



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

***“REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 28 IMSS”.***

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A:

DRA. ALMA LILIANA VELÁZQUEZ MIGUEL.

ASESOR:

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORD. CLINICO DE EDUC. E INVEST. EN SALUD UMF No. 28 I.M.S.S.**

MÉXICO, D.F. 2011.

No DE REGISTRO: 2011-3609-23



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
GABRIEL MANCERA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Dr. Ernesto Romero Hernández
Director de la Unidad

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dr. Jafet Felipe Méndez López
Profesor Titular de la Residencia Médica en Medicina Familiar

No DE REGISTRO: 2011-3609-23

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No .28 “Gabriel Mancera”
Asesor de Tesis.

No DE REGISTRO: 2011-3609-23

AGRADECIMIENTOS.

A **mi mamá** por todo, su apoyo, cariño, comprensión, confianza, por acompañarme en todo este trayecto largo, mil gracias!!!. Porque siempre estuvo conmigo en cada momento difícil y alegría, por no perder la fe en mí, por estar aquí conmigo y ser parte de este momento, te quiero mucho mamá. Agradezco a Dios por haberme dado a la mejor de las madres.

A **mi papá** que a pesar de todos los obstáculos me ayudo en cada etapa de mi vida y ahora en esta etapa profesional, no solo me ayudaste a crecer si no me has dado tanto, por todo el esfuerzo, cariño, sé que al final no fue muy fácil, pero agradezco infinitamente todo tu apoyo y estoy orgullosa de ser tu hija, te quiero mucho papá.

A **mi hermana Caro** por su apoyo incondicional a lado de esos dos seres que adoro **Ximena** y **Fernando** mis sobrinos gracias por sus risas y cariño ya que fueron y son motivo para seguir cosechando más éxitos, los quiero mucho y gracias por estar aquí conmigo.

A **David Ojeda y Pedro Valdovinos**, mis amigos los sinaloenses, por su apoyo, por invertir su tiempo en esta etapa de mi vida, los quiero mucho y por darme ánimos para no darme por vencida y continuar.

A la **Dra. L. Gabriela Navarro Susano** por su apoyo, confianza y comprensión y sobre todo ser colaboradora para realizar este trabajo de investigación.

Al **Dr. Jafet Felipe Méndez López** por su apoyo, esfuerzo, paciencia y no dejar que se perdiera el entusiasmo durante nuestra formación como médicos especialistas.

A cada uno de mis amigos y hermanos del alma, **Oscar, Susana, Gaby** por entender que hubiese deseado compartir sus mejores momentos, pero agradezco que entendieran el por qué muchas veces no pude y a pesar de eso me motivaron a seguir, gracias amigos, los quiero!.

A cada uno de mis compañeros **Médicos Residentes**, por compartir conmigo parte de su vida, por las risas, los llantos, peleas, en estos 3 años gracias por todo, a cada uno le deseo el éxito que merecen y nunca dejen de luchar, gracias por haberme dado la oportunidad de conocerlos.

A **los Médicos, Profesores** de la Unidad de Medicina Familiar por sus enseñanzas.

A **Dios** por cada momento que me dio, por lo que viví, aprendí, y que jamás dejo que en momentos difíciles estuviera sola, por haberme dado la oportunidad de vivir esta etapa maravillosa en mi preparación como Médico Especialista en Medicina Familiar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, 3 SUROESTE DEL D.F.

FECHA 04/03/2011

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 IMSS".

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-3609-23

ATENTAMENTE

DR. (A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3609

IMSS

SEGURO Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

1. MARCO TEORICO.	8
1.1.0 ANTECEDENTES..	8
1.1.1 REDES DE APOYO.	10
1.1.2 REDES DE APOYO SEGÚN LA ETAPA DEL CICLO VITAL.	20
1.1.3 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR.	22
1.1.4 REDES DE APOYO EN LOS ADULTOS MAYORES	25
1.1.2 REDES DE APOYO SEGÚN LA ETAPA DEL CICLO VITAL.	20
1.1.3 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR.	22
1.1.4 REDES DE APOYO EN LOS ADULTOS MAYORES	25
1.1.5 VALIDEZ DEL ERASAM.	31
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	33
1.4 HIPÓTESIS.	36
1.4.1 HIPOTESIS VERDADERA.	36
1.4.2 HIPOTESIS NULA.	36
1.5 OBJETIVOS.	36
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.	36
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	36
2. MATERIAL Y METODOS.	37
2.1 TIPO DE ANALISIS.	37
2.1.1 PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS.	37
2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	38
2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	39
2.4 MUESTRA.	40
2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.	41
2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	41
2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.	41
2.6 VARIABLES.	42
2.6.1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.	42
2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	43
2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	44
2.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.	44
2.9 METODOS DE RECOLECCION.	44
2.10 MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS.	45
2.11 PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.	46
2.11. 1 PLAN DE CODIFICACION DE DATOS.	46
2.11.2 DISEÑO Y CONSTRUCCION DE LA BASE DE DATOS	46
2.11.3 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS.	46
2.12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	47
2.13 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.	48
2.13.1 HUMANOS.	48
2.13.2 MATERIALES.	48
2.13.3 FINANCIAMIENTO.	48
2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS	49.
3. RESULTADOS.	50
4. DISCUSION.	64
5. CONCLUSIONES.	66
6. BIBLIOGRAFIA.	67

“REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28 IMSS”.

Alma Liliana Velázquez Miguel. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Objetivo; Identificar los tipos de Redes de Apoyo más frecuentes en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar usando la escala de redes de apoyo social para adultos mayores (ERASAM).

Métodos; Es un estudio Observacional, descriptivo, transversal que se realizó en los meses de Marzo y Abril del 2011, en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS, ubicada en la Colonia del Valle, en derechohabientes mayores de 60 años y más. El tamaño de la muestra se calculó de forma probabilística de una población total de 51,830 derechohabientes de 60 años y más, ambos sexos, según reporte de ARIMAC de la misma Unidad de Medicina Familiar en el año 2009, realizándose el cálculo de forma probabilística obteniéndose en total una muestra de 150 derechohabientes Adultos Mayores, seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión, Dentro del protocolo de estudio la variable dependiente: Redes de Apoyo (Cuestionario ERASAM), variable independiente adulto mayor. El análisis estadística se llevó a cabo mediante el programa SPSS 18 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva, mediante, graficas, y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión.

Resultados; En este estudio la media de edad fue de 60 a 70 años en un 62%, predominando el sexo femenino en un 58%, el estado civil predominante en este estudio es el de casados en un 51.3%.La Red de apoyo Familiar es por parte de los hijos en un 92.7% y el tipo de apoyo que reciben son todos los apoyos (instrumental, emocional, informativo, material) en un 18.3%.La Red de Apoyo extrafamiliar se da por los Amigos en un 28% recibiendo el tipo de apoyo emocional e informativo en un 38%.La red de Apoyo Institucional se da por seguridad social en un 100%, recibiendo el tipo de apoyo material en un 96.7%.

Conclusiones; De acuerdo a los datos obtenidos observamos que el tipo de Red Informal Familiar en Adultos mayores esta dada por lo hijos y el tipo de Apoyo que reciben por parte de ellos son el tipo emocional, instrumental, informativo y material.

Palabras clave; Redes de Apoyo Social, ERASAM, Adulto Mayor.

1. MARCO TEORICO.

1.1.0 Antecedentes.

El estudio del apoyo social y sus repercusiones en el estado de salud, bienestar y calidad ha tenido un desarrollo significativo a partir de las últimas tres décadas del siglo XX, sobre todo en algunas disciplinas afines como la medicina preventiva, la salud pública, la psicología comunitaria, el trabajo social, la antropología y la sociología.

Los grupos de autoayuda como los conocemos hoy en día surgen desde los años 30 del siglo pasado en Estados Unidos, con la Asociación de Alcohólicos Anónimos.

En 1978 Barry Wellman fundó la asociación Internacional para el Análisis de Redes, con la cual surgieron publicaciones reconocidas a nivel internacional sobre la temática como social *Networks* y *REDES Revista Hispana Para El Análisis de Redes Sociales*.

Iniciaremos con el concepto capital social, que se define como el intercambio potencial de las oportunidades de una red social. Por lo tanto el capital social depende de gran medida de los contactos sociales que tiene el individuo.¹

El apoyo social se define a la provisiones materiales, instrumentales, afectivas, e informativas, reales o percibidas, aportadas por la familia, amigos y la comunidad e instituciones formales.

Las redes de Apoyo Social se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales por los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo, material, instrumental, emocional e informativo.¹

De igual manera algunos textos manejan como sinónimo ayuda –mutua y la autoayuda, sin embargo señalan que la ayuda mutua es una forma especial de apoyo social que consiste en

ayuda práctica y psicológica entre personas que comparten un mismo problema o circunstancia vital, lo que les permite relacionarse mutuamente como iguales.²

Es importante mencionar que la Gerontología comunitaria abarca estrategias profesionales, políticas, redes de apoyo social (formal e informal) y estilos de vida que adoptan los adultos mayores, su familia y la comunidad en general con el fin de lograr el máximo de desarrollo social, estado de salud y calidad de vida en lo cotidiano de su ambiente individual, familiar y social, al considerar el potencial físico, mental, sociocultural y económico, acorde con la edad, género, intereses y percepción objetiva y subjetiva de salud y bienestar.³

Los modelos teóricos sobre el apoyo social destacan:

La teoría del estrés, en la que se considera que existe un efecto directo del apoyo social sobre el bienestar y que dicho apoyo es un elemento que protege a las personas de las consecuencias negativas de la presencia de estresores, al amortiguar sus efectos.⁴

La teoría de la necesidad, la cual establece que la salud de un sujeto depende de la relación entre las necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción.⁴

La teoría del efecto funcional, que propone que las relaciones sociales refuerzan u obstaculizan conductas e intenciones positivas para la salud o bienestar, de ahí que el efecto funcional es positivo cuando las relaciones sociales refuerzan una conducta saludable y negativa cuando las obstaculizan.⁴

Teoría del afrontamiento, la cual establece que los recursos psicosociales intervienen en las relaciones entre estresores y bienestar, al eliminar o modificar condiciones que conducen a problemas.⁴

La teoría de la inhibición del estrés, en la que se reconoce la capacidad de los recursos psicosociales para reducir la probabilidad de estresores externos o su valoración como estresantes.⁴

1.1.1 REDES DE APOYO.

DEFINICIÓN.

El interés por el concepto de soporte social se origina en los años 70 como una variable primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis.⁵

El apoyo social debe entenderse como un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y explicaciones; es por ello que puede definirse como un metaconcepto.⁵

Las redes sociales han sido definidas como “...una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.”⁵

Se define a la Red de apoyo según Sluzki como “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferencias de la masa anónima de la sociedad” misma que incluye “los contactos personales, comunitarios e institucionales a través, de los cuales el individuo mantendrá su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.”⁵

Clasificación.

Sluzki, clasifica a las redes:

- Redes sociales en primarias (mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada”).
- Redes sociales secundarias (redes que tienen lugar en un “contexto” más lejano a este grupo primario y que se rigen con una menor proximidad, cuyo desarrollo es menos claro).
- Redes institucionales que realmente forman parte de las secundarias.⁶

La estructura de las redes sociales formales e informales suele establecerse a partir de su origen y tamaño, existiendo varias clasificaciones que pueden ser integradas en 4 tipos básicos:

1. *Redes familiares.*
2. *Redes extrafamiliares.*
3. *Redes Institucionales.*
4. *Redes o cadenas socio epidemiológicas.*⁷

Las 2 primeras corresponden al ámbito informal, la 3era corresponde al formal y la última es una red mixta.

El sistema informal de apoyo.

Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos. Estas redes son relaciones de intercambio recíproco de bienes y servicios. Margarita Terán cita a Lomnitz quien dice que las redes “son conjuntos de individuos entre los cuales se produce con cierta regularidad una categoría de eventos de intercambio”.⁷

Aun cuando las redes no se regulen por normas rígidas e inflexibles, es evidente que se fundamentan en el desarrollo de una serie de valores implícitos que generen compromisos entre los sujetos que intervienen, quienes asumen que ante circunstancias semejantes, corresponderán con respuestas equiparables al apoyo recibido. Estas redes constituyen un sistema informal de seguridad entre los grupos de mayor vulnerabilidad, a partir de la asistencia y del intercambio de servicios.⁷

Lariza Lomnitz clasifica las redes informales en egocéntricas y exocéntricas, en relación a la forma en que se desarrolla el proceso de intercambio. La red egocéntrica corresponde al conjunto de relaciones diádicas, en donde el intercambio se encuentra determinado por la proximidad social en relación a los vínculos consanguíneos y afectivos, así como por roles sociales preestablecidos (padres a hijos, entre hermanos, entre compadres o entre amigos); la proximidad física, en donde la vecindad facilita el flujo continuo y recíproco del intercambio, la proximidad económica en donde la posibilidad de apoyar frente a carencias y necesidades guarda correspondencia con la condición de la clase social de pertenencia.

La red exocéntrica corresponde a un intercambio abierto y constituye el campo de relaciones que se extienden en diversas direcciones. Las redes sociales no son relaciones homogéneas, si no que existen núcleos con mayores interrelaciones entre sí, en donde el intercambio se da todos con todos.⁷

Redes Familiares.

Las redes familiares forman parte de las redes informales. Carlson afirma que desde una perspectiva sistémica, se define a la familia como una unidad organizada por elementos o individuos que constituyen el subsistema (conyugal, filial, fraterno) que conviven en una relación duradera y consistente, la organización de estos elementos y subsistemas siguen un patrón jerárquico y aleatorio.⁷

La visión de la familia desde una perspectiva de red social, permite identificarla como un sistema dinámico en donde sus subsistemas se complementan en procesos de reciprocidad que sin perder sus características propias optimizan sus recursos. Estudios recientes evidencian que el primer grupo de apoyo es la familia, la cual diversifica sus relaciones con otros sistemas de ayuda o soporte (escolar, comunitario, laboral religioso, sanitario, etc.)

Con base en el ámbito las redes familiares pueden ser intrafamiliares, interfamiliares y extrafamiliares.⁷

Las intrafamiliares se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar, sin la intervención de personas ajenas a él. Estas redes se forman de manera espontánea en el núcleo familiar, en función de la significancia y grado de autoridad que suelen tener los diferentes miembros que la integran. Identificar los grados de autoridad en las familias facilita la integración de apoyos en el cuidado de enfermos; en la vigilancia de mediadas de auto cuidado y detección de riesgos.⁷

Las Redes Interfamiliares.

Surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.. La identificación de este modelo de red interfamiliar, es de gran importancia para la práctica de la medicina familiar, por lo que la construcción del familiograma resulta básica no solo porque ayuda a identificar las características de sus integrantes, sino porque favorece la detección de los principales factores determinantes del funcionamiento familiar y la identificación de los aspectos preventivos y de riesgo. La proximidad de parentesco, afecto y distancia física son factores importantes de apoyo en la continuidad de la atención⁷

Redes extrafamiliares.

Las redes extrafamiliares surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante, están fundamentadas en aspectos de lealtad y solidaridad, como es el caso de las amistades, vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda. Conviene detectar la presencia de estas personas ya que suelen ser recursos accesibles en presencia de factores de estrés. La participación social de redes de en el cuidado, directo o indirecto, apoyos de compañía e incluso, materiales obliga a considerarlos como elementos que coadyuvan para lograr una mejor atención a la salud.⁷

Redes sociales formales.

Se establecen en base a normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las Instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales.

Puede haber una transición de las redes informales hacia las formales o bien, incluir algunas de sus características como sucede con los grupos de autoayuda.

Por otro lado las redes formales no escapan a la posibilidad de informatizar, de manera encubierta algunos de sus aspectos, cuando se infiltran factores inherentes a la red informal, como podrían ser los vínculos de parentesco, amistad, entre prestadores de servicios o componentes de diferentes áreas empresariales.⁷

Redes Institucionales.

Este tipo de red forma parte de las redes formales, debido a que estas redes implican la intervención de personas con representatividad de grupos organizados con fines de estrategia específicas para lograrlos, ya sean de caracteres empresarial, de representación social y /o servicios , se impone la definición y estudio de sus características, las cuales comprenden un alto grado de formalización e influencia en la calidad de vida, ya que se requiere intercambio y comunicación mediando rangos de autoridad. Su funcionamiento e inclusión en un sistema de redes considera 3 aspectos.⁷

Marco normativo, se refiere a los establecido en el ámbito legal y administrativo, reconociendo que los aspectos inherentes a la salud aluden a los más altos valores de una sociedad.⁷

El estudio de los recursos, integra la suficiente información sobre los insumos existentes, su capacidad resolutive de cómo las formas de acceso a estos insumos, para permitir la regulación y la coordinación de procedimientos hasta lograr formas de trabajo cooperativo.⁷

La propuesta se organiza con el propósito de fundar, crear o transformar una norma por otra que agilícela cooperación y el intercambio de forma fluida a través de la participación de todos los sectores sociales que delimite las acciones de su funcionalidad.⁷

Redes o cadenas socio-epidemiológicas.

La interacción de los factores sociales con el desarrollo de problemas de salud puede ser observada como una red o cadena socio-epidemiológica, de esta manera la transmisión de un agente causal se facilita por las interrelaciones sociales asociadas a la estrecha convivencia que en muchos casos se ha incrementado por el hacinamiento y promiscuidad en que viven sectores de la población consideradas de alto riesgo. La facilitación de esta red facilita la promoción de medidas preventivas, incluyendo la modificación de algunos comportamientos en los estilos de vida.⁷

Objetivos de las redes sociales.

La utilización de las redes sociales requiere de formas de intervención en diversos niveles y condiciones, las redes pueden estar integradas paulatina o intensivamente de acuerdo con los mecanismos de aceptación, control y liderazgo que predominan entre los integrantes de los subsistemas que participan entre ellas, los procesos y las intervenciones permiten.⁷

- Intensificar las interrelaciones, con el consecuente fortalecimiento de sentido, de pertenencia, y el incremento de su calidad.⁷
- Optimizar recursos a través de la diversificación y oportunidad en el intercambio, facilitando también la identificación y acceso a mayor número de recursos.⁷
- Dar respuesta a contingencias que todo humano atraviesa en alguna de sus áreas.⁷
- Específicamente algunas redes formales de atención al anciano tienen el objetivo de mejorar o mantener la capacidad física, cultivar nuevas relaciones sociales y divertirse en un ambiente recreativo a través de la actividad física y el ejercicio físico.⁷

Funciones de la redes sociales.

Las redes sociales favorecen o limitan la enfermedad o la salud. Existe una modalidad de intervención terapéutica en la que se trabaja como sistemas sociales amplios, parientes, amigos, vecinos, profesionales y otros para dar solución a algún problema de la familia. ⁷

Elementos de análisis de las redes de apoyo social.

Se han distinguido tres elementos de análisis de las redes de apoyo social. ⁸

Las características estructurales de la red. ⁸

Aluden al tamaño de la red (cantidad de personas que conforman la red).

1.-Densidad (grado de interrelación entre los miembros). ⁸

2.-Distribución (ubicación de las relaciones en el *mapa* de red). ⁸

3.-Dispersión (distancia espacial entre los miembros). ⁸

Homogeneidad/heterogeneidad (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de una red).

Los tipos de apoyo se pueden clasificar, en cuatro tipos:

1.-*Apoyo material*, que implica un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.).Y no monetarios como otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.).⁸

2.-*Apoyo instrumental*, que puede ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado, etc.⁸

3.-*Apoyos emocionales*, que se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, ser escuchado, transmisión física de afectos, etc.⁸

4.-*Apoyo cognitivo*, el cual se refiere al intercambio de experiencias e información (Significado), así como dar o recibir consejos que permitan entender una situación.⁸

Los tipos de intercambio, según pueden dividirse de acuerdo con las formas de intercambio en:

Reciprocidad: intercambio de bienes y servicios como parte integral de una relación duradera.⁸

Redistribución: bienes y servicios que se centran primero en un individuo o Institución para enseguida distribuirse en la comunidad o sociedad.⁸

Mercado: bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.⁸

Todos estos conceptos han sido destacados en la literatura para analizar las características de las redes de apoyo social para los adultos mayores, y para identificar los factores asociados con la existencia y funcionamiento de dichas redes.⁸

Al respecto, las investigaciones han demostrado la relación del apoyo social con el estado de salud de los adultos mayores con la seguridad económica; con los aspectos nutricionales; y con la salud mental.⁸

Además de lo ya citado, también se ha destacado el papel que la familia cumple en el apoyo social que reciben los adultos mayores. Según datos de la SABE en México 79% de los adultos mayores entrevistados puede contar con su familia en caso de necesitarla. Cuando los mayores requieren de apoyo acceden ya sea a la pareja o a los hijos. Según estos mismos datos, los amigos o vecinos, en general, representan una fuente secundaria de apoyo, a quienes se recurre en busca de determinadas necesidades –búsqueda de información, principalmente, las cuales, al parecer, cobran mayor importancia en personas que tienen escasas relaciones familiares.⁸

1.1.2 REDES DE APOYO SEGÚN LA ETAPA DEL CICLO VITAL.

El apoyo, así como la red social, no es constante y experimenta transformaciones a lo largo del desarrollo. Al analizar *el ciclo vital* se puede observar cómo en los primeros años de vida la red social es prácticamente inexistente y está centrada en las conductas de apego; tales sentimientos se desarrollan a medida que el niño incrementa la confianza en sus cuidadores principales, así como en las personas importantes de su entorno.⁹

Se debe tener en cuenta que el apego es un vínculo afectivo duradero de carácter singular, que se desarrolla, prospera y consolida por medio de la relación activa y recíproca de las partes participantes, y que estas relaciones condicionan su desarrollo posterior, ya que constituyen la base para las futuras relaciones sociales.⁹

Más adelante, y ya en las primeras etapas de la infancia, la red social se incrementa y da paso a la aparición de otras relaciones sociales significativas, si bien hay que destacar que la posibilidad que tienen los niños de extender su red social depende en buena medida de las decisiones que toman sus padres. Además, dichas interacciones que no poseen carácter de continuidad temporal, se forman y disuelven con cierta facilidad y, por lo tanto, los amigos se perciben como compañeros provisionales de juego.⁹

Con base en esta evolución, es en los años escolares cuando el niño comienza a desarrollar nuevas capacidades de autonomía que emergen a partir del ingreso en el mundo social de la escuela. En este nuevo contexto, el niño expande las redes interpersonales y progresivamente concede mayor importancia a las relaciones con los iguales. En dicha etapa, la amistad se define por la cooperación y la ayuda recíproca y los amigos se conciben como personas que se ayudan en una relación de confianza mutua.

Con la llegada de la adolescencia, la red social vuelve a sufrir una nueva transformación, al ampliarse y convertirse en una fuente de estima y aceptación por parte de otras relaciones distintas del círculo familiar. La evolución de esta red es la consecuencia de un proceso continuo de transacciones y selección mutua; los atributos personales, así como los intereses y necesidades, son los ejes en función de los cuales se genera la pertenencia a los diferentes grupos.⁹

De nuevo, la transición hacia la juventud y edad adulta implica modificaciones importantes en los planos estructural y funcional y supone el aprendizaje de nuevas tareas y roles. En consecuencia, el inicio de relaciones íntimas y estables exige la aceptación de las diferencias personales y la existencia de distintas expectativas. Además, aparece la creación de redes que rebasan el ámbito de la pareja.⁹

En esta etapa, también el mundo del trabajo se convierte en una fuente de apoyo, tanto en las relaciones profesionales como en las personales. Asimismo, la pareja se convierte a menudo en la fuente de apoyo más importante y da paso a nuevas transformaciones derivadas de esta relación; más aún, en el caso de tener hijos lleva a nuevas orientaciones centradas en los contactos con la familia y los amigos.⁹

Por último, con la llegada de la jubilación, la edad, como característica evolutiva, recobra fuerza como influencia normativa y vuelve a ser un importante determinante del cambio. En este sentido, la red social en edades avanzadas muestra una serie de cambios típicos, como la finalización de la crianza de los hijos, el abandono de las relaciones procedentes del ámbito laboral y la disminución del grupo de parientes e iguales por efecto de la mortalidad. De esta manera, y aunque durante gran parte del ciclo vital la red de apoyo se ha extendido, a partir de los 70 años sufre al parecer un descenso.⁹

Este dato podría ser indicativo de la aparición de problemas generados por la falta de apoyo, pero la reducción de los contactos sociales y la progresiva desaparición de las relaciones íntimas las asumen las personas mayores debido a la tendencia a aplicar conductas de tipo acomodativo como forma de adaptarse a las nuevas situaciones. Así, y mediante este tipo de estrategias, logran generar un ajuste de las preferencias y las metas que, incluso si no es intencional, hace que el sujeto se adapte de manera adecuada a la nueva situación y atenúe la percepción de las restricciones situacionales o unos recursos personales insuficientes para conseguir objetivos antes valorados.⁹

1.1.3 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR.

Se define a la persona de 60 años y más.¹⁰

Tipología de pacientes ancianos

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Sin embargo, también es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Entre un 15-40% de los ancianos de 70 años carecen de enfermedades objetivables; por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad.¹⁰

La población mayor de 65 años no es una población homogénea; es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Así, en la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de ancianos. Los términos empleados para definir estos perfiles suelen estar mal definidos, y con frecuencia son utilizados en el lenguaje diario de forma inapropiada; además en muchos casos su definición exacta varía según la fuente bibliográfica y el país de origen. A continuación se exponen las definiciones que de forma aproximada han adquirido un mayor nivel de consenso en nuestro entorno.¹⁰

Anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.¹⁰

Anciano enfermo: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto.¹⁰

Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.¹⁰

Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.¹⁰

Anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente.

Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar.¹⁰

En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales.¹⁰

En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (auto cuidado), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas.¹⁰

El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de pre discapacidad.¹⁰

Paciente geriátrico: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (auto cuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática

social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad.¹⁰

Actualmente el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en este siglo (envejecimiento Demográfico), durante la segunda mitad de este, la población a nivel mundial está mostrando cambios generalizados en mayor o menor medida conocido como Fenómeno de Envejecimiento Poblacional, resultado de reducción de la tasa de natalidad e incremento paralelo en la esperanza de vida. Desde 1950 la proporción de personas de 65 años y más ha aumentado del 5 % al 7% en todo el mundo.¹¹

México que al igual que otros países se encuentra en dicha situación ya que cuenta con una población de 103,263,388 habitantes ocupando el sitio 11 entre los países más poblados del Mundo, del total de su población 8.5 millones corresponden a personas de 60 años o más. De acuerdo a datos del II conteo de población y vivienda 2005 realizado por el Instituto nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI).¹¹

En la actualidad la pirámide poblacional en México muestra una inversión, los adultos constituyen más de la mitad de la población con un crecimiento en el grupo etario de 65 años y más hasta en un 3.75% anual, aunado se observa un incremento de la esperanza de vida la cual es de 78.2 años para las mujeres y 73.7 años para los hombres y se espera que para el 2050 sea de 85.5%.¹¹

El D.F. cuenta con 8,720, 916 habitantes correspondientes a un 8.44% siendo la segunda entidad más poblada de México, después del Estado de México.¹¹

1.1.4 Redes de apoyo de personas mayores

El número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales son claramente distintos entre hombres y mujeres y puede afirmarse además que las diferencias de género en el ciclo de vida se expresan con bastante claridad en las edades avanzadas.¹²

Este hecho tiene su origen en los roles distintos que hombres y mujeres desempeñan en nuestras sociedades. Por ejemplo, la participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente más prevalente en hombres, puede llevar a que ellos estén más integrados socialmente en el ámbito externo, pero, al mismo tiempo, permite que las mujeres desarrollen relaciones más cercanas en el ámbito familiar y comunitario.¹²

Sin embargo, en ambos casos el inicio de la vejez implica un momento de transición, coincidente con la salida de los hijos de la familia, hecho que puede tener efectos negativos: en las mujeres, la pérdida del rol de apoyo y cuidado que se le asigna a la madre, y en los hombres, el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral. La forma en que se asume esta transición es también distinta según género.¹²

En lo que respecta a las redes de apoyo familiar, las diferencias entre hombres y mujeres se deben, en parte, a los efectos de ciertas características socio demográficas, como el estado civil, el número de hijos y la esperanza de vida, que tienen incidencia en el tamaño de la red y la disponibilidad de apoyos en la vejez.¹²

Algo similar sucede con las redes de amigos, pues la amistad tiene significados diferentes para hombres y mujeres mayores. Mientras las mujeres mantienen relaciones dinámicas y más cercanas con sus amigos por largos periodos y son capaces de formar nuevas amistades con la edad, los hombres presentan una situación diferente, ya que mantienen relaciones de orden más superficial y generalmente orientadas al trabajo.¹²

También las redes comunitarias son diferentes para hombres y mujeres, mientras para los hombres la familia es fundamental en el intercambio de apoyos, para las mujeres, las amistades, la vecindad y los grupos de pertenencia juegan también un rol importante en el apoyo que pueden dar o recibir.¹²

Finalmente, corresponde mencionar un ámbito poco estudiado respecto de las diferencias de género: la percepción que tienen las personas mayores sobre la ayuda.¹²

Cuando quien la entrega es una mujer, el apoyo se considera más eficaz por quien la recibe. No ocurre lo mismo cuando quien la entrega es un hombre. Esto se puede deber a la creencia de que el prestar ayuda es algo inherente a la condición femenina y, por tanto, las mujeres estarían mejor preparadas que los hombres para entregar apoyo.¹²

Las personas de edad participan activamente en las redes de apoyo, sobre todo entre los 60 y 64 años, y son una fuente importante de apoyo material e instrumental para sus familias.¹²

De acuerdo con el género, los hombres mayores tienen más dificultades para mantener o ampliar sus redes de apoyo social en esta etapa de la vida.¹²

La situación entre las mujeres mayores no es homogénea y las mujeres solas presentan dificultades para participar y/o pertenecer a una red de apoyo.¹²

Las redes de apoyo de las personas mayores incorporan en menor medida a fuentes extrafamiliares, y se detecta la necesidad de fomentar su ampliación hacia otros significativos, como pueden ser la comunidad y las amistades.¹²

Estos resultados permiten reforzar la idea de que la población mayor contribuye significativamente al bienestar de la familia y la comunidad, y a desmitificar la visión generalizada que se tiene de ellas, como personas exclusivamente dependientes y desvinculadas.¹²

Si bien la coresidencia sigue constituyendo una de las principales fuentes de apoyo de las personas mayores, en el futuro podrían experimentarse transformaciones derivadas de cambios sociodemográficos. Estos cambios podrían constituir un aumento en la demanda

de apoyos de otras capas cercanas a la familia, como son los amigos y la comunidad; esta última tiene un potencial enorme para el apoyo más o menos estructurado y regular de las personas mayores en función de sus necesidades.¹²

Asimismo se reconoce el rol fundamental que cumplen los apoyos informales, especialmente la familia, en el bienestar de las personas mayores, pero ello no implica que deban sustituir el apoyo de fuentes formales.¹²

En diferentes estudios como el Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim en la cual se concluyó, en el caso del apoyo psicológico, las figuras del cónyuge y los hijos implicaron 66.7% en el caso de los hombres y 64.3% en el de las mujeres; en el apoyo instrumental para los hombres supone 68.3% y para las mujeres 79.2 por ciento.^{9,12}

En España se realizó una encuesta en el año de 1994 para conocer algunos aspectos sobre la situación, actitudes y percepciones que las personas mayores españolas tienen de su papel en la sociedad, al mismo tiempo la encuesta informa sus actividades de ayuda. A continuación se menciona la información más relevante.¹³

- 44% realiza actividades de ayuda y de ellos el 30% ayuda a sus hijos/as y nietos/as.¹³
- La ayuda intergeneracional se centra en sus respectivos conyugues (60%).¹³
- La ayuda en los hijos consiste en cuidar y atender niños en un 75%, tareas domésticas (42%)¹³ y hacer compras 26%.¹³
- Los abuelos cuidan a los nietos ocasionalmente, cuando salen los padres en un 66% y¹³
- diariamente mientras trabajan los padres en un 36%.¹³

- 79% padecen mal estado de salud.¹³

En la encuesta INMERSO, 2004, se ratificaron los datos previamente, obtenidos aunque se contó con una mayor participación. Los datos relevantes son;

- 21% cuida a sus nietos actualmente.¹³
- 39% los cuidó en el pasado.¹³
- Sin tomar en cuenta la ayuda a nietos, las personas mayores apoyan a la familia principalmente en compras y gestiones, preparación de comidas, cuidado de la ropa y cuidado de otros adultos.¹³
- El principal apoyo de las personas mayores para su familia es en relación a las compras.¹³

La familia como red social primaria es esencial en cualquier etapa de la vida, es el primer recurso y el último refugio. La familia como un grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad, constituye un determinante importante para el presente análisis.¹⁴

De los cambios más universales, el anciano de hoy se queja de su falta de autoridad, en el núcleo familiar dado por la independencia que van tomando los hijos, la dependencia económica del anciano hacia ellos, la imposibilidad muchas veces de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores.¹⁴

El apoyo que reciben de familiares allegados es uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento de estos sujetos. La educación a dichos familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente indudablemente es beneficiosa en ese sentido.¹⁴

Para el trabajo comunitario con personas adultas mayores se requiere llevar a cabo de manera periódica, evaluaciones en los aspectos físicos, psicológicos y sociales por lo cual es indispensable disponer de instrumentos confiables.¹

En este sentido, existen múltiples instrumentos que permiten medir las redes de apoyo social entre las cuales las cuales pueden resaltar:

- La Escala Multidimensional de percepción de Apoyo Social (MSPSS, MULTIDIMENSIONAL PERCEIVED SOCIAL SUPPORT), 1990.¹⁵
- Escala de Recursos y Servicios Para Americanos (OARS, THE OLDER AMERICANS RESOURCES AND SERVICE), 1985.¹⁶
- Escala para medir el Capital Social (SHORT MEASURE OF SOCIAL CAPITAL), 2006.¹⁷
- Inventario de redes Sociales de Díaz Veiga (1992).¹⁸
- Cuestionario de Apoyo Social (SSQT, SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE FOR TRANSACTIONS) 1996, entre otros.¹⁹

Si el envejecimiento es resultado de bondades sociales, los que no tienen acceso a tales beneficios tampoco envejecen.²⁰

Para establecer redes sociales se proponen los llamados “ecomapas”, en los que se superponen estratos sociales de apoyo que inician en la persona misma, su capacidad su flexibilidad de relación, luego el entorno familiar cada vez más cambiante, la vecindad, la sociedad, y sus creencias, por último, las instituciones y sus políticas. Cada caso es único y debe valorarse como tal.²⁰

La familia numerosa no es la que siempre cuida mejor a sus viejos, la persona tiene que aprender a sumir pérdidas, enfrentar retos, superar miedos, olvidar rencores, generar pertenencia, actitudes positivas, buena auto percepción, autocontrol y autogestión.²⁰

El apoyo social capaz de lograr dar seguridad, pertenencia y sensación de aprecio, consigue mantener la información fluida y proteger las finanzas, una vez más devolver a los viejos y los viejos a la sociedad.²⁰

Por tal motivo un grupo de personas construyó el ERASAM a fin de medir de manera objetiva el tamaño y la densidad de las redes sociales de Apoyo y grado de satisfacción para evaluar el impacto de las redes de apoyo social y establecer acciones de intervenciones comunitarias vinculadas con las redes de apoyo sociales.¹

Desde hace 11 años en la FES-Z de la UNAM, se han realizado evaluaciones de las redes de apoyo social, durante los primeros 5 años utilizaron el OARS, sin embargo observaron que dicho instrumento tiene un alto grado de subjetividad, sobre todo los criterios de calificación, posteriormente lo sustituyeron por el inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga el cual aplicaron en su versión original pero demostró que también tenía ciertas limitaciones sobre todo para medir la densidad de las redes de apoyo formal e informal.¹

Es por eso que en la FES-Z de la UNAM se dieron la tarea de construir un instrumento que cubriera las necesidades de acuerdo con los aspectos teóricos de las redes de apoyo social y la experiencia del trabajo comunitario con ancianos del área rural y urbana de nuestro país.¹

El ERASAM se inspiró en gran medida tanto por el OARS y en el Inventario de Recursos sociales de Díaz Veiga.¹

El fundamento teórico los elementos que conforman el ERASAM son:

El instrumento se sustenta con aspectos teóricos.

La construcción de la ERASAM se llevó a cabo considerando el enfoque del envejecimiento activo para ser aplicado en el ámbito de Gerontología comunitaria.

Se consideran los instrumentos informales de las redes de apoyo social (conyugue, hijos, otros familiares, amigos y grupos comunitarios, así como las formales institucionales gubernamentales.¹

Se especifica la frecuencia de contactos sociales para cada uno de los componentes de las redes de apoyo social para cada componente formal e informal.¹

Se contemplan los 4 tipos de apoyo más frecuentes que brindan las redes de apoyo, materiales, instrumentales, emocionales e informativos.¹

Se especifica el grado de satisfacción para cada tipo de apoyo que proporcionan los componentes de las redes de apoyo social.¹

1.1.5 VALIDEZ DEL ERASAM.

El ERASAM fue sometido a un proceso de validez por juicio de expertos, el cual consistió en exponer el instrumento ante los especialistas para su revisión y análisis. Ellos emitieron su opinión con respecto al fundamento, la estructura, claridad de los reactivos, aplicación, proceso de calificación.¹

El panel de jueces estuvo constituido por 10 investigadores de la unidad de Gerontología de la FES-Z UNAM con formación académica y experiencia en investigación en el campo de la gerontología social y comunitaria. Se realizaron las correcciones y se construyó la versión final del instrumento.¹

CONFIABILIDAD DEL ERASAM.

Para su confiabilidad se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach de los 54 reactivos (0.935), con el fin de determinar la consistencia y la precisión así como el nivel de concordancia por el cálculo de $kappa \geq 0.95$.

Para la confiabilidad se eligió de manera aleatoria a 93 personas adultas mayores, aplicando el instrumento de evaluación analizando posteriormente los datos estadísticos.¹

RESULTADOS DEL ERASAM

Se demostró que el instrumento tiene una alta confiabilidad el alfa de Cronbach global fue de 0.93 de los reactivos totales

CONCLUSIONES DEL ERASAM.

Constituye un instrumento confiable en una validez por consenso de expertos, puede ser aplicado en el área rural o urbano para la práctica clínica y comunitaria con lo fines de intervención individual y colectiva.¹

Por todo lo mencionado y analizado en este presente protocolo e investigación se utilizara como el instrumento para llevar a cabo dicha investigación, además de ser un instrumento para mexicanos.¹

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante la formación como médico especialista en medicina familiar, observe durante la atención al dar consulta en la Unidad de Medicina Familiar número 28 que la mayoría de los pacientes mayores de 60 años derechohabientes acudían sin familiares a dicha unidad y

conforme fui adquiriendo no sólo conocimientos médicos sino además conocimientos de Familia, al realizar Estudios de Salud Familiar y observar uno de los puntos contenidos en dicho estudio son las Redes de Apoyo Sociales surge el interés y la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los tipos de redes de Apoyo más frecuentes en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, de acuerdo a la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM)?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no solo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. Las percepciones desarrolladas por las personas adultas mayores que participan en las redes, respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida.

Diversos estudios han mostrado cómo la integración social y las relaciones sociales pueden lograr un efecto positivo sobre la salud. La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica.

Durante las últimas cuatro décadas, México experimentó un acelerado cambio en los ámbitos demográfico y epidemiológico, lo que consolidó su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica. Las tendencias, seguidas por los factores del cambio demográfico, determinan no sólo el crecimiento de la población, sino también marcados cambios en su composición por edades.

El envejecimiento tiene implicaciones no sólo para este grupo de edad, sino también para las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto. Uno de los factores que llevan al envejecimiento poblacional es la mayor supervivencia de la población.

En México, en 1950, había un millón 400 mil adultos mayores; en 2005, 8.2 millones de personas tenían 60 años de edad y más.

Para el año 2050, de acuerdo con la proyección poblacional, 1 de cada 4 mexicanos será mayor de 60 años de edad; se calcula que actualmente hay 7% de mayores de 60 años.

Un aspecto relevante es que la población no derechohabiente representa 55% del total de la población de 60 años y más de edad; el 45% restante está distribuido entre el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales. La población de 60 años y más concentra 16.1% del total de los egresos hospitalarios de las instituciones del Sistema Nacional de Salud del país.

Actualmente en la Unidad de Medicina Familiar número 28 hay un total de adultos mayores de 60 años de 51.830.

Cuando se convive con la pareja hay una menor probabilidad de padecer de depresión, de acuerdo con un análisis de personas adultas mayores costarricenses.

En la presente investigación se trabajará con éste enfoque para saber que redes de apoyo son frecuentes en los adultos mayores que acuden a consulta, además de recibir la evaluación física.

Con ésta investigación se espera hacer un aporte más a la medicina familiar en la atención del adulto mayor, ya que hay que señalar que para las personas adultas mayores los dos elementos más importantes de recursos sociales son los familiares y amigos; los familiares para el funcionamiento diario y las amistades para mantener la integración social.

Por tal motivo, en la actualidad se reconoce que una de las estrategias fundamentales para el desarrollo integral de las personas adultas mayores es establecimiento, la coordinación y

monitoreo de las redes de apoyo social y que a nosotros como Médicos Especialistas podemos medir apoyados mediante la aplicación de instrumentos confiables para tal fin.

Y así las personas adultas mayores con envejecimiento activo, logre el máximo de salud y bienestar en función de su contexto sociocultural, pero sobre todo lo más importante:

ENVEJECER Y VIVIR CON DIGNIDAD EL FINAL DE SU VIDA, ADEMÁS DE

APOYO FAMILIAR Y SOCIAL.

1.4 HIPÓTESIS.

1.4.1 HIPOTESIS VERDADERA.

Ha. Las redes de apoyo extrafamiliares son menos frecuentes en los adultos mayores de la UMF No. 28 del IMSS.

1.4.2 HIPOTESIS NULA.

Ho. Las redes de apoyo extrafamiliares son más frecuentes en los adultos mayores de la UMF No. 28 del IMSS.

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 OBJETIVO GENERAL.

- Identificar los tipos de Redes de Apoyo más frecuentes en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar usando la escala de redes de apoyo social para adultos mayores (ERASAM).

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los tipos de Redes Familiares más frecuentes en el adulto mayor de la UMF 28.
- Identificar los tipos de Redes Extrafamiliares más frecuentes en el adulto mayor de la UMF 28.
- Identificar los tipos de Redes Institucionales más frecuentes en el adulto mayor de la UMF 28.

2. MATERIAL Y METODOS.

2.1 TIPO DE ANALISIS.

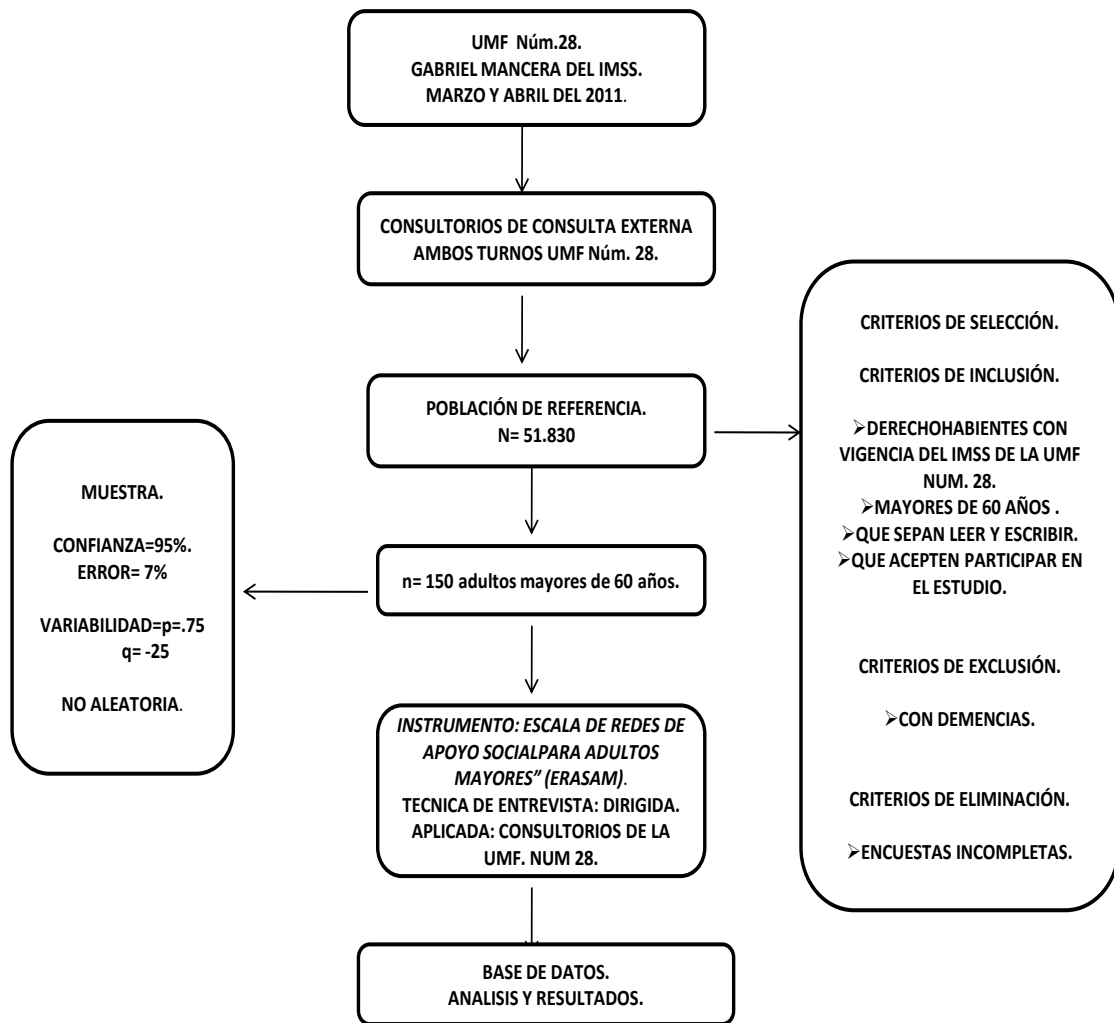
- El proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es un estudio: ***Prospectivo***.
- El número de la variable o el periodo y secuencia de la investigación es un estudio: ***Transversal***
- El control de las variables y alcance de los resultados, es un estudio ***Descriptivo***.
- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es un estudio: ***Observacional***.

2.1.1 PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS.

A los pacientes que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado (Anexo 1), y que cumplan con los criterios de inclusión, se les realizara una hoja de registro (Anexo 2)

Se identificara de manera intencionada la presencia de los diferentes tipos de Redes de Apoyo Social a los pacientes mayores de 60 años de edad mediante la aplicación de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM).

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

La población de referencia fue de 51, 830 adultos mayores quienes se encuentran registrados en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, ambos turnos de la consulta externa, datos obtenidos de ARIMAC en el año 2009.

Se les aplico un cuestionario que evaluó Redes de Apoyo en los Adultos Mayores de 60 años derechohabientes de la UMF No. 28 IMSS, ubicada en Gabriel Mancera 800 Esq. San Borja, Del. Benito Juárez, Col. Del Valle. CP.03100. México Distrito Federal los meses de Marzo y Abril del 2011.

2.4 MUESTRA.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

- -No probabilística, no aleatoria.
- -Población de referencia 51,830 adultos mayores de 60 años.

- -La confianza calculada fue de 95% con un error del 7% y una variabilidad de p=.75 y q=.25.
- -Tamaño n= 150 pacientes.

Fórmula para calcular población mayor de 10,000:

$$n_0 = \frac{z^2 (p q)}{e^2}$$

$$N_0 = \frac{(1.96)^2 (.75 \times .25)}{(.07)^2} = \frac{.720}{.0049} = 146 = 150$$

Donde:

z= valor de la probabilidad para el nivel de confianza seleccionada para la muestra = 95%

e= error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad = 7%.

p y q Valor de éxito y fracaso p=.75. y q=.25

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con vigencia de la UMF Núm. 28 Gabriel Mancera.

- Mayores de 60 años de edad.
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio.

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Con demencias.

2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Encuestas incompletas.

2.6 VARIABLES.

2.6.1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Adulto Mayor se define según la Norma oficial Mexicana a la Persona de 60 años o más de edad que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

DEFINICIÓN OPERATIVA.

Para poder realizar la investigación los adultos Mayores que participaran se deberá confirmar su edad de 60 años o más mediante el carnet de citas Médicas para saber los años cumplidos.

VARIABLE DEPENDIENTE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Red de apoyo según Sluzki es “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferencias de la masa anónima de la sociedad” misma que incluye “los contactos personales, comunitarios e institucionales a través, de los cuales el individuo mantendrá su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

DEFINICIÓN OPERATIVA.

Por medio del cuestionario que se llama Escala de Redes de Apoyo Para Adultos Mayores (ERASAM) el cual identifica los tipos de redes de apoyo con diferentes preguntas que identifica los diferentes tipos de redes sociales ya sean familiares, extrafamiliares e Institucionales.

2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR DE MEDICIÓN	ITEM
Edad	Cuantitativa de razón	1: 60-65 2: 66-70 3: 71-76 4: 77-80 5: 81 y más	Ficha de identificación.
Sexo	Cualitativa nominal	1: F 2: M	Ficha de identificación.
Red de apoyo	Cualitativa nominal	1: Redes Informales Familiares 2: Redes informales extrafamiliares 3: Redes formales Institucionales	Preguntas de los siguientes tres apartados: I. Red informal familiar II. Red informal extrafamiliar III. red formal institucional

2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 18 Windows. Para llevar a cabo el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo, valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

2.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.

Se diseñó un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como fue número de folio, nombre del paciente, edad, estado civil, ocupación.

Además las variables del instrumento de evaluación que se llama “Escala de Redes de Apoyo social para Adultos Mayores” (ERASAM) el cual es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas, permitió detectar tipos de apoyo y grado de satisfacción de las redes de apoyo sociales es un cuestionario semiestructurado que incluye 3 secciones en los que se explora los tipos de apoyo emocional, material, instrumental e informativo) a nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional.

En cuanto a la validez de la escala fue sometida a un proceso de validez por juicio de Expertos.

2.9 METODOS DE RECOLECCION.

Se invitó a participar a los adultos mayores que acudieron a consulta de Medicina Familiar en la UMF Núm. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS en ambos turnos.

La aplicación del instrumento de recolección de la información se realizó antes de recibir la consulta. y se firmó la carta de consentimiento informado. Se dio un tiempo de 20 minutos para la realización de la escala de evaluación de las Redes de Apoyo.

2.10 MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS.

- Se aplicó el instrumento de evaluación que se llama “ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES” (ERASAM) a derechohabientes que aceptaron participar en el protocolo de investigación previa invitación y firmando consentimiento informado de forma individual.

- Se aplicó a adultos mayores de 60 años de ambos sexos y quienes sepan leer y escribir.
- Se aplicó el cuestionario sin la presencia de familiares.
- Cuando el nivel de lectura en el paciente fue inadecuado se leyó cada pregunta para lograr que el derechohabiente seleccionara en voz alta algunas alternativas como única respuesta.
- No se hizo mención de lo que el test probablemente obtendría como resultados al inicio de la aplicación, ya que podría verse afectado.
- Se aclaró al paciente que podría dejar una pregunta en blanco cuando no estuviera seguro de que alternativa elegir pero antes de dejarla en blanco debería intentar dar una respuesta.
- No se discutió ninguna pregunta con el paciente, se le explico que él debía buscar sus respuestas.
- Se revisó el instrumento de recolección de datos para corroborar que solo estuviera seleccionada una respuesta en cada pregunta.

2.11 Procedimiento estadístico.

2.11. 1 Plan de codificación de los datos : Para el análisis estadístico de las variables que se incluyeron en este estudio, se dieron valores a las posibles alternativas de cada variable.

2.11.2 Diseño y construcción de la base de datos: Se diseñó una base de datos para ser usada en el programa SPSS versión 18, la cual incluyo nombre completo de la variable, tipo de variable, escala de medición, así como los valores o códigos que se utilizaron para cada una de las mismas.

2.11.3 Análisis estadístico de los datos: Los datos obtenidos se describieron mediante la utilización de tendencia central: moda y mediana, además de variabilidad como la desviación estándar,

2.12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

2010

/

2011

ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
Elección del tema de investigación.	X																			
Caratula.		X																		
Planteamiento del problema.			X																	
Antecedentes del tema.				X																
Justificación.																				

2.13.2 Materiales:

- Computadora Laptop
- Unidad de Almacenamiento USB
- Discos CD regrabables.
- Papel, lápices, plumas.
- Servicio de fotocopiado.
- Hojas blancas.

2.13.3 Financiamiento:

- Por cuenta del médico residente de Medicina Familiar.

2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación no pone en peligro la vida , no produce riesgos, ni lesiones al ser humano, no existen intervenciones médicas invasivas, diagnósticas y terapéuticas, solo se realizarán preguntas a través de los instrumentos ya señalados Por lo anterior solo se solicitará el consentimiento informado a los adultos mayores.

Los datos obtenidos se mantendrán estrictamente de manera anónima ya que solamente será conocida por los investigadores involucrados en el estudio.

Es importante mencionar que el protocolo de investigación tendrá un consentimiento informado por escrito aunque no se está atentando contra la integración física o psicológica de los pacientes.

El protocolo cumplirá con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos emitidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Este estudio y su metodología se clasifican en la fracción III del artículo 96 capítulo quinto de la Ley General de Salud; y según el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en nuestro país, es considerada como una investigación en categoría I, sin riesgo alguno para la población estudiada.

3. RESULTADOS.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo que incluyó 150 adultos mayores de la UMF No.28 los cuales contestaron completamente el cuestionario ERASAM.

GRAFICA 1.

DISTRIBUCIÓN DE EDAD EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No.28

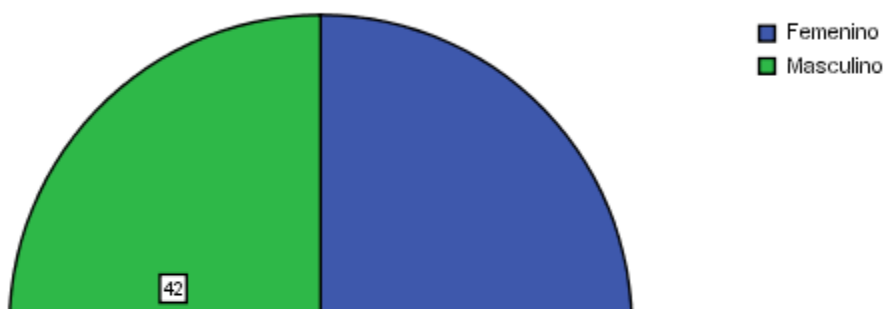


Fuente: ERASAM.

Se observa en esta grafica que de los 150 Adultos Mayores encuestados la edad media es de 60 – 70 años de edad en un total de 93 lo que representa el 62% de todos los encuestados. El rango mínimo fue de 81-90 años.

GRAFICA 2.

DISTRIBUCIÓN DEL SEXO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 28

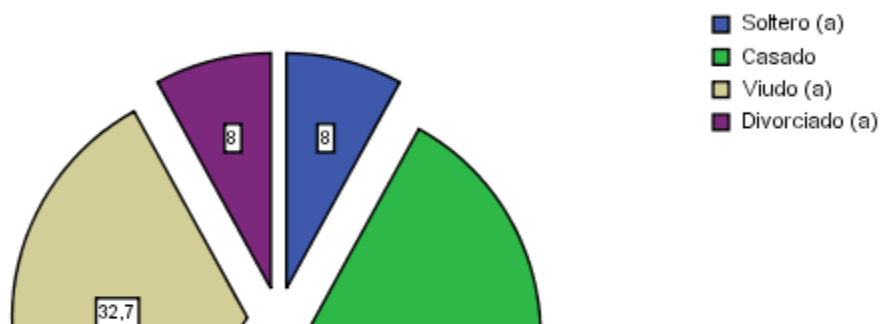


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que la distribución de los 150 pacientes encuestados la distribución del sexo en el Adultos Mayores de la UMF No.28 de los 150 pacientes incluidos 87 (58%) mujeres y 63(42%) son hombres.

GRAFICA 3.

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No.28

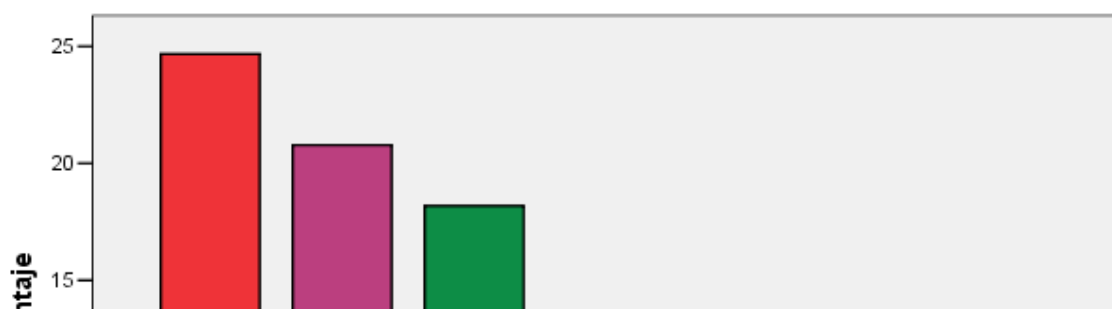


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que el estado civil predominante en los Adultos mayores en este estudio fue casados un total de 77 lo cual corresponde al 51.3%, el estado civil menos frecuente es el de divorciados un total de 12 lo que representa el 8% de los Adultos mayores encuestados.

GRAFICA 4.

TIPO DE APOYO QUE RECIBE EL ADULTO MAYOR POR PARTE DE SU CÓNYUGE

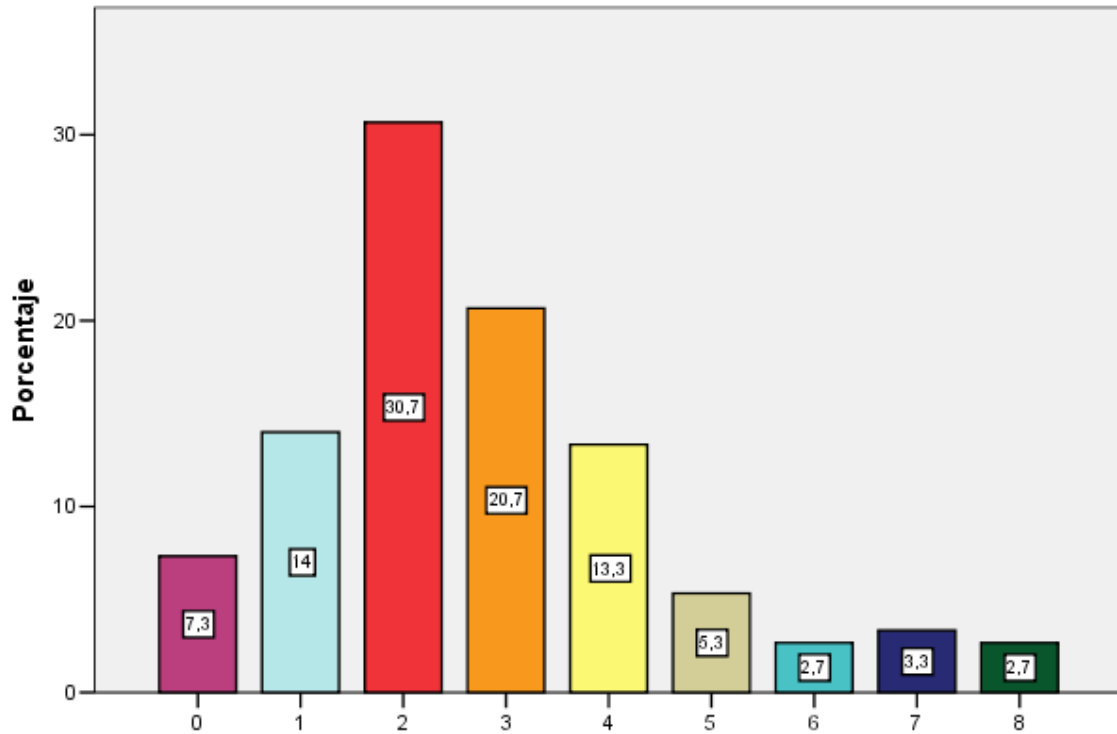


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que de los 150 pacientes encuestados el tipo de apoyo predominante que le proporciona su cónyuge al Adulto Mayor en este estudio fueron todos los apoyos (emocional, instrumental, material e informativo) en un total de 19 lo cual representa 12.7%, el tipo de apoyo menos frecuente es el emocional, instrumental y material en un total de 3 lo que representa el 2.0% de todos los Adultos mayores encuestados, esto se relaciona por que los Adultos Mayores encuestados que no reciben ningún tipo de apoyo son solteros en un total de 12 lo que representa un 8.0%, otros son viudos en un total de 49 lo que representa un 32.7% de todos los pacientes encuestados.

GRAFICA 5.

DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE HIJOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 28

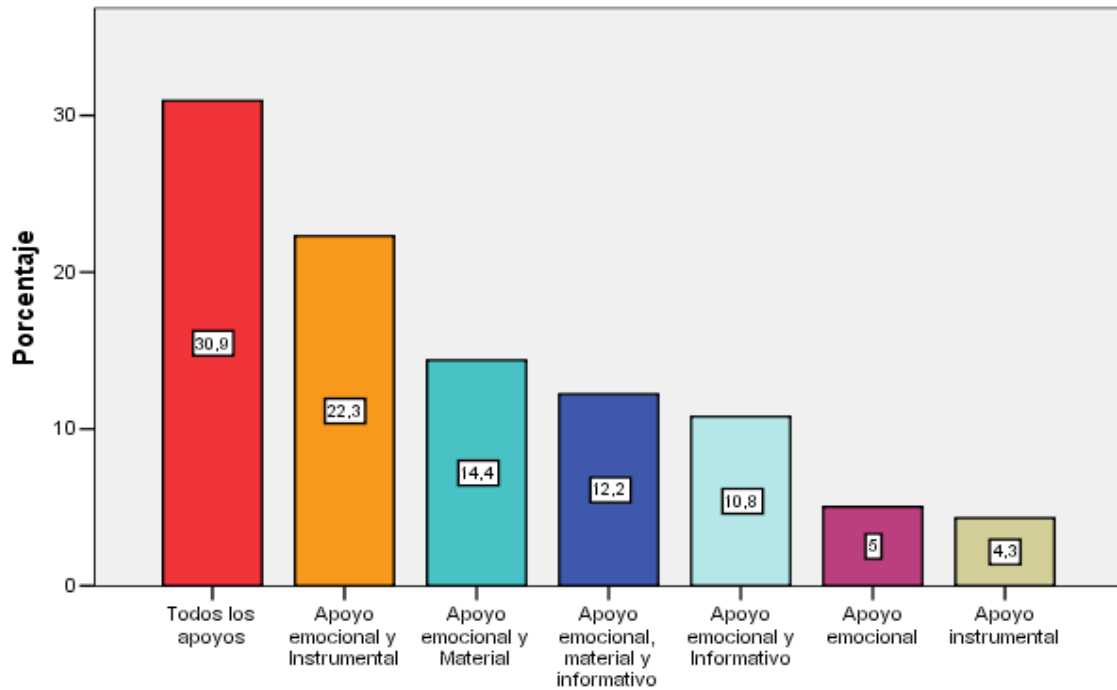


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que de los 150 pacientes encuestados, el número de hijos predominantes en los Adultos mayores fue de 2 un total de 46 lo que corresponde al 30.7% de los Adultos mayores encuestados.

GRAFICA 6

**TIPO DE APOYO QUE RECIBE POR PARTE DE LOS HIJOS EL ADULTO MAYOR DE LA UMF
No.28**

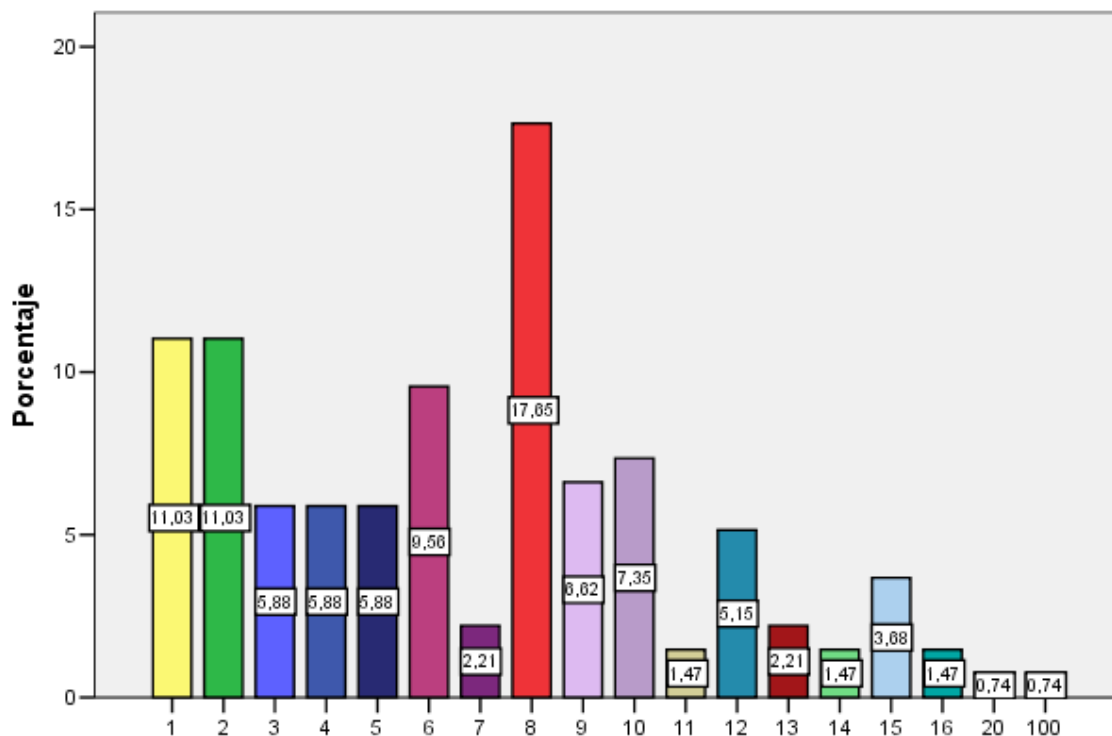


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que el tipo de apoyo más frecuente en el Adulto Mayor que recibe por parte de sus hijos son todos los apoyos (material, instrumental, informativo, material) en un total de 43 lo que representa el 18.3% y el tipo de apoyo menos frecuente es el instrumental en un total de 7 lo que corresponde al 4.7% en este estudio, esto se relaciona ya que la media del número de hijos en este estudio fue de 2 hijos de los Adultos Mayores encuestados, y solo un total de 11 lo que representa el 7.3% no tienen hijos.

GRAFICA 7

DISTRIBUCION DE FAMILIARES CERCANOS EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF NO.28

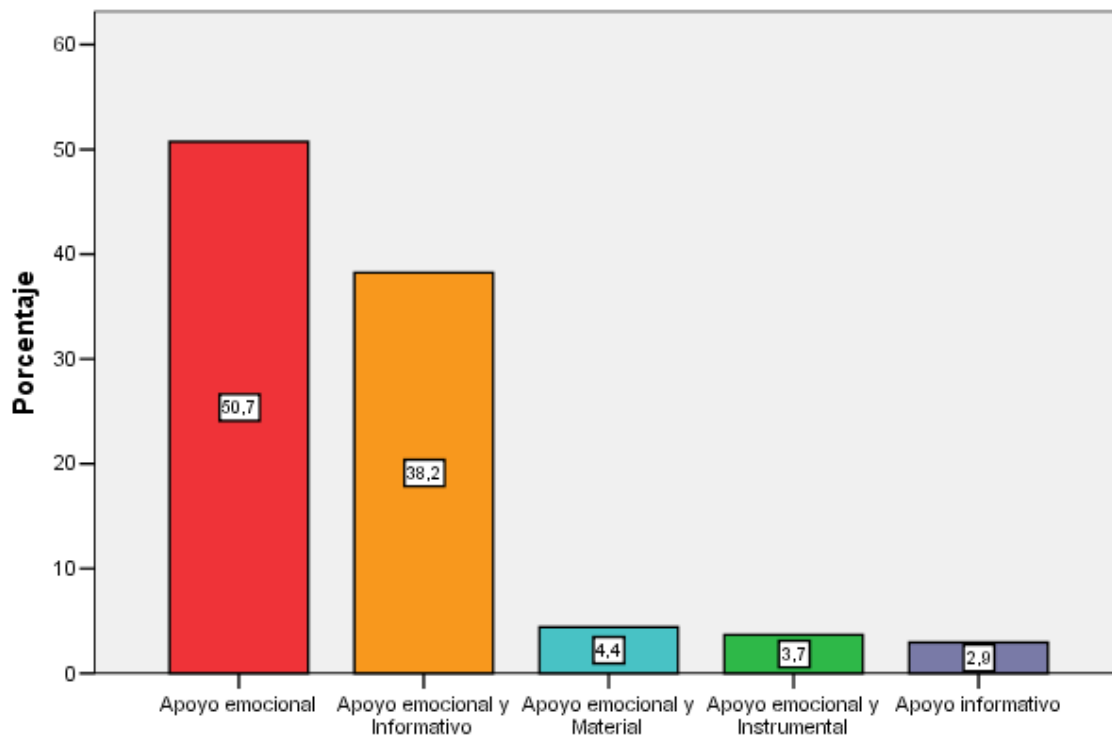


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que de los 150 pacientes adultos mayores cuentan con familiares que estén al tanto de ellos en un total de 26 lo que representa el 16% en los Adultos Mayores encuestados.

GRAFICA 8.

TIPO DE APOYO QUE RECIBE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 28 POR PARTE DE SUS FAMILIARES CERCANOS

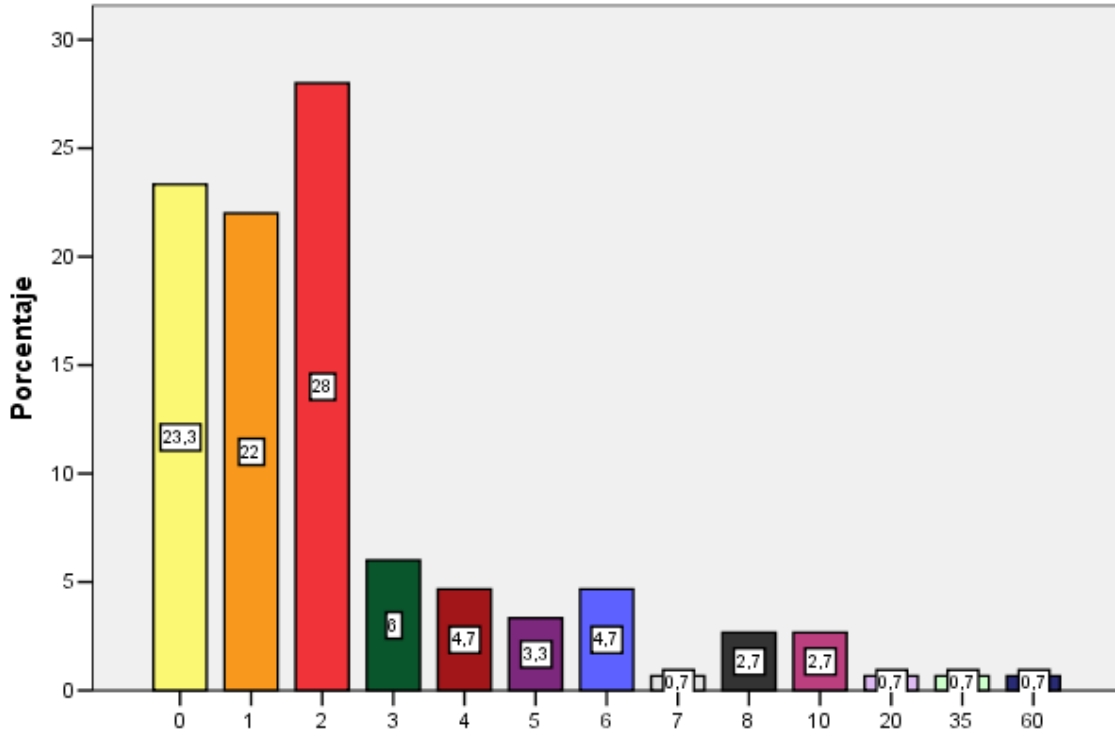


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que de los 150 pacientes Adultos Mayores encuestados, el tipo de apoyo más frecuente con los que cuentan por parte de sus familiares es de tipo emocional en un total de 69 lo que representa el 46%, el tipo de apoyo menos frecuente por parte de sus familiares fue el informativo en un total de 4 lo que representa el 2.7% del total de Adultos Mayores encuestados.

GRAFICO 9

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE AMIGOS CERCANOS CON LOS QUE CUENTA EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No.28

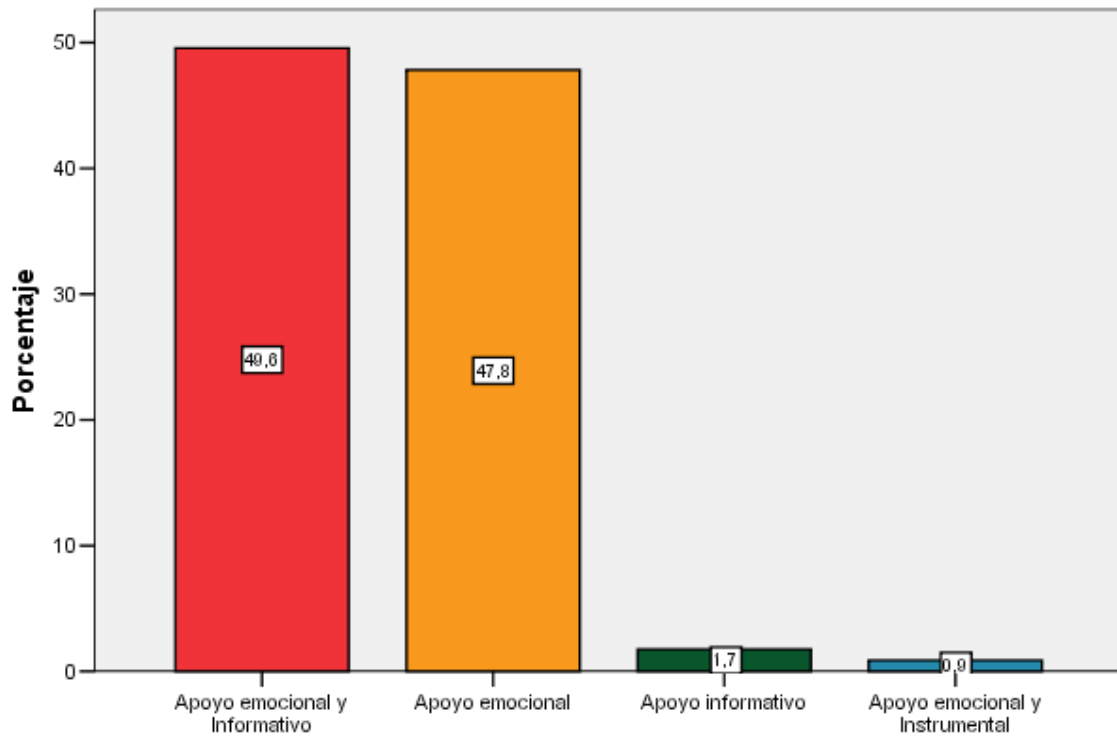


Fuente: ERASAM

En esta grafica podemos observar que la mayoría de los Adultos Mayores encuestados cuenta por lo menos con 2 amigos, en un total de 42 lo que representa el 28% en este estudio.

GRAFICO 10.

TIPO DE APOYO QUE RECIBE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 28 POR PARTE DE SUS AMIGOS

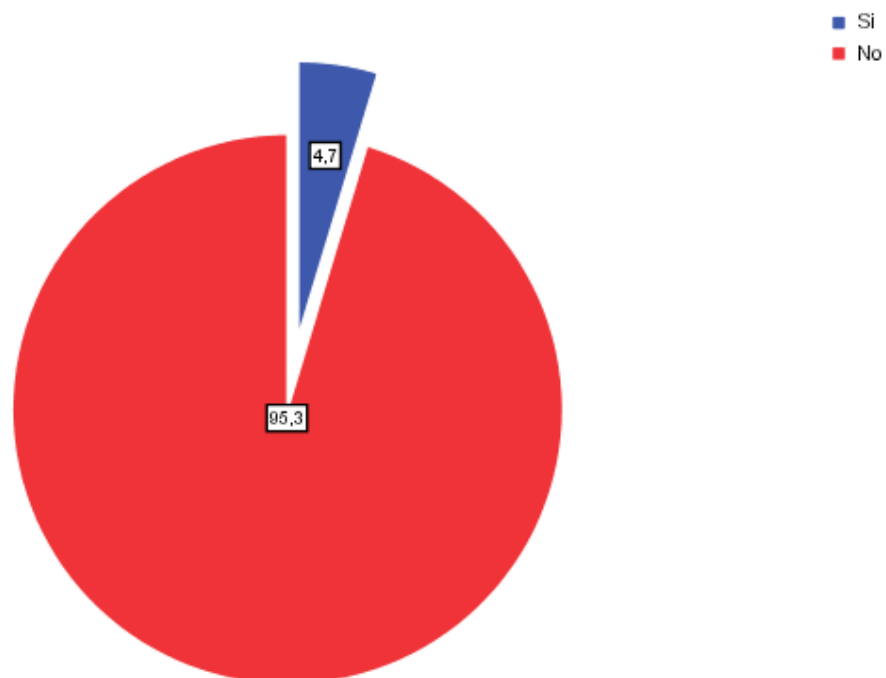


Fuente: ERASAM

En esta grafica podemos observar que el tipo de apoyo más frecuente que reciben los adultos mayores por parte de sus amigos es del tipo emocional e informativo en un total de 57 lo que representa el 38% y el tipo de apoyo menos frecuente es el emocional e instrumental en un total de 1 lo que representa el .7% del total de Adultos Mayores encuestados.

GRAFICA 11.

DISTRIBUCION DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No.28

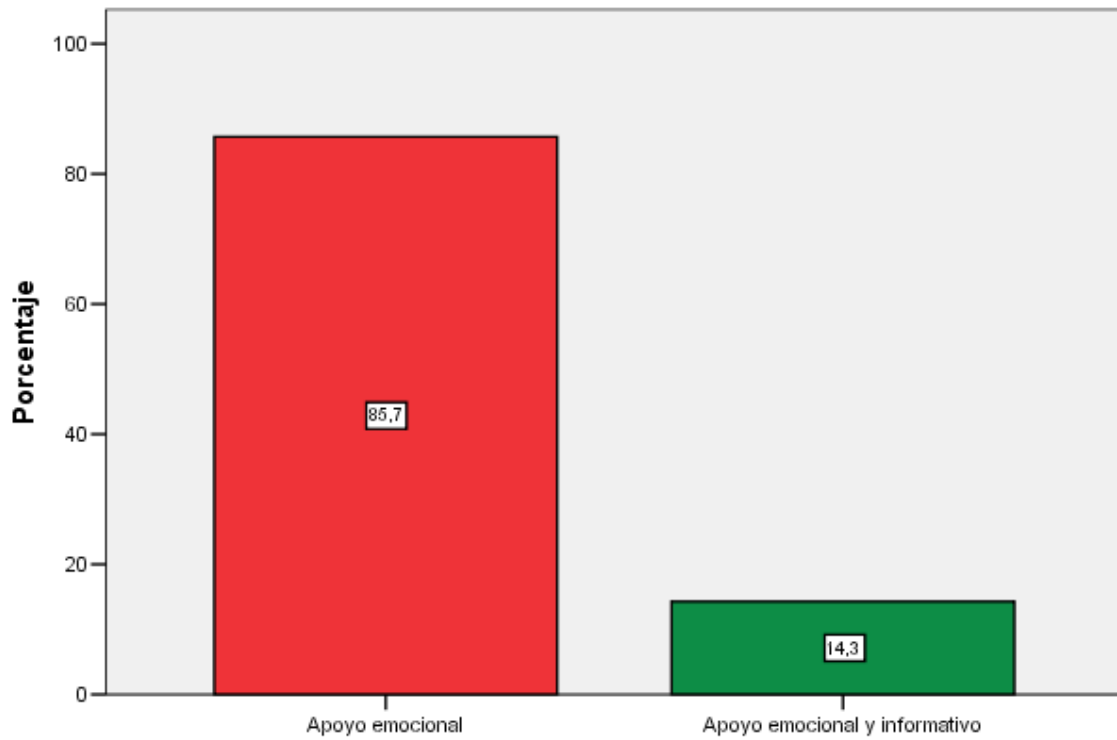


Fuente: ERASAM

En esta grafica observamos que a la mayoría de los 150 adultos mayores encuestados no cuentan con un apoyo comunitario de un total 145 lo que representa el 95.3% del total de los pacientes encuestados.

GRAFICA 12.

TIPO DE APOYO QUE RECIBE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 28 POR PARTE DE SUS GRUPOS COMUNITARIOS

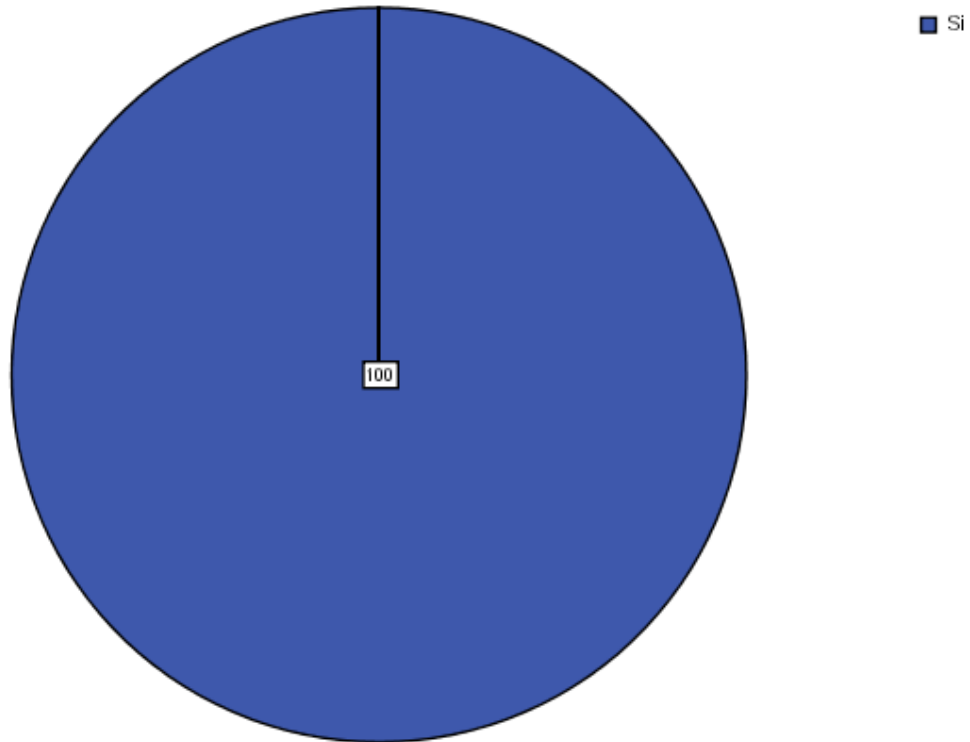


Fuente: ERASAM

En esta grafica observamos que de los 150 Adultos Mayores encuestados que reciben apoyo comunitario, destaca el apoyo emocional en un total de 6 lo que representa el 85.7% de los Adultos mayores encuestados.

GRAFICA 13.

DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE APOYO INSTITUCIONAL CON LOS QUE CUENTA EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No.28

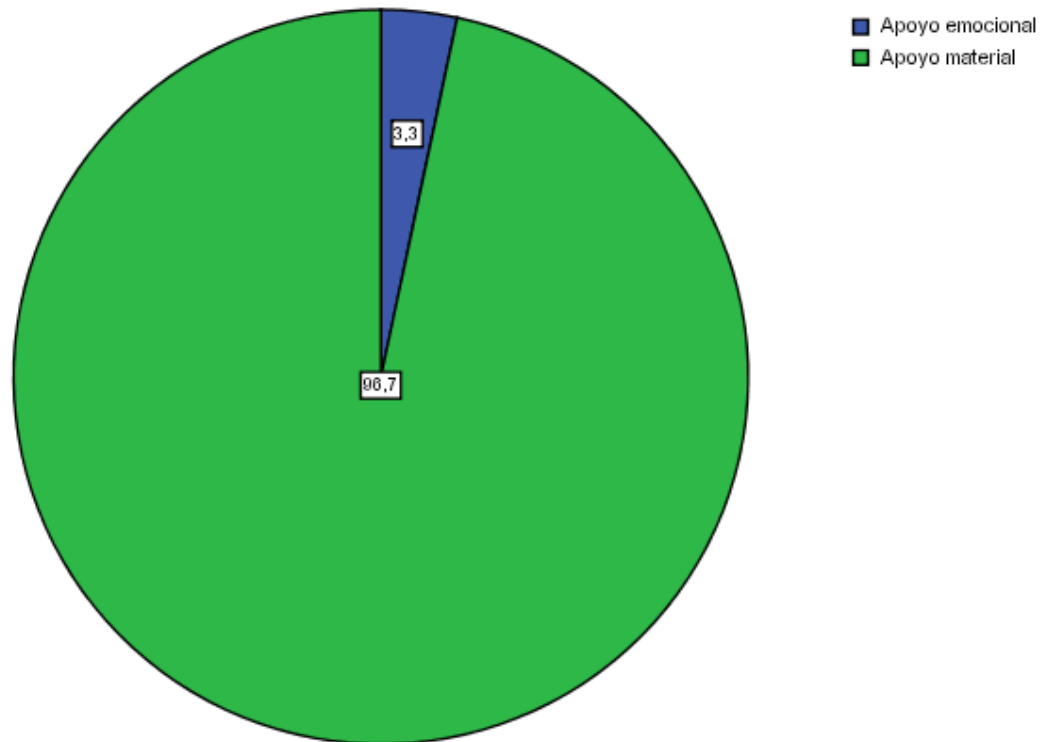


Fuente: ERASAM.

En esta grafica podemos observar que de los 150 pacientes encuestados todos cuentan con seguridad social o apoyo institucional en un total de 150 lo que representa el 100% de todos los encuestados.

GRAFICA 14.

TIPO DE APOYO QUE RECIBE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 28 POR PARTE DE LA RED FORMAL INSTITUCIONAL



Fuente: ERASAM

En esta grafica observamos que de los 150 pacientes Adultos Mayores encuestados el tipo de apoyo que reciben por parte de la Red Formal Institucional es el apoyo material en un total de 145 lo que representa el 96.7% del total de Adultos Mayores encuestados.

4. DISCUSIÓN.

El presente estudio de investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS, para identificar los tipos de Redes de Apoyo más frecuentes en los adultos mayores usando la escala de redes de apoyo social para adultos mayores (ERASAM). Los resultados muestran coincidencias con algunos estudios Salinas (2008) Según datos de la SABE en México 79% de los adultos mayores entrevistados puede contar con su familia en caso de necesitarla. de tal manera se muestra en este estudio de investigación que el Tipo de Red más frecuente es la Familiar por parte de los hijos.

Didoni (2009), comenta que la principal fuente de apoyo reside en las mujeres. Se identificó un tamaño de red promedio de 2 personas, coincidiendo en esta investigación ya que en los tipos de redes familiares en este trabajo contaron con 2 familiares ya sean sobrinos o familiares próximos. Con relación al tipo de apoyo se observó que, los Adultos Mayores que tienen hijos fuera del hogar tienden a recibir principalmente apoyo económico y material, coincidiendo en esta investigación pues los Adultos Mayores con hijos reciben, principalmente, apoyo instrumental, sobre todo en términos de alimentos y visitas. El apoyo emocional es el de mayor reciprocidad, ya que los Adultos Mayores manifiestan no sólo capacidad para recibirlo sino también para darlo.

También las redes comunitarias son diferentes para hombres y mujeres, mientras para los hombres la familia es fundamental en el intercambio de apoyos, para las mujeres, las amistades, la vecindad y los grupos de pertenencia juegan también un rol importante en el apoyo que pueden dar o recibir. ECLADE (2007). No coincidiendo en este trabajo pues se vio que en los adultos mayores no acuden a ningún grupo comunitario.

Las Redes Institucionales son otro tipo de red y son de carácter empresarial, de representación social y /o servicios. Teran (1999) En este trabajo todos los Adultos Mayores contaron con Seguridad Social recibiendo el tipo de apoyo instrumental en cuanto a medicamentos y atención médica, aunque en este trabajo es un sesgo pues en la realidad no todos los Adultos Mayores cuentan con Seguridad Social.

En la actualidad la pirámide poblacional en México muestra una inversión, los adultos constituyen más de la mitad de la población con un crecimiento en el grupo etario de 65 años y más hasta en un 3.75% anual, aunado se observa un incremento de la esperanza de

vida la cual es de 78.2 años para las mujeres y 73.7 años para los hombres y se espera que para el 2050 sea de 85.5%.

El D.F. cuenta con 8,720, 916 habitantes correspondientes a un 8.44% siendo la segunda entidad más poblada de México, después del Estado de México. Ortiz(1994).

Con ésta investigación se espera hacer un aporte más a la medicina familiar en la atención del adulto mayor, ya que hay que señalar que para las personas adultas mayores los dos elementos más importantes de recursos sociales son los familiares y amigos; los familiares para el funcionamiento diario y las amistades para mantener la integración social. En cuanto a las redes extrafamiliares durante este trabajo no se pudo comprobar la hipótesis planteada

Por tal motivo, en la actualidad se reconoce que una de las estrategias fundamentales para el desarrollo integral de las personas adultas mayores es establecer, coordinar y monitorear las redes de apoyo social y que a nosotros como Médicos Especialistas en Medicina Familiar podemos medirlos apoyados mediante la aplicación de instrumentos confiables para tal fin, como el ERASAM utilizado en este trabajo.

Y así las personas adultas mayores con envejecimiento activo, logren el máximo de salud y bienestar en función de su contexto sociocultural,

5. Conclusiones.

Este estudio permite identificar que los Adultos mayores reciben todos los tipos de apoyo (emocional, instrumental, material e informativo), por parte de su hijos en el tipo de Red Familiar sin embargo muchos pacientes Adultos mayores siguen acudiendo a la consulta externa solos.

En este trabajo de investigación se encontró que los adultos mayores no acuden a ningún grupo comunitario por consiguiente nosotros como médicos especialistas en Medicina Familiar podemos canalizarlos y así por parte de la Red Extrafamiliar dada por los amigos y grupos comunitarios los Adultos mayores puedan recibir el tipo de apoyo informativo en este caso en la UMF mediante platicas de Autocuidado para fomentar, prevenir, y complementar al tratamiento de su enfermedad, así como el mantenimiento de la salud y así poder disfrutar al máximo su vida, y así no solo de tipo informativo si no emocional, por que muchos al llegar a la Edad Adulta ven esto como sinónimo de enfermedad por lo que se necesita mas información, aunque hay adultos que no saben leer y escribir pero podría complementarse con sesiones de películas para que al termino se haga un análisis, con temas de interés para este grupo de pacientes Adultos Mayores.

Cabe mencionar que en este estudio solo analizamos el tipo de Red social mas frecuente y los tipos de apoyo que reciben en una población de Adultos Mayores que cuentan con Red Institucional por el tipo de instrumento utilizado ERASAM, que por ser sencillo para realizarse se podría utilizar en todos los Adultos mayores que no cuentan con seguridad social, y solo los médicos especialistas en Medicina Familiar por los conocimientos en Familia que no solamente atienden los procesos salud-enfermedad si no en forma continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar toman en cuenta el contexto biológico, social y psicológico, del paciente, podrían llevar a la practica médica el análisis para identificar los tipos de Redes Sociales, sin embargo en la consulta otorgada a los pacientes Adultos Mayores no solo se da por Medico Especialistas en Medicina Familiar si no también por Médicos Generales sin conocimiento previo de familia que solo tratan la enfermedad.

6.BIBLIOGRAFIA.

1.-Gonzalez. A. L M. & Celis (2009) *Evaluación en pisco -gerontología*. Editorial Manual Moderno. pp. 97-99.

2.-Llopis. C.J. (2005) *Redes sociales y apoyo social*, una aproximación a los grupos de autoayuda. En *periferia*, 3 recuperado de www.periferia.name.

3.-Mendoza-Nuñez, V.M, Martínez-Maldonado, M.L& Correa Muñoz (2006) *Envejecimiento activo. Calidad de vida para los adultos mayores*. pp. 26-32.

4.-Yanguas L.J.J (2006) *Funcionamiento Social: Apoyo Social*. En análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la veje desde una perspectiva multidimensional (pp 33.46) recuperado de [http:// www.imsersomayores.csices/documentos/yanguas-analisis01](http://www.imsersomayores.csices/documentos/yanguas-analisis01.pdf) pdf.

5.-Arias. C.J. (2009) *La red de Apoyo social, en la vejez*. Partes para su evaluación. *Revista de psicología de IMED* Vol. 1, p1, pp. 147-158.

6.-Chadí M. *Redes Sociales en el trabajo Social*. 1era Edic. Buenos Aires. Espacio Editorial 2000 pp. 23-35.

7.-Teran- Trillo M, Ponce –Rosas, ER, Irigoyen-Coria A, Fernández- Ortega MA. Gómez – Clavelina FJ. *Redes Sociales en la Atención Médica Familiar*. *Arch .Med. Fam* 1999 1(2):35-44.

8.-Salinas A. (2008) *Redes de Apoyo Social en la vejez: Adultos Mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades Trabajo* presentado en el III congreso de la Asociación Latinoamericana de Población ALAP pp4-8.

- 9.-Melendez. J.C. , Tomas. J.M. Navarro. E. (2007) *Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista de Manheim*. *Salud Pública de México* / vol. 49. No.6 pp.408-410.
- 10.- Abellán Y. K. Etal (2006) *Tratado de Geriátria para Residentes*. Edit. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Pp.23-33.
- 11.-Ortiz Huerta D. *Aspectos Sociales del envejecimiento*. En Antología Salud Pública. Facultad de Medicina UNAM, México ,1994 pp 57-73.
- 12.-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (ECLADE) división de población. *Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe* Edit. ECLAC pp-45-51.
- 13.-IMSERO.Autonomia Social y Dependencia. Libro blanco de atención de las personas en situación de dependencia en España. Consultado en Septiembre de 2007.Disponible en [URL:http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/1dependenciahtml](http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/1dependenciahtml).
- 14.-Marisa Didoni, Humberto Jure, Beatriz Ciuffolini LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ATENCIÓN. Pami INSSJP. p 1-31 consultado marzo 2009 <http://www.medicinafamiliar.fcm.unc.edu.ar/actividades/cursopami/materailfamiliar.pdf>.
- 15.-Zimet, G. D.,Powell, S, S., Farley, G.K., Werkman, s & Berkoff, K. A .Psychometric characteristic of the multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessmnet*, 55,610-617.
- 16.-George, L.K. & Fillenbuam, G.G. OARS methodology. A decate of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33,607-615.

17.-Kouvonen, A., Kivimaki, M., Vahtera, J., Oksanen, T., Elovainio, M., Cox, T., Virtanen, M., Pentti, J., Cox, S, J., & WILKINSON, RG. *Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work*. En BMC Public Health 13;6:251. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/pricender.fcgi?artid=1618843&blobtype=pdf>.

18.-Fernandez-Ballesteros, R., Itzal, M., Montorio, I., González, J. L & Díaz P. Apoyo Social en la vejez En evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca.

19.-Douglas, D., Suurmeijer, T., Briancon, S., Moum, T., Krol, B., Anders Bjelle, A., Snderman, R & Van de Heuvel, W. *An international study on measuring social support; interaction and satisfaction*. *Social science & medicine*, 43, 1389-1397.

20.-Rodriguez García Rosalia, Lazcano Botello Guillermo, *Práctica de la Geriatria*, segunda edición, editorial Mc Graw Hill, pp.22-23.

ANEXOS.

ANEXO 1.

FICHA DE IDENTIFICACION PERSONAL.

TITULO DEL PROTOCOLO:

**“REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 28”.**

Nombre del paciente: _____

No. Afiliación: _____

No: Folio: _____

EDAD: _____ AÑOS.

SEXO. (1) FEMENINO.

(2) MASCULINO.

EDO CIVIL: (1) Soltero (a).

(2) Casado (a).

(3) Viudo (a).

(4) Divorciado (a).

ANEXO 2.

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES “Z A R A G O Z A ”
UNIDAD DE INVESTIGACION EN GERONTOLOGIA
5.4 ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL
PARA ADULTOS MAYORES.**

(ERASAM).

NOMBRE:

EDAD: _____ **SEXO** _____ **FECHA DE EVALUACIÓN** _____

ESTDO CIVIL: CASADO/A _____ **SOLTERO/A** _____ **VIUDO**
/A _____

Marque con una cruz(x) la respuesta en el espacio que corresponda.

	SI	NO
¿Tiene esposo(a)?		
¿Tiene hijos (as)?		
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc?		
¿Tiene amigos(as).		
¿Pertenece algún grupo de apoyo comunitario? *		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional? **		

*¿Cuál (es)? _____

**¿Cuál (es)? _____

Continuar con los siguientes apartados de acuerdo con las preguntas anteriores.

I. RED INFORMAL FAMILIAR Marque con una (x).

Conyugue 1.-¿Con que frecuencia ve y habla usted con su conyugue?.	No lo(a) veo y /o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o 2 veces al mes. (2)	1 vez a la semana o mas. (3)																
2.-¿Qué tipo de apoyo le proporciona la Relación con su cónyuge?.	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental. ² (1)	Apoyo material ³ (1)	Apoyo informativo ⁴ (1)																
3.¿En que grado estas satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada. <table border="1"><tr><td>0</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> Poco. <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> Regular <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> Mucho.	0	1	2	3	Nada <table border="1"><tr><td>0</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> Poco Regular <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> Mucho <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	0	1	2	3	Nada <table border="1"><tr><td>0</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> Poco Regular <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> Nada <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	0	1	2	3	Nada <table border="1"><tr><td>0</td></tr><tr><td>1</td></tr></table> Poco Regular <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> Nada <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	0	1	2	3
0																				
1																				
2																				
3																				
0																				
1																				
2																				
3																				
0																				
1																				
2																				
3																				
0																				
1																				
2																				
3																				

Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el numero.

Conyugue 1.-¿Con que frecuencia ve y habla usted Con sus hijos (as)	No los(as) veo y /o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o 2 veces al mes. (2)	1 vez a la semana o mas. (3)
2.-¿Qué tipo de apoyo le proporciona sus	Apoyo emocional ¹	Apoyo	Apoyo material ³	Apoyo

hijos(as)? Marque con una cruz(x)	(1)	instrumental. ² (1)	(1)	informativo ⁴ (1)
3.¿En que grado esta satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz(X)	Nada. <input type="checkbox"/> 0 Poco. <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Mucho <input type="checkbox"/> 3	Nada <input type="checkbox"/> 0 Poco <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Mucho <input type="checkbox"/> 3	Nada <input type="checkbox"/> 0 Poco <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Nada <input type="checkbox"/> 3	Nada <input type="checkbox"/> 0 Poco <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Nada <input type="checkbox"/> 3

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número.

1.-¿Con que frecuencia ve y habla used con sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X).	No los(as) veo y /o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o 2 veces al mes. (2)	1 vez a la semana o mas. (3)
2.-¿Qué tipo de apoyo le proporciona estas personas?, Marque con una cruz(X)	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental. ² (1)	Apoyo material ³ (1)	Apoyo informativo ⁴ (1)
3.¿En que grado esats satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?. Marque con una cruz(x)	Nada. <input type="checkbox"/> 0 Poco. <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Mucho. <input type="checkbox"/> 3	Nada <input type="checkbox"/> 0 Poco <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Mucho <input type="checkbox"/> 3	Nada <input type="checkbox"/> 0 Poco <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Nada <input type="checkbox"/> 3	Nada <input type="checkbox"/> 0 Poco <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Nada <input type="checkbox"/> 3

1.APOYO EMOCIONAL: Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

2. APOYO INSTRUMENTAL: cuidado transporte, labores del hogar.

3.APOYO MATERIAL: DINERO, ALOJAMIENTO, COMIDA, ROPA, PAGO DE SERVICIOS.

4.APOYO INFORAMTIVO. Orientación, información, intercambio de experiencias.

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR.

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anote el número.

1.-¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus amigos ? Marque con una cruz (X).	No los(as) veo y /o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o 2 veces al mes. (2)	1 vez a la semana o mas. (3)
2.-¿Qué tipo de apoyo le proporciona estas personas?, Marque con una cruz(X)	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental. ² (1)	Apoyo material ³ (1)	Apoyo informativo ⁴ (1)
3.¿En que grado esta satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus Amigos?. Marque con una cruz(x)	Nada. Poco. Regular Mucho.	Nada Poco Regular Mucho	Nada Poco Regular Nada	Nada Poco Regular Nada
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

APOYO COMUNITARIO.

1.-¿Con que frecuencia acude usted al grupo comunitario ? Marque con una cruz (X).	No los(as) veo y /o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o 2 veces al mes. (2)	1 vez a la semana o mas. (3)
2.-¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupos?, Marque con una cruz(X)	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental. ² (1)	Apoyo material ³ (1)	Apoyo informativo ⁴ (1)
3.¿En que grado esta satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporciona el grupo?. Marque con una cruz(x)	Nada. Poco. Regular Mucho.	Nada Poco Regular Mucho	Nada Poco Regular Nada	Nada Poco Regular Nada
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

III RED FORMAL INSTITUCIONAL Marque con una cruz (x).

1.-¿Con que frecuencia recibe este apoyo?	No los(as) veo y /o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o 2 veces al mes. (2)	1 vez a la semana o mas. (3)
2.-¿Qué tipo de apoyo (s) le proporciona la institucion?, Marque con una cruz(X)	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental. ² (1)	Apoyo material ³ (1)	Apoyo informativo ⁴ (1)
3.¿En que grado esta satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que recibe?. Marque con una cruz(x)	Nada. Poco. Regular Mucho.	Nada Poco Regular Mucho	Nada Poco Regular Nada	Nada Poco Regular Nada
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3



ANEXO 3.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



NOMBRE DEL PACIENTE: _____.
FECHA: _____. **FOLIO:**_____.

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

***“REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 28”.***

El objetivo de este estudio es identificar los diferentes tipos de redes de apoyo con el cual cuentan los adultos mayores de 60 años de la UMF Núm. 28 ubicada en Gabriel Mancera 800 Esq. San Borja Del. Benito Juárez, Col. Del Valle; CP:03100, México D.,F. Realizado por la Dra. Alma Liliana Velázquez Miguel (Médico Residente de Medicina Familiar), Asesorada por la Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano. Quienes me proporcionan el siguiente número Tel. 55-59-60-11 y 55-59-61-00 Ext: 21722 para informarme de cualquier duda que me surgiera.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- Acudir a la UMF 28 “Gabriel Mancera” donde se me tomarán mis datos personales.
- Se me evaluará con una serie de preguntas de la Escala de Redes de Apoyo Social Para Adultos Mayores (ERASAM).

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la ausencia de riesgos, al igual que los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha asegurado que mis datos serán manejados de manera confidencial y no serán identificados en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del paciente

Nombre y Firma del testigo

Nombre y Firma investigador