersonales y desarrollo humano: Lección inaugural del curso 2015-2016*. Doi:10.6035/Llico.2015.2016.
- Colás, M. P., & Bravo, E. L. (1994). *Investigación educativa*, Sevilla, Alfar.
- Consejo Nacional de Población CONAPO (2003). *Índices de desarrollo social en las etapas de la vida*, 2000, México, Consejo Nacional de Población.
- (2015) Recuperado En: <http://www.proceso.com.mx/?p=380602>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología técnica de investigación social*, España, S.L. McGraw-Hill Interamericana.
- Creswell, J. (2003). *Outline: Creswell's research design [Esquema: Diseño de investigación de Creswell]*. Recuperado en <http://www.ics.uci.edu/alspaugh/human/crewel.html>
- Cummings, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement (Envejecer: el proceso de desconexión)*. New York, Basic books.
- Dabas, E. N. & Najmanovich, D. (1995). *Redes: El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción de la sociedad civil*. Argentina, Editorial Paidós.
- Dabas, E. N. (1993). *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Paidós.
- Dabas, E., Celma, L.C. & Richard, G. M. (2011). *Haciendo en redes perspectivas desde prácticas saludables*. Buenos Aires, Ediciones CICCUS.
- Daltabuit, M. Mejía, J. & Álvarez, R. L. (2000). *Calidad de vida, salud y ambiente*. México, Instituto de Investigaciones antropológicas.
- Dávila, C. (2001). *Teorías organizacionales y administración. Enfoque crítico*, (2da edición), Colombia, Editorial McGraw Hill.
- Davis, K & Newstrom, J. (1993). *Comportamiento humano en el Trabajo, Comportamiento Organizacional*, (8va Ed.), México, Editorial McGraw-Hill.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamérica.

- Denzin, N. K. & Lincoln Y.S. (2005). *El campo de la investigación cualitativa*, España, Gedisa.
- Desarrollo Integral de la Familia DIF-Sinaloa (2016). Archivos.
- Díaz, M. (2014). *Afrontamiento y apoyo social con burnout, calidad de vida profesional y salud, en bomberos de gran canaria* (Disertación doctoral). Recuperada en: https://acceda.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/12978/4/0705687_00000_0000.pdf
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields [La jaula de hierro revistada: isomorfismo institucional y racionalidad colectiva en los campos de la organización]. *American Sociological Review*, 48, pp. 147-160
- Dominique, E. M. (1992). *La interacción social: cultura, instituciones y comunicación*, España, Editorial Paídos.
- Durá, E. & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de enfermos oncológicos. *Revista de psicología social*, 6 (2) 257-271. Recuperada en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelApoyoSocialYSusImplicacionesParaElAjust-111762%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelApoyoSocialYSusImplicacionesParaElAjust-111762%20(4).pdf)
- Dykstra, P. A. (1990). *Next of (non) kin (siguiente de (no) parientes: the importance of primary relationships for older adults'well-being (la importancia de las relaciones primarias para el bienestar de los adultos mayores)*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Egaña, E. & Wolff, M. (2015). Medicina integral; momentos y definiciones de una historia. Entrevista a Luis Weinstein. Psiquiatra. *Revista Chilena de Salud pública*, 19, pp. 317-322. Recuperada en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/37639/3930>
- 5
- Erikson, H. (1963). *Childhood and society (infancia y sociedad)* (2da edición) New York, Norton.

- Esping, G. (1999). *¿Burócratas o Arquitectos? La restructuración del Estado benefactor en Europa presente y futuro del Estado de bienestar: el debate europeo*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores.
- Fassio, A. (2003). "Organizaciones de las personas de edad en la ciudad de Buenos Aires", en *Revista de Trabajo Social perspectivas*, Santiago de Chile, Universidad católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- Federico de la Rúa (de) A. (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social, *Portularla*, (7) 1, p 9-21. Recuperada en: <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161017350001.p>
- Fernández, G. & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación, (5) 117-135 *Revista territoris*. Recuperada en: <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>
- Fernández, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de la tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*, (Disertación doctoral). Recuperada en la base de datos copyright: servei publicacions. Disposit legal: V-1042-2010, ISBN: 978-84-370-7557-0
- Fernández, T. & García, R. L. (2015). *Trabajo social: una historia global*. México, McGraw-Hill education.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: condiciones diferenciales, *Psychology in Spain*, 2 (1), 57-65. Recuperada en: <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/9036/11488>
- (2003). *Enciclopedia de evaluación es en psicología*, volumen (2) Londres, Editorial SAGE publicacions.
- Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de salud. *Revista de salud pública de la plata-Argentina*, enero- diciembre. Sin PP. En: http://psico.edu.uy//sites/default/files/cursos/nas_defsalu.pdf salud ferrata.
- Fiori, K. L., Antonucci T.C. & Akiyama, H. (2008). Profiles of social relations among older adults: a cross-cultural approach, (perfiles de las relaciones sociales entre adultos

- mayores: un enfoque intercultural) *Ageing E Society*, (envejeciendo en sociedad) 28, pp. 203-231.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, Editorial Morata.
- Franzoi, S. L. (2000). *Social psychology (Psicología social)*. (2 ed.). Boston, Estados Unidos, McGraw Hill.
- Gallardo, L.P. (2013). *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota- Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social*, (Disertación doctoral). Recuperada eprints.ucm.es/20100/1/T 34359.
- García, F.A. (2001). *Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana*. Ponencia presentada en la XI Reunión Interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de Deficiencias. Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid, 29 y 30 de noviembre de 2001. Recuperado en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf.
- García, M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. *Revista digital. Buenos Aires*, 51, pp. 1-4.
Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>
- Giddens, A. (2006). *Sociología*, (5ta Edición), Buenos Aires, Editorial Alianza.
- Gifre, M. & Guitart, M. E. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Revista contextos educativos*, 15, 79-92. Recuperado en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ConsideracionesEducativasDeLaPerspectivaEcologicaD-3972894%20\(10\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ConsideracionesEducativasDeLaPerspectivaEcologicaD-3972894%20(10).pdf)
- Gordon, J. R. (1997). *Compartimiento Organizacional*, 5ta edición, México, Prentice Hall.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies*. [Estrategias de apoyo social], Beverly Hills: Sage.
- Guasch, O. (2002). *Observación participante: Volumen 20 de cuadernos metodológicos*, Barcelona: Centro de investigaciones sociológicas, CIS.

- Guzmán, J.M., Huernchuan, S., & Montes de Oca, V., (2003). *Red de apoyo social de las personas mayores: marco teórico conceptual*, Ponencia presentada en el simposio viejos y viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social 51 Congreso Internacional de Americanistas 14 al 18 de julio, Santiago de Chile. UNAM, México. Recuperado en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvm.pdf
- Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, Colegio de la frontera norte.
- Hasenfeld, Y. (1990). *Organizaciones al Servicio del Hombre*, México, Biblioteca para la salud.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C, & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*, (6ta eds.), México, Editorial McGraw-Hill.
- Herrero, J. (2004). La perspectiva ecológica. En *Introducción a la psicología comunitaria* (55-77). Barcelona, Ed. UCO. Recuperado en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/503-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria/file>
- Herrero, J. (2004). Redes sociales y apoyo social. En: *Introducción a la psicología comunitaria*. (116-139). Barcelona, Editorial UCO. Recuperado en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/503-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria/file>
- Hofoll, S. E. & Stokes, J. P. (1988). The processes and mechanics of support (Los procesos y la mecánica del apoyo). En S. Duck (Ed.), *Personal relationships. Theory, research and intervention (Teoría de las relaciones personales. Investigación e intervención)*. London, Wiley and Son.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and Health. *Science*, New series, 241, 540-545. Recuperado en:

<http://www.math.utah.edu/~lzhang/teaching/1070spring2012/Daily%20Updates/examples/feb1/Social%20Relationships%20and%20Health.pdf>

- House, J.S. (1981). *Word stress and social support*. (El estrés de la palabra y el apoyo social). Nueva York, Addison-Wesley.
- Huci, C., Molero, F., Gómez, A. & Morales, F. (2012). *Psicología de los grupos*. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Huenchuan, S. & Sosa, Z. (2002). *Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile*. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado en:
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf.
- Ibáñez, J. (1986). Perspectivas de la investigación social, en F. M. García, J. Ibáñez, F. Alvira, (Eds.), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación social*, Madrid, Alianza Universidad textos.
- Ibarra, E. (1994). *Argumentos para un debate sobre la modernidad. Aspectos organizacionales y económicos*, UNAM Iztapalapa, México: impreso en talleres gráficos de publicaciones e impresiones de calidad.
- Infante, C., Abreu, L.F., Reyes, I. & Dieter, K. (2000). Paradigmas de la relación entre la calidad de vida y la salud. En *Calidad de vida, salud y ambiente*, pp. 149-178. México, UNAM, CRIM.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014). *Perfil socio demográfico de los adultos mayores, 2010*. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía: México, INEGI, 2014. En:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- (2015). *Encuesta Nacional de ocupación y empleo ENOE*. Recuperado En:
<http://www.proceso.com.mx/?p=380602>

- Instituto Nacional de Geriátría INGER (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*.
- Jiménez B. L. & Serrano, T. (2015). La geragogía social y el envejecimiento. En M. C. Arroyo (Eds.). *Historias singulares y contextos plurales de la vejez: una mirada holística*, pp. 107-125. México, Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Johnson, B. & Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come [Los métodos de investigación mixtos: un paradigma de investigación cuyo tiempo ha llegado]. *Educational Researcher*, 33, pp. 14-26.
- Kaplan, H.R. & Tausky, C. (1977) Humanism in Organizations: a critical Appraisal, en Hasenfeld, *Organizaciones al Servicio del Hombre*. México: Biblioteca para la salud.
- Krause, N. & Rook, K. S. (2003). Negative interaction in late life (interacción negativa en la última hora de la vida): Issues in the stability and generalizability of conflict across relationships (cuestiones sobre la estabilidad y la generalización del conflicto entre las relaciones). *Journal of Gerontology: Psychological Science (Revista de Gerontología: Ciencias psicológicas)*, 58, pp. 88-99.
- Krause, N. (2001). Social support (apoyo social). En R. H. Binstock and L. K. George. *Handbook of aging and the social sciences (manual de envejecimiento y las ciencias sociales)*. (5th Ed) New York, Elsevier Science.
- (2006). Social relationships in late life (las relaciones sociales en la última hora de la vida). En Robert H. Binstock y Linda K. George (Eds.), *handbook of aging and the social science (manual de envejecimiento y las ciencias sociales)* (6ta ed., pp. 181-200). Amsterdam, Elsevier.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J. of Gerontol.*, [30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de ancianos americanos], pp. 109-125.
- Lefebvre, H. (1969). *El derecho a la ciudad*, Barcelona, Península.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona, Editorial Herder.

- León, G., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*, Madrid, Mac-Graw Hill.
- Lewin, k. (1936). *Principles of topological psychology*. Nueva York: Me Grawhill Book. CO.
- Ley de los derechos de las personas adultas mayores (2002). En: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/245.doc.
- Linderman, E. (1979). *Beyon Grief: studies in crisis intervention. (Duelo de Beyon: estudios en intervención en crisis)* Nueva York, Jason Arosón.
- Locker, D. (1992). *Prevention and Health promotion (prevención y promoción de la salud)* En: Scramber, G. *Sociology as applied to medicine (Sociología aplicada a la medicina)*. Londres, Bailliere Tindall. 249-260.
- Lombardo, E. (2015). *Regulación emocional y las redes de apoyo social en la vejez, el rol de la selectividad*. VII Congreso Internacional y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/000-015/605.pdf>
- Lomnitz, L. (1977). *Como sobre viven los marginados*, México, Editorial Siglo XXI.
- (1994). *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*, México, Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- López, A. (1998). *Estética de la creatividad*. Madrid, Rialt.
- Lozares, C. (1996). *La teoría de redes sociales*, *papers, revista de sociología*, No. 48. P. 103- 126. Recuperado en: <http://papers.uab.cat/article/view/v48-lozares/pdf-es>
- Ludi, M. C. (1999) *Acerca de cómo nombrar la vejez, una mirada desde el trabajo social*, En Monografía modulo *Análisis de la problemática cultural*, Argentina, MTS-FTS-UNER.
- (2005). *Envejecer en un contexto de (des) protección social. Clave problemática para pensar la intervención social*, Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Malinoswski, B. (1975). *Una teoría científica da cultura*. San Pablo, McGraw Hill.

- Martínez, M. (2006). *Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación*, (2da. Edición). México, Editorial Trillas.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual), (9) 123-146 *Revista IIPS facultad de psicología*. Recuperado en:
Doi:<http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4033>
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being (Hacia una psicología del ser)* (2ª ed.). Princeton, NJ, Van Nostrand.
- (1970). *Motivacion and personality (Motivación y personalidad)* (2ª ed.). New York, Harper y Row.
- Max-Neef, M. A. (1998). *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*, Uruguay, Editorial Nordan-comunidad.
- Méndez, O. & Aparicio, A. (2009). Programa de atención al adulto mayor en Nuevo León: un proyecto vigente y una evaluación pendiente. En *Textos y contextos del envejecimiento en México* (pp. 149-168). México, Editorial Plaza y Valdés.
- Mendoza-Núñez, V., & Martínez- Maldonado, M. (2009). Escala de redes de apoyo social para adultos mayores (ERASAM). En: González-Celis, A. (Coord.) *Evaluación en Psicogerontología. México*, pp. 95-112. México, Manual Moderno.
- Montenegro, M. (2004). Comunidad y bienestar social. En *Introducción a la psicología comunitaria* (18-36). Barcelona, Ed. UCO. Recuperado en:
<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/503-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria/file>
- Montes de Oca, V. & Hebrero, M. (2009). Deterioro funcional en adultos mayores: las familias frente al envejecimiento en México. En *Textos y contextos del envejecimiento en México* (pp.63-85). México, Plaza y Valdez.

- Montes de Oca, V. (2000). Relaciones familiares y redes sociales. En: *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, 289-326, México, Consejo Nacional de Población, México.
- (2009). El adulto mayor en situación de pobreza y vulnerabilidad en el área metropolitana de Monterrey: retos para la política pública. En M. Ribeiro & S. Mancinas (Eds.), *Textos y contextos del envejecimiento en México: retos para la familia y el Estado*. (pp. 11-15). México, Editorial Plaza y Valdez.
- Muñiz, J. (2014). El uso de los test y otros instrumentos de evaluación en investigación. *Revista Comisión internacional de test. 1*, 1- 11. Recuperado en: <https://www.cop.es/pdf/ITC2015-Investigacion.pdf>
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: (2da edición). *Psicothema*, 25 (2), 151-157. Recuperado en: <http://www.cop.es/pdf/dtyatest.pdf>
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. & Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona, Editorial UCO. Recuperado en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/503-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria/file>
- Musitu, G. (1999). Las redes de apoyo social en la persona mayor, en Medina, M., y M. Ruiz (eds.) *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo*. Murcia: Universidad de Murcia/actas del congreso, pp. 10-12.
- Neugarten, B. (1995). Adult intergenerational relation: effects of societal change [*Las relaciones entre generaciones adultas: efectos del cambio social*] (eds) En K. W. Schaie, & L.M. Burton, New York, Spincer.
- (1999). *Los significados de la edad*, Barcelona, Editorial Herder.
- Núñez, R. A. (2008). *Redes comunitarias: afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional*. Buenos Aires, Editorial Espacio.

Organización de las Naciones Unidas, (ONU, 2002). *Informe de la segunda Asamblea mundial sobre el Envejecimiento*. En:

http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/

--- (1982). *Informe de la primera Asamblea mundial sobre el envejecimiento*, Recuperado en: <http://daccessdds.un.org>.

Organización Mundial de la Salud (1948). *Carta de Ottawa para la promoción de Salud* [Documento en línea] http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

--- (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado en:

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

--- (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la comisión OMS sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado en:

http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsummary_es.pdf

--- (2015). *El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud. Estados Unidos de América*: Ediciones OMS: Recuperado en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

--- (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*: 37(S2): 74-105. Recuperado en:

http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Palomba, R. (2002). *Calidad de vida: conceptos y medidas*. Institute of population research and social policies Roma Italia. (Santiago de Chile). Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores. Miércoles 24 de julio, 9:30 a 13:00 CELADE/división de población, CEPAL. Recuperado en:

https://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf

- Paola, J., Samter, N., & Manes, R. (2011). *Trabajo social en el campo gerontológico: Aportes a los ejes de un debate*. Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Pardinas, F. (1993). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*, México, Siglo XXI.
- Pardo, I. (2011). Innovaciones en investigación y criterios “bilingües” de validez, *Estudios Sociológicos*, XXIX, Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/598/59823597005.pdf>
- Parlee, M. B. (1979). The friend-ship bond: (El vínculo amigo-barco) PT's survey report on friend-ship in America.(Reporte de encuesta de PT en America), *Psychology today (Psicología hoy)*, 113, pp. 43-54.
- Partida, V. (2001). Perspectivas del cambio demográfico: monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050, Demos. *Carta demográfica sobre México*, 14, pp. 6-7, México, Instituto de investigaciones sociales de la UNAM.
- Pawell, W.W & Dimaggio, P.J. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México, Fondo de cultura económica.
- Pereira, Z. (2011). Los diseños de los métodos mixtos en la investigación en educación: Una experiencia concreta, *Revista electrónica educare*, (XV) 1, 15-29. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>
- Peris, R. y Agut, S. (2007). Evolución conceptual de la identidad social. El retorno de los procesos emocionales. *Revista electrónica de motivación y emoción*, X, pp. 1-11. Recuperado en: <http://reme.uji.es/articulos/numero26/article2/article2.pdf>.
- Ragin, CH. (2007), *La construcción de la investigación social: introducción de los métodos y su diversidad*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores.
- Requena, F. (2003). *Análisis de las redes sociales*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- (2011). *Las redes de apoyo social*. Madrid, Civitas.

- Riesco, E. (1993). La ancianidad, un proceso social, en *sociedad y población anciana*, (Coord.), P. Sánchez, pp. 111-159, Murcia, Universidad de Murcia,.
- Rivas, L. A. (2009). Evolución de las teorías de la organización, en *revista Universidad & empresa*. 17, pp. 11-32, Colombia, Universidad del Rosario.
- Robbins, S. P. (1999). *Comportamiento organizacional*, (8va ed.), México, Editorial Prentice Hall.
- Rodríguez, C. (2012). *Psicología social*. México, Editorial Red Milenio S.C.
- Rodríguez, G., Flores, J.G, & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cuantitativa*, Málaga. Editorial Aljibe. Recuperado en:
http://www.catedranaranja.com.ar/taller5/notas_T5/metodologia_investig_cap.3.pdf
- Rogers, C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Rojas, L. P. (2008). *Módulo de auto instrucción. Elementos conceptuales y metodológicos de la investigación cualitativa*, Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Editorial UCR.
- Romero-Segovia, R. (2006). *El reconocimiento social en los adultos mayores Caso: Club San Isidro Labrador* (Disertación de maestría no publicada). Universidad Autónoma de Sinaloa, Biblioteca de la Facultad de Trabajo Social de la UAS.
- Rook, K.S. (1990). Parallels in the study of social support and social strain (paralelos en el estudio del apoyo social y la tensión social). *Journal of social and clinical psychology (revista de psicología social y clínica)*, 9, 118-132.
- Rosow, I. (1985). Status and role change through the life cycle (Estado y cambio de roles a lo largo de la vida). En Robert H. Binstock y Ethel Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences (Manual de envejecimiento y las ciencias sociales)*. (2ª ed., pp. 62-93). New York, Van Nostrand Reinhold.
- Ruiz, J. I, & Ispizúa, M. A. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. España, Universidad de Deusto.

- Ruiz, J. I. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*, (4ta ed.), Bilbao, Universidad de Deusto.
- Salas, M. G., Martínez, M .E., Pérez, M. E. & Arroyo, M.C (2015). Vejez, dependencia y cuidados: una triada social problemática. En *Historias Singulares y contextos plurales de la vejez*, pp. 77- 106. México, Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Salvareza, L. (1998). *La vejez, una mirada gerontológica actual*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- (2002). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Santrock, J. W. (20006). *Psicología del desarrollo: ciclo vital*, décima edición, Madrid, McGraw-Hill /Interamericana de España, S.A.U.
- Sautu, R. (2001). Acerca de lo que es y no es investigación científica en ciencias sociales, Capítulo 8, *La trastienda de la investigación*, (pp. 228-243). Buenos Aires, Ediciones Lumiere.
- Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2003). Social support (Apoyo social). En A. Kaptein y j. Weinman (Eds). *Introduction to Health psychology (Introducción a la psicológica de la salud)*. Oxford, England, Blackwell.
- Sierra, F. (1998). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación, *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*, pp. 277-345. México, Editorial Pearson.
- Sluzki, C. E. (1979). Migration and family conflict (migración y conflictos familiares). *Family process* (proceso familiar), 1, 379-390.
- (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, Gedisa.
- (1996). La red social proposiciones generales. En *La red social: frontera de la práctica sistemática*, pp. 37-69. España, Gedisa.
- Solís, S. (2005). Desarrollo a escala humana. En *Necesidades Humanas y desarrollo humano: un acercamiento metodológico*, pp. 127-151. México, Editorial Plaza y Valdés.

- Souza, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires, Editorial Lugar.
- Stake, R. (2007). *Investigación con estudio de caso*. Madrid, Morata.
- Strejilevich, M. (1993). *Apuntes para una historia*. Buenos Aires: Edición de Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados I, INSSJP-PAMI.
- Tamez, B. M. (2015). El envejecimiento exitoso: un nuevo enfoque de estudio y atención hacia el adulto mayor. En M.C. Arroyo (Ed.), *Historias singulares y contextos plurales de la vejez: una mirada holística*, pp.125-147. México, Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423. doi: 10.1037/0022-006X.54.4.416.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, M.J (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Revista anales de psicología*, 18, 1, pp. 45-59.
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B. & Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural, *Salud pública*, 48, pp. 30-38.
- Turner, J. C., & Haslam, S.A. (2001). Social identity, organizations and leadership (Identidad social, organizaciones y liderazgo). In J.C. Turner (Ed.), *Groups at work: Advances in theory and research (Grupos de trabajo: Avances en teoría e investigación)*. pp. 25-65. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación: reflexión metodológica y práctica profesional*. España, Editorial Síntesis.
- Vélez, O. L. (2003). *Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Vera, J. & Sotelo, T. (2005). Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. *La Psicología Social en México*, volumen (X), pp. 95-102. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80270205.pdf>

- Villasana, S. & Reyes, L. (2009). Vejez en población indígena. Introducción a la problemática social del envejecimiento. En *Textos y contextos del envejecimiento en México*, pp. 111-133. México, Plaza y Valdés.
- Waldinger, R. J. (2015). ¿Qué resulta ser una buena vida? las lecciones del estudio más largo sobre felicidad? Recuperada en:
https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness/transcript?language=es Waldinger
- Wilcox, B. (1981). Social support in adjusting to marital disruption a bntworks analysis. (Apoyo social en el ajuste de la ruptura matrimonial un análisis) En: *Social networks and support (Redes sociales y apoyo)* Beverly Hill, CA, Sage
- Wong, C. E, Cotrena, C., Mojardín, A. H., Glauthier, L., Joannette, Y., & Fonseca, R.P. (2012). Test de las campanas: un estudio transcultural entre Brasil y México, *Cuadernos de Neuropsicología*, 6 (1), pp. 113-127.

Anexos

Anexo 1. Ficha de identificación de la red social



Ficha de identificación de la red social (espacio grupal).

Fecha de registro _____

Nombre y ubicación de la red social _____

Personal y voluntarios que atiende la red social _____

Datos de la red: Tamaño, distribución, densidad y tipos de apoyo.

Apoyos emocionales	Apoyos cognitivas	Apoyos materiales	Apoyos instrumentales
Empatía y afecto	Se expresa adecuadamente	Apoyo de alimentos	Transporte de su casa al grupo o viceversa.
Cordialidad			
Cooperación	Se tratan temas importantes	Apoyo de materiales para las actividades	Apoyo realizar compras
Utilidad			
Flexibilidad	Comparten consejos	Apoyo/préstamo de dinero	Apoyo en caso de enfermedad
Amistad y respeto			
Aceptación social	Comparten experiencias de éxito	Apoyo de ropa y utilería para actividades.	Apoyo para limpiar casa
Auto reconocimiento			
Confianza	Se generan estrategias de afrontamiento para duelos		
Éxito y eficacia	Participa en capacitación de auto cuidado		

Observaciones:

Anexo 2. Escala de calidad de vida

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF -2010 (OMS)

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marque con una X la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					

		Muy satisfecho/a	Un poco satisfecho	Lo normal	Bastante	Extremadamente
2	¿Cómo de satisfecho está con su salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida?					
9	¿Cómo de saludable es el medio ambiente a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las últimas dos semanas ha sentido satisfecho/o y cuanto, en varios aspectos de su vida.

		Muy satisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cómo de satisfecho está con su habilidad para hacer actividades de la vida diaria?					
18	¿Cómo de satisfecho/a está con capacidad para el trabajo?					
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?					
20	¿Cómo de satisfecho/a con sus relaciones personales?					
21	¿Cómo de satisfecho/a con su vida sexual?					
22	¿Cómo de satisfecho/a con el apoyo que obtiene de sus amigos/os?					
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cómo de satisfecho/a está con servicios de transporte de su zona?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

		Nunca	Rara mente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?					

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario? Si _____ No _____ ¿Cuánto tiempo tardó en contestarlo? _____

¿Le gustaría hacer algún comentario? _____

Gracias por su ayuda