



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Redes de Apoyo Social del Adulto Mayor

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
JACQUELINE EMILIA GOMEZ VEGA

Nº de cuenta: 093230287



DIRECTORA DE TESIS

MAESTRA: VIRGINIA REYES AUDIFFRED

MEXICO, D. F, OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por permitir que este aquí.

A mis padres que con sus consejos han hecho lo que soy y estar conmigo en todos los momentos y darme su apoyo en la toma de mis decisiones.

A mi hija que es lo mejor que Dios me puso en mi camino y que representa mi mejor motivación para seguir adelante.

A mi hermana que ha sido mi gran apoyo durante casi o toda mi vida estar en todos los momentos buenos y malos con todas sus palabras de aliento consejos y ejemplos, y ser para mi hija una madre.

Mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional en todo momento.

A mi esposo que respeto y apoyo mi decisión de terminar la licenciatura.

Mis sobrinas por aguantarme todo este tiempo y darme su apoyo.

A tod@s amig@s que durante la carrera me hicieron el honor de compartir su amistad que me dieron palabras de aliento y compartieron conmigo momentos de su vida, también incluyendo a los amigos de la adolescencia que aun nos frecuentamos.

Mis grandes compañeras y amigas del SEHU por su palabra de aliento y compartir conmigo sus conocimientos.

Así como a mis maestros y profesores por compartir sus conocimientos muy en especial a la Mtra. Virginia que por su apoyo consejos y motivarnos para llegar a este momento y mostrarnos la importancia de seguir superándonos.

Porque no hay con que se yo pueda pagar todo lo bueno que he recibido de todos ustedes solo puedo decir una muy sencilla palabra pero con todo amor, cariño y respeto para todos y cada uno de ustedes **"GRACIAS"**

INDICE

CAP	PAG
INTRODUCCION	4
I JUSTIFICACION	6
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III OBJETIVOS	8
IV MARCO TEORICO	9
⇒ Cambios Anatomico fisiológicos en el adulto mayor	9
⇒ Influencia de los cambios propios del envejecimiento en la satisfacción de las necesidades del anciano	14
⇒ Redes de apoyo social de las personas mayores	15
⇒ Género y redes de apoyo de las personas mayores	21
⇒ Calidad de vida de las personas mayores y redes de apoyo	24
V METODOLOGIA	28
VI RESULTADOS	30
VII DISCUSION	43
VIII CONCLUSIONES	45
IX BIBLIOGRAFIA	46
X ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

Las redes sociales son la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información. Estas constituyen un recurso importante para satisfacer sus necesidades, durante la enfermedad o ante las limitaciones que por la edad se presentan.

Por lo antes descrito se consideró importante describir las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor. A través de la investigación “Redes de apoyo del adulto mayor” derivada del proyecto PAPIIT “Evaluación y desarrollo de un modelo de atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en su hogar”. El objetivo es describir las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor. Es un estudio descriptivo-transversal, realizado a través de una encuesta en la que integro el instrumento Redes de Apoyo Social, aplicada durante la visita domiciliaria a 30 adultos mayores del Sur de la Ciudad de México en el periodo de Octubre 2008 a Enero 2009.

En el presente trabajo se describe el desarrollo de la investigación que se presenta como tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia esta integrado por diferentes capítulos. Primero se abordan los aspectos generales de la investigación, como la justificación, planteamiento del problema, la pregunta de investigación y los objetivos general y específico. Posteriormente se presenta el marco teórico resultado de la revisión de la literatura en el cual se presenta la información relevante y pertinente relacionada: cambios anatomofisiológicos en el adulto mayor que afectan su capacidad funcional, rol del adulto mayor en la familia, redes de apoyo social del adulto mayor, todo esto con el fin de tener el fundamento científico del que se derivo el problema, la hipótesis científica y a su vez sirvió para sustentar la discusión. El tercer capítulo se aborda la metodología, aquí se describe en forma detallada, las características de la muestra, las técnicas que se utilizaron, especificando las características de los Instrumentos, capacitación de los evaluadores y estandarización de los procedimientos para la recolección de la información. Se especifican los recursos humanos, físicos, materiales y financieros

necesarios acorde con los objetivos del estudio. También se incluye el cronograma especificando el responsable, la actividad y el tiempo, acorde con la grafica de Gantt, se especifica el apoyo logístico necesario para el proyecto y por último se describen como se abordaron los aspectos éticos y legales implicados para realizar la investigación. El cuarto capítulo se narran los resultados relevante obtenidos en la investigación, además se incluyen también los cuadros y graficas, aquí mismo se incluye la discusión, en la cual, se analizan y confrontan los resultados obtenidos en la investigación con los que refieren otros autores en sus investigaciones. En el siguiente capítulo se abordan las conclusiones derivadas de los resultados significativos. También se presentan todas las referencias bibliográficas de los documentos empleados para realizar la investigación. Por último en los anexos se presenta el instrumento empleado para la recolección de la información y el consentimiento informado.

I JUSTIFICACION

La presente investigación surge por la necesidad de analizar cuáles son las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor de la colonia San Lorenzo Huipulco.

Ya que en México, actualmente existen siete millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que para el 2050 uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 60 años. En la ciudad de México hay 586, 938 habitantes de 60 años y más, que representan el 7.1% del total de la población, de los cuales, 40% corresponden al sexo masculino (240,620) y 60 % al sexo femenino (346, 363). Este porcentaje se encuentra más concentrado en las delegaciones políticas Gustavo A. Madero (90,524), Iztapalapa (71, 248), Cuauhtémoc (63, 533) y Benito Juárez (59,315).

Datos estadísticos del Instituto Mexicano del Seguro Social informan que el ochenta por ciento de sus asegurados tienen algún padecimiento crónico, donde la hipertensión, la diabetes y al artritis son los problemas de salud más frecuentes.

Por lo anterior se considera de vital importancia valorar las redes de apoyo social con la que cuentan los adultos mayores que participaron en el proyecto de investigación “Desarrollo y evaluación de un modelo de atención de ENFERMERÍA para el cuidado de adultos mayores en el hogar” PAPIITIN310108.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los resultados de la investigación (Hernández, 2008) muestran en apoyos explorados, emocional, instrumental, material e informativo, en su dimensión de magnitud de contactos sociales, apoyos sociales y grado de satisfacción: que el 91.3% de la población encuestada refiere no recibir ningún tipo de apoyo comunitario, un 67.3% refiere no recibir ningún tipo de apoyo por parte de su cónyuge, y un 57.6% refiere no recibir ningún tipo de apoyo por parte de los amigos, sin embargo el 65.2% refiere recibir regularmente el apoyo de los hijos.

Estos datos que demuestran la falta de apoyos sociales y su consecuente desconocimiento que tiene la población en estudio y representan un atentado contra su seguridad, salud e independencia, lo cual exige al profesional de enfermería identificar e instrumentar estrategia para activar estas redes que significarían un gran apoyo para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y su familia. Por todo lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Redes de Apoyo Social con las que cuenta el adulto mayor?

III OBJETIVOS.

Objetivo general

- Describir las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor.

Objetivos específicos.

- Describir cual red de apoyo es la que con mayor frecuencia está presente con el adulto mayor
- Describir el grado de satisfacción del apoyo más brindado al adulto mayor
- Describir las redes de apoyo que no están presentes o están en menor frecuencia en las redes de apoyo de los adultos mayores

IV MARCO TEORICO

CAMBIOS ANATOMO FISIOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR.

Durante el envejecimiento, el organismo sufre modificaciones morfológicas y funcionales en algunos órganos y tejidos, ya que tienden a atrofiarse y a disminuir la eficacia funcional. Se pierde peso y volumen de los órganos parenquimatosos, se reduce la vascularización capilar, aumenta el tejido conjuntivo y disminuye el contenido hídrico, por lo que se pierde la turgencia tisular y se produce la tendencia a la resequedad.

Los cambios físicos que ocurren con el envejecimiento son una declinación que comienza tan pronto como se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 a 22 años. Uno de los principales cambios es la disminución de la capacidad para mantener o regular la homeostasis.

Envejecimiento biológico:

Es el que ocurre en los órganos del cuerpo, las vías bioquímicas, los sistemas musculoesqueléticos y el sistema nervioso central; estos cambios son graduales, no se presentan de forma precipitada ni son tan rápidamente discapacitantes.

“Las limitaciones en las actividades de la vida diaria se registran en sólo un 13% de las personas de 65 a 74 años, en un 25% de las personas de 75 a 84 años y en un 46% de las personas de 85 años y mayores” “Sin embargo, el 85% de la población mayor de 65 años experimentan al menos un trastorno crónico”.¹

Los cambios fisiológicos que se producen en los sistemas del organismo no varían mucho de un individuo a otro, por lo que aquí resumiré brevemente los cambios más importantes en cada sistema:

En el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) se engrosan las meninges, se atrofia el cerebro porque disminuye su peso un 10%, disminuyen los

¹HOPKINS, Smith. 1998. p-p 131

procesos detríticos, se reduce la sustancia blanca, disminuye la velocidad de conducción y aumenta el tiempo de respuesta reflejo. Las principales consecuencias que traen consigo estos cambios son el enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora y la disminución de las respuestas intelectuales y de percepción, análisis e integración de la información sensorial.

En el sistema nervioso autónomo disminuye la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores, por ésta razón se produce una predisposición a la hipotensión postural, se deteriora la regulación de la temperatura corporal, disminuye la motilidad intestinal, se altera la apreciación del dolor visceral y se presentan trastornos del control de los esfínteres y de la regulación del tono muscular.

En el sentido de la visión se pierde la grasa orbitaria, se hace más estrecho el conducto lagrimal, se seca la conjuntiva, disminuya la elasticidad del cristalino y se producen cambios degenerativos en los músculos de acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.

Las principales consecuencias de esto es la apariencia de hundimiento de los ojos, los párpados se laxan, se reduce la cantidad de lágrimas, aumenta la presión intraocular, las pupilas se contraen y sus reflejos se lentifican, se deteriora la agudeza y los campos visuales, hay poca tolerancia a la luz brillante y una lenta adaptación a la oscuridad.

La audición y el equilibrio se ven afectados debido a la degeneración del órgano de Corti, a la pérdida de neuronas de la cóclea y de la corteza temporal, a la disminución de la elasticidad de la membrana basilar, a la osteoesclerosis de los huesecillos del oído medio, a la acumulación excesiva de cerumen y a la degeneración de las células vellosas de los canales semicirculares.

Las consecuencias más importantes son la presbiacusia y la predisposición a las caídas por el deterioro del control postural reflejo.

En el olfato, gusto y fonación se atrofian las mucosas y la elasticidad de los músculos y cartílagos laríngeos y se produce una degeneración neuronal; por éstas razones se deteriora el sentido del gusto y del olfato, se producen cambios en la voz y disminuye la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.

El sistema locomotor se refiere a músculos, huesos y articulaciones y los cambios que se producen en él son la atrofia muscular, la osteoporosis, los cambios degenerativos en ligamentos, tejidos peri articulares y cartílago y el engrosamiento sinovial.

Las consecuencias primordiales de todos estos cambios son: la pérdida de masa muscular, la predisposición a calambres musculares y al desarrollo de hernias, la debilidad muscular, la limitación del rango y velocidad del movimiento corporal, cifosis, disminución de la estatura y de la elasticidad y resistencia de las articulaciones, rigidez articular, predisposición al dolor, disminuye la confianza y seguridad para la actividad y se dificulta la realización de tareas.

En el sistema gastrointestinal cambia la mucosa oral, se va atrofiando la mandíbula, las encías, la mucosas gástrica e intestinal, las glándulas intestinales y la capa muscular, se reduce el tamaño del hígado y disminuye la velocidad del tránsito intestinal; por lo que hay predisposición a la caries dental, problemas en la absorción de los alimentos, constipación y divertículos y aumenta el tiempo del metabolismo de drogas en el hígado.

En el sistema respiratorio se fusionan los alvéolos, se produce esclerosis bronquial, se degenera el epitelio bronquial y de las glándulas mucosas, osteoporosis de la caja torácica, se reduce la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales y se debilitan los músculos respiratorios.

Las consecuencias de estos cambios son la disminución de la capacidad vital, de la sensibilidad y de la eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón, se

deteriora la difusión del oxígeno, se incrementa la rigidez de la pared del tórax y hay predisposición a la infección.

En el sistema cardiovascular se disminuye la elasticidad de la media arterial, hay incompetencia vascular venosa, se producen calcificaciones en las válvulas cardíacas, rigidez en las paredes venosas y fibrosis del miocardio, aumenta la resistencia periférica, disminuye el gasto cardíaco y se deteriora la microcirculación. Como consecuencia de esto se dilata la aorta, se presentan soplos cardíacos, insuficiencia venosa, trastornos de la microcirculación y una predisposición a los eventos tromboembólicos y se disminuye la capacidad de actividad física.

En el sistema genitourinario se engrosa la membrana basal de la cápsula de Bowman, se deteriora la permeabilidad, se producen cambios degenerativos en los túbulos, se atrofian y reducen el número de nefronas y se laxan los músculos perineales. Por eso es que falla la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio, disminuye la capacidad de excreción del riñón, se produce dispareunia, incontinencia urinaria y aumenta la susceptibilidad a las infecciones.

En la piel se atrofian la epidermis, las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos, hay cambios pigmentarios, hiperqueratosis epidérmica y se degenera el colágeno y las fibras elásticas, se produce esclerosis arteriolar y reduce la grasa subcutánea; por ésta razón se produce piel seca, arrugada, frágil y descolorida, el pelo cano y su caída total o parcial, las uñas se vuelven frágiles, se engrosan se tuercen y crecen lentamente, se presentan placas seborreicas, se disminuyen las propiedades de aislamiento de la piel y de la capacidad de protección de las prominencias óseas, hay prurito y aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

En el sistema inmunológico disminuye la respuesta inmunológica de tipo humoral, por ésta razón aumenta la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

En el sistema endócrino disminuye la tolerancia a la glucosa y la actividad funcional tiroidea y se producen cambios en la secreción de la hormona antidiurética, por lo que hay predisposición a la descompensación en los diabéticos, las respuestas metabólicas son lentas, así como los cambios en la secreción de la osmolaridad corporal.

Envejecimiento psicológico:

Es el que se refleja en las destrezas intelectuales y el bienestar emocional de una persona, se refiere a la habilidad para adaptarse a los ambientes cambiantes. Los adultos mayores muchas veces necesitan periodos más prolongados para aprender algo, porque la memoria, sobre todo la reciente y la de corto plazo, sufren cierta declinación con la edad, pero a pesar de esto la mayoría de los ancianos se sienten mejor a medida que envejecen puesto que pueden llegar a aceptar y comprenderse mejor a ellos mismos y a los demás.

Envejecimiento sociológico:

Se produce cuando los roles específicos y funciones de una persona cambian en la sociedad. Se refleja en cómo se comporta la persona en cuanto a las expectativas que tiene de él su grupo social. El envejecimiento produce una percepción de la vejez como un periodo de impotencia, inutilidad, discapacidad y enfermedad porque los ancianos han sido socializados para aceptar éstos estereotipos negativos. Nuestra sociedad desvaloriza a los ancianos y los considera improductivos, por ésta razón se les dan pocas oportunidades de desempeñar roles y muchas veces son considerados como el rol sin rol.

INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS PROPIOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DEL ANCIANO.

Los cambios biológicos, psíquicos y sociales que se producen en los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento influyen de forma directa en la resolución de las necesidades del anciano, condicionando en su satisfacción la dependencia o la independencia. La intervención e implicación de factores de índole biopsicosocial hace difícil la delimitación termino independencia en el anciano; se considera que el estado óptimo funcional es aquel que permite un mantenimiento del equilibrio funcional y adapta las capacidades o limitaciones individuales a las propias necesidades.

Para dar respuestas a las necesidades del anciano es preciso conocerlas y saber aquello que es capaz de realizar por sí solo y aquello que, con un mínimo de ayuda, le permitirá funcionar de forma automática, teniendo en cuenta que cada individuo establecerá su jerarquía según su escala de valores. Los cuidados de ENFERMERÍA, por tanto, deberán adaptarse a la idiosincrasia del individuo a quien vayan dirigidos.

En el análisis de la satisfacción de las necesidades del anciano se debe tener en cuenta:

- Los cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento,
- Las manifestaciones que determinarán la capacidad de independencia del propio anciano.
- Los factores (físicos, psíquicos y sociales) capaces de intervenir en la satisfacción de las necesidades y que condicionarán la autonomía del anciano hasta tal punto que el estado físico será responsable de que el anciano “pueda hacer”, el estado psíquico será condición indispensable para que el anciano “quiera hacer”, y la situación social le “permitirá hacer”, siendo el conjunto de ellos el motor que le hará actuar de forma independiente.²

² García, H.M; Torres E. Ma P; Ballesteros P.E “Enfermería Geriátrica”; Ediciones científicas y técnica.

REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

En los últimos años, en especial en los países desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Europa), se han incrementado las investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores³. El interés en el tema toma fuerza en el debate que suscita la insuficiencia de los recursos públicos para satisfacer las demandas de un grupo social en constante aumento demográfico.

Bowling define a la **red social** como las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, teniendo en cuenta las características de las mismas. Durante años la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo. Si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. La investigación gerontológica desmintió este supuesto y surgió así la preocupación por llegar a un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Un aspecto que resultó sumamente importante fue la constatación de que la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. Por eso actualmente resulta fundamental saber si la ayuda tendrá continuidad en la etapa de la vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica.

El examen de las virtudes y limitaciones de las redes sociales muestra la necesidad de considerar, además, la percepción de los adultos mayores acerca de lo que dan y reciben en las redes y de la importancia que éstas tienen para su calidad de vida.

Algunos elementos básicos para el estudio del tema son el concepto de apoyo social, la identificación de las fuentes de apoyo, los tipos de vínculos, la disponibilidad y sostenimiento de las redes, y la complementación entre fuentes formales e informales de apoyo social. A continuación se abordará cada uno de ellos.

³Antonucci, Toni y J.Jackson (1990), *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A.

Apoyos sociales

El apoyo social es entendido “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación”⁴. Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, al que también se denominará con el término genérico de “transferencias”, se presenta como un flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información.

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

Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros).

Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.

Los apoyos emocionales se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras.

Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación. Otros autores refieren este tipo de apoyo como informativo⁵, que es como se emplea en la presente investigación.

⁴ Khan, R.L. y Toni Antonucci (1980), “Convoys over the life course: attachment, roles and social support”, *Life-span Development and Behavior*, P.B. Baltes y O. Brim (comps.), vol. 3, Boston, Lexington.

⁵ Instrumento de valoración “Escala de redes de apoyo social para adultos mayores”

Fuentes de apoyo a las personas mayores.

En la literatura se distingue entre fuentes de apoyos formales e informales. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas⁶. El sistema informal está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo.

Tipos de apoyos o transferencias.

Con respecto al apoyo informal, la cohabitación **con la familia** es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores, aunque puede darse también sin ella, especialmente en lo relativo a apoyo material y emocional. Hacia el futuro se detectan tres hechos fundamentales que ponen en duda la capacidad de la familia para asumir responsabilidades que pueden sobrepasarla. En primer lugar, los cambios demográficos (en particular la baja de la fecundidad) tendrán efectos significativos al disminuir el número de miembros de la familia y potenciales proveedores de apoyo. En segundo lugar, dado que en buena medida los apoyos familiares están basados fundamentalmente en la ayuda femenina, la creciente participación de la mujer en la actividad económica y su tendencia hacia una mayor independencia en el plano social hacen dudar de la continuidad de un modelo de cuidado y apoyo instrumental provisto por las mujeres del hogar.⁷ Finalmente, si bien es cierto que una de las formas más comunes de apoyo familiar es la cohabitación de los adultos mayores con sus familias, lo cual no parece haber cambiado sustancialmente⁸, este patrón puede modificarse en el futuro como

⁶Sánchez Ayendez, Melba (1994), "El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa", *Publicación científica*, N° 546, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).

⁷ Idem

⁸ Hakkert, Ralph y José Miguel Guzmán (2002), "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina", *Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Universo familiar y procesos demográficos contemporáneos*, Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (comps.), Instituto de Investigaciones Sociales (IIS)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por aparecer.

resultado de cambios en la nupcialidad y del aumento de las necesidades de una creciente población de la cuarta edad y demandante de recursos médicos costosos.

Las **redes de amigos y vecinos** constituyen también fuentes de apoyo importantes. Los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brinda la red de amigos son más públicos que los provistos en el seno de la familia, pero más personales que los suministrados por el sistema formal⁹. La red de amigos, más que la existencia de sólo un buen amigo, hombre o mujer, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

En lo que respecta a los apoyos informales que brindan las **redes comunitarias** cabe distinguir entre los provenientes de organizaciones que dirigen su acción específicamente a los mayores y los de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros. En el primer caso, las personas mayores reciben apoyo bajo la forma de aportes instrumentales, materiales o de ayuda emocional. En el segundo, se trata de entidades en las que las personas mayores participan activamente, incluso en la toma de decisiones. Las organizaciones de auxilio y beneficencia entran en la primera categoría, en tanto que las organizaciones de personas de edad pertenecen a la segunda.

Tipos de vínculos: reciprocidad de los apoyos

Cuando se habla de apoyos se fija la acción en quien la recibe, pero visto globalmente se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. No se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino de un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras y en el cual el equilibrio hacia la suma cero que caracterizaría a un intercambio balanceado es algo indeterminable, entre

⁹Himes, Christine L. y Erin B. Reidy (2000), "The role of Friends in caregiving", *Research on Aging*, vol. 22, N° 4, Thousand Oaks, California, Sage Publications, julio.

otras razones porque no es posible establecer el valor preciso de aquello que se intercambia.

La medida en que el equilibrio en el intercambio de apoyos pueda ser un factor que influya sobre la calidad de los vínculos y fortalezca las redes con que cuentan las personas mayores depende de la equivalencia del intercambio, sea éste de apoyos tangibles o intangibles, expresados a través de actos recíprocos o generados por la misma persona que da el apoyo. Al respecto, en Kim y otros (2000) se plantea que cuando el intercambio de apoyos es recíproco se generan efectos psicológicos positivos en las personas participantes, lo cual no sucede si el intercambio no es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración¹⁰. En el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento.

En esta misma línea, cabe subrayar algunos resultados de las investigaciones sobre las consecuencias negativas que produce el hecho de entregar obligadamente un apoyo, lo cual es una fuente potencial de conflictos y la base en la que se sustentan el maltrato, la violencia y el abuso (agresiones verbales, intimidación, ridiculización, maltrato físico, abandono, abuso patrimonial) de que pueden ser objeto las personas mayores.

Otro elemento que se debe considerar es la medida en que se percibe la necesidad de reciprocidad en los apoyos informales y formales. De acuerdo con Lee (citado por Krause, 1990) la actual en la cohorte de personas mayores en los Estados Unidos adhiere a la idea de reciprocidad en los intercambios y no quieren establecer

¹⁰ Kim, Hye-Kyung y otros (2000), "Social support exchange and quality of life among the Korean elderly", *Journal of Cross Cultural Gerontology*, vol. 15, Nº 4, Kluwer Academic Publishers.

vínculos de apoyo a menos que puedan reciprocarse. De este modo, preferirían los apoyos formales, que no requieren retribución.¹¹

Disponibilidad y sostenimiento de redes y apoyos

La disponibilidad de personas que puedan formar parte de las redes de apoyo depende de factores demográficos (baja fecundidad, migración, patrones de formación y disolución de uniones y otros) y no demográficos (como estabilidad en el empleo y nivel de bienestar de otros miembros de la familia).

Una más amplia disponibilidad de personas no es la sola condición para un mayor apoyo. Se trata más bien de que aquellas con las cuales el sujeto potencialmente cuenta como fuente de ayuda estén en disposición o en condiciones de brindarla. Por ejemplo, en contextos más pobres se ha visto que la ayuda familiar está limitada por el hecho de que otros miembros pueden estar también necesitados de ayuda o porque buscan ascender socialmente. Este resultado muestra que la no disponibilidad de redes de apoyo puede ser una de las facetas de la pobreza.

Complementación entre las redes de apoyos formales e informales

Para diseñar políticas que favorezcan a las personas mayores es importante considerar la medida en que se integran, complementan o contrarrestan los apoyos provenientes de las fuentes formales e informales.

En sus estudios sobre poblaciones pobres en México, Montes de Oca ha encontrado que cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos y otros) tiende a activarse, y a desactivarse cuando existen apoyos institucionales. Sin embargo, estas redes informales pueden verse seriamente dañadas cuando ocurren crisis graves, en las que los actores que intervienen en ellas (familiares, amigos y otros) sufren mermas extremas de sus

¹¹Krause, Neal (1990), "Perceived health problems, formal/informal support, and life satisfaction among older adults", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 45, Nº 5, Ann Arbor, Michigan, School of Public Health and Institute of Gerontology, University of Michigan, September.

propios recursos, dejando a los grupos más vulnerables —como es el caso de los mayores de edad— en una situación altamente precaria.¹²

GÉNERO Y REDES DE APOYO DE LAS PERSONAS MAYORES

El número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales difieren claramente entre hombres y mujeres. Puede decirse que las diferencias de género en el ciclo de vida se expresan con bastante nitidez en las edades avanzadas. Este resultado tiene su origen en los distintos roles que hombres y mujeres desempeñan en nuestras sociedades. Por ejemplo, la participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente más predominante entre los hombres, puede llevarlos a una mayor integración social en el ámbito externo, pero al mismo tiempo permite a las mujeres desarrollar relaciones más cercanas en los ámbitos familiar y comunitario. Para ambos sexos, sin embargo, la llegada al inicio de la vejez implica un momento de transición, coincidente con la salida de los hijos de la familia, que puede afectarlos negativamente. En el caso de la mujer, por la pérdida del rol de apoyo y cuidado asignado a la madre y en el del hombre, por el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral. La forma en que se asume esta transición es también distinta para hombres y mujeres.

En la literatura pertinente se han identificado diversos tipos de fuentes de apoyo, señalándose también que se diferencian para hombres y mujeres y que sufren modificaciones en el curso de la vida de los individuos y en las etapas del ciclo vital de las familias.

En lo que respecta a las **redes de apoyo familiar** a la población mayor, sus expresiones son diferentes para hombres y mujeres. Parte de estas variaciones se relaciona con características sociodemográficas, como el estado civil de unos y otros.

¹² Montes de Oca, Verónica(2000), "Relaciones familiares y redes sociales", *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, D.F., Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Wenger, ha señalado que el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres¹³.

También el número de los hijos ejerce una acción distinta en el padre y la madre. La mortalidad, a través de los diferenciales de la esperanza de vida, genera efectos también diferenciales, puesto que los hombres, por tener una vida más corta, están acompañados en su vejez, lo que en algunas latitudes se complementa por el hecho de que la edad de la cónyuge es muy inferior. Las diferencias de género muestran que los varones solteros o viudos tienen una red social más reducida que las mujeres en esas dos categorías.

Lo mismo sucede con las **redes de amigos**. La amistad tiene significados distintos para hombres y mujeres de edad avanzada, aunque en ambos casos hay igualmente continuidades y discontinuidades. Sus objetivos son diferentes y los efectos para cada cual cambian también dependiendo del lugar de residencia. Scott y Wenger han señalado que “las amistades de los hombres siguen basándose en las actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo”¹⁴. Se dice que hay una ventaja psicológica para la población femenina, pero seguramente esto responde a procesos de socialización diferenciales.

Otros autores que han profundizado en el estudio de la amistad en el caso de las mujeres de edades avanzadas concluyen que éstas tienen relaciones dinámicas y cercanas con sus amigos, mantienen amistades por largos períodos y son capaces de formar otras nuevas en el tiempo (MacRae, 1996 y Roberto, 1997, citados en Himes y Reidy, 2000). Las relaciones de amistad, se dice, prolongan la independencia en la vejez a través del apoyo emocional que proporcionan. Ello parece explicarse por el hecho de que fomentan la motivación, la relajación y los estados de ánimo saludables.¹⁵

¹³Scott, A. y Wenger G. (1996), “Género y redes de apoyo social en la vejez”, Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico, Sara Arber y Jay Ginn (comps.), Madrid, Narcea S.A. Editores.

¹⁴ Idem

¹⁵ Himes, Christine L. y Erin B. Reidy (2000), “The role of Friends in caregiving”, Research on Aging, vol. 22, Nº 4, Thousand Oaks, California, Sage Publications, julio.

Según otros autores, el apoyo opcional que brindan los amigos es probablemente más apreciado que el cuidado provisto obligadamente por la familia¹⁶.

También las **redes comunitarias** son diferentes para hombres y mujeres. En sociedades donde existe el concepto de tiempo de ocio y, específicamente, la persona mayor ya no tiene que trabajar y cuenta con alguna estrategia de supervivencia económica, se dispone de tiempo para participar en grupos voluntarios. Según Scott y Wenger, por regla general en las zonas rurales las mujeres tienden a participar más en actividades comunitarias que los hombres, en tanto que en las ciudades se da la situación inversa¹⁷. Existen organizaciones políticas de adultos mayores cuyos miembros son mayoritariamente varones, mientras que en organizaciones dedicadas al trabajo comunitario, promoción de la salud y actividades recreativas predomina la participación de las mujeres de edad avanzada.

En otros ámbitos, como el de la **percepción de la ayuda** por parte de las personas mayores, también existen diferencias de género. En un estudio realizado en España se mostró que en los casos en que varones cuidan a varones es más frecuente que quien recibe la atención no se considere muy bien atendido; en cambio, cuando los varones son cuidados por mujeres ocurre lo contrario¹⁸. Por lo tanto, los hombres se consideran menos eficaces a la hora de proporcionar atención. Esto es producto de la creencia social de que el papel de proveedor de ayuda es algo inherente a la naturaleza femenina y que, por ende, la mujer está mucho más preparada que el varón para realizar estas tareas.

¹⁶ Antonucci, Toni y J.Jackson (1990), *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A.

¹⁷ Scott, A. y Wenger G. (1996), Op cit

¹⁸ Campo, María Jesús (2000), "Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadores", *Opiniones y actitudes*, Nº 31, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

Leticia Robles va más allá, al afirmar que “a pesar de los discursos públicos y privados de que la familia es la responsable del cuidado de los ancianos”¹⁹, casi siempre es una mujer quien asume dicha responsabilidad. La feminización del cuidado ha convertido una responsabilidad familiar y comunitaria en un asunto privado por el que algunas mujeres de la familia se convierten en cuidadoras permanentes de lo largo de su vida”. Así lo demuestra un estudio realizado en Estados Unidos, en el que se señala que “Para 1900 una mujer pasaba 19 años criando y cuidando de sus hijos y sólo 9 años en promedio atendiendo a un padre o una madre. Hoy en día y en el futuro, pasará 17 años cuidando de un hijo o hija y 18 años atendiendo a un padre o una madre”²⁰. Esto plantea, según Sánchez (1990), el surgimiento de lo que en la literatura gerontológica se conoce como “generación del medio”, constituida principalmente por mujeres de edad mediana que tratan de balancear las necesidades de sus padres ancianos, sus hijos, nietos, esposo y trabajo²¹.

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES Y REDES DE APOYO

Las preocupaciones acerca del futuro en un planeta demográficamente envejecido han generado consenso respecto de la necesidad de estudiar las condiciones objetivas de vida (institucional, cultural y social) que enfrentan los adultos mayores para tener un nivel aceptable de supervivencia cotidiana. El sostenido incremento de la esperanza de vida ha llevado a preguntarse si el aumento de los años de vida va acompañado de un aumento de los años de vida saludable. Estas inquietudes determinan que sea preciso analizar no solamente los sistemas de protección social

¹⁹ Robles Silva, Leticia (2002), “¿Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos no de familia”, documento presentado en el simposio “Viejos y viejas, participación, ciudadanía e inclusión social”, Quincuagésimo Congreso Internacional de Americanistas (Santiago de Chile, 14 al 18 de julio).

²⁰ Sánchez, Carmen Delia (1996), Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, San Juan de Puerto Rico, conferencia “Oficina del gobernador para asuntos de la vejez”.

²¹ Sánchez, Carmen Delia(1990), “Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico”, Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Asociación Americana de Personas Jubiladas

con que cuentan las personas mayores, su independencia financiera y su estado de salud, sino también la apreciación y la valoración individual de estas condiciones. Es por ello que han surgido con fuerza los conceptos de bienestar y calidad de vida de las personas mayores²², como una combinación óptima de factores objetivos y subjetivos.

Diferentes autores han señalado que el concepto de calidad de vida es multidimensional y que incluye factores subjetivos y objetivos. Ello implica que habrá que contemplar factores tanto personales (salud, autonomía, satisfacción y otros), como socioambientales (redes de apoyo, servicios sociales y otros)²³

Las investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos que los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad ejercen en la calidad de vida de las personas y, en especial, de los adultos mayores²⁴.

Los autores sostienen que los apoyos sociales promueven el bienestar de las personas mayores y sus familias. Entre las vías a través de las cuales se hacen sentir sus efectos mencionan la reducción de los sentimientos de aislamiento, la promoción indirecta de conductas saludables, que induce un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y el bienestar, y los apoyos emocionales directos. En el modelo propuesto por Antonucci y Jackson no es un apoyo específico el que incide en la calidad de vida, sino la acumulación de comunicaciones con otros individuos que transmiten a la persona en cuestión la idea

²² National Research Council (2001), *Preparing for an Aging World. The Case for Cross-National Research*, Washington, D.C., National Academy Press.

²³ Idem; y Palomba, Rosella (2002), "El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores", documento presentado en el "Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Santiago de Chile, 24 de julio).

²⁴ Pillemer, Karl y otros (2000), *Social Integration in the Second Half of Life*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.

de que es (o sigue siendo) capaz, valiosa e importante. Esta comunicación es internalizada y validada por la persona.

Sin embargo, es en el campo de la salud donde más se ha analizado la relación entre redes de apoyo y calidad de vida. Antonucci y Akiyama, en un balance de las evidencias empíricas en esta área, concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, el estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. También señalan que las relaciones de calidad pueden tener efectos favorables en los niveles de depresión, así como también en la frecuencia de las enfermedades y la respuesta inmunológica²⁵.

Varios hallazgos epidemiológicos han documentado “la relación positiva entre apoyo social y la morbilidad/mortalidad utilizando medidas relativamente grandes de apoyo social” observó que “la mortalidad estaba inversamente relacionada con el apoyo social en un estudio longitudinal de individuos de más de setenta años”.²⁶

Lo mismo ocurre con la salud mental Sánchez al referirse a la situación de los mayores discapacitados, señala que “la familia, amigos y vecinos proveen aproximadamente el 80% de los servicios de apoyo que necesitan los ancianos impedidos” y que investigaciones acerca de la familia y los mayores “han demostrado ampliamente que la familia es la que provee la mayor parte de los servicios de cuidado de la salud a ancianos con discapacidad física y mental”²⁷.

Miguel Krassoievitch, por su parte, indica que es un hecho demostrado que gozan de mejor salud las personas que reciben un mayor apoyo social tanto en términos de

²⁵ Antonucci, Toni y Hiroko Akiyama (1987), “Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model”, *Journal of Gerontology*, vol. 42, N° 5, Washington, D.C., The Gerontological Society of America, September.

²⁶Berkman, Lisa (1984), “Assessing the physical health effects of social networks and social support”, *Annual Review of Public Health*, vol. 5, Palo Alto, California, mayo.

Blazer, Dan (1982), “Social support and mortality in an elderly population”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 115, N° 5, Oxford, Oxford University Press.

²⁷ Sánchez, Carmen Delia (1990), “Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico”, *Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Asociación Americana de Personas Jubiladas.

conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares y vecinos, como de participación en actividades sociales.

El impacto positivo en la salud es más marcado cuando la actividad que realiza la persona mayor es significativa y no se limita a una asistencia pasiva.

Sin embargo, Krassoievitch subraya que la efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva de este apoyo que haga cada persona. Un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aun cuando sea bienintencionado, puede tener efectos dañinos, al producir dependencias y afectar negativamente a la autoestima²⁸.

²⁸ Krassoievitch, Miguel (1998), "Redes sociales y vejez", documento preparado para el séptimo simposio "Macaria: que hablen los ancianos", Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (Guadalajara, 24 al 26 de septiembre).

V METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo-transversal, realizado a través de una encuesta en la que integro el instrumento Redes de Apoyo Social, incluida en el instrumento de valoración utilizado en la investigación “Desarrollo y evaluación de un modelo de atención de ENFERMERÍA para el cuidado de adultos mayores en el hogar” PAPIITIN310108. Este instrumento de valoración fue aplicado mediante entrevista directa a adultos mayores, que dieron su consentimiento para ser entrevistados, aplicada durante la visita domiciliaria a 30 adultos mayores del Sur de la Ciudad de México en el periodo de Octubre 2008 a Enero 2009. Criterios de inclusión personas mayores de 60 años que aceptaron contestar el cuestionario. Criterios de exclusión personas menores de 60 años o que no quisieran contestar todas las preguntas del cuestionario. La información fue procesada con el programa estadístico SPSS. Resultados.

Índice de valoración Redes de Apoyo Social

Se utilizo cuestionario de preguntas cerradas dicotómicas (Si-No) y otras tipo likert para valorar el nivel de conocimientos de las redes de apoyo social y su utilización, constara de cinco apartados. En un primer bloque se le preguntara acerca de apoyo familiar social. En el segundo apartado que se llama red informal extra familiar nos hace alusión de la relación del adulto mayor con sus amistades sean amigos o vecinos. El tercer apartado se refiere al apoyo comunitario. El cuarto apartado Red Formal Institucional se refiere a las instituciones gubernamentales o privadas de las cuales el adulto mayor recibe atención médica. Dicho instrumento se le aplicara de forma directa con el entrevistado en su domicilio con previo consentimiento informado.

MUESTRA.

La muestra que se tomara en cuenta es grupo de 30 adultos mayores de 60 años y más, de la colonia San Lorenzo Huipulco. No probabilística es por conveniencia

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, transversal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas de 60 años y más.
- Personas que aceptaron contesten el cuestionario completo
- Adultos mayores que deseen participar de manera libre y no impuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas menores de 60 años
- O personas que no deseen contestar el cuestionario

Recursos:

Los recursos humanos con los que se contara es una sola persona.

Se utilizara una computadora, impresora, hojas tinta, fotocopias, línea telefónica para realizar citas, así como pasajes para trasladarse con los adultos mayores.

Cronograma

Mes Actividades	Ago.- Sep.	Sep- Oct	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo- Mayo
Elaboración del protocolo del proyecto de investigación	*****						
Marco teórico		*****					
Elaboración del cuestionario		*****					
Aplicación de la prueba piloto			*****				
Aplicación del instrumento				*****			
Cuantificación de datos.					*****		
Análisis de resultados						*****	
Integración de tesis							*****

VI RESULTADOS

Las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor; el 93.3% con los parientes, el 86.7% con los hijos, el 83.3% con un la seguridad social (IMSS, ISSSTE y hoja de gratuidad de la SSA), el 46.7% cuenta con conyugue y solo el 33.3% con grupo ayuda (cuadro 1).

En la frecuencia con la que ve y habla el AM con su red de apoyo social, el 100%(14) ve y habla con su conyugue una o más veces a la semana (cuadro 2). El (23) 88.5% ve y habla con sus hijos una o más veces a la semana y solo el (1) 3.8% no los ve (cuadro 3). El (14) 50% ve y habla con **sus familiares** una o más veces a la semana y no los ve el (4) 14.3% (cuadro 4). El 38.1% ve y habla con **los amigos** una o más veces a la semana y el (8) 38.1% también los ve una a dos veces al mes y el (5)23.8% solo los ve o habla una vez al mes (cuadro 5). En cuanto a contar con una red **comunitaria** el (5) 55.6% asiste una o más veces a la semana pero el (3) 33.3% dijeron tener pero no acuden y solo el (1) 11.1% contestaron una o dos veces al mes (cuadro 6). En cuanto a las **institución** se observo que las opciones una o menos veces al mes y una a dos veces al mes, obtuvieron (8) 32% cada una, el (4) 16% refiere no recibir apoyo, cabe mencionar que dentro de esta respuesta se coloco a los adultos mayores que expresaron no estar satisfechos con la atención que brinda las instituciones por lo que no la utilizan (cuadro 7).

En cuanto al tipo de ayuda que le brinda su **conyugue** en el 100% (14) brinda el emocional, instrumental e informativo, mientras que el (12)85.7% solo le brinda el material (cuadro 8). En **los hijos** observamos que el apoyo emocional lo brinda en un (26)100%, en un (18)69.2% brindan apoyo informativo y el (6)23.1% no recibe apoyo material (cuadro 9). En cuanto a los **parientes** se observo que brindan con mayor frecuencia apoyo emocional en un (21)75%, en un (20)71.4% no brinda apoyo material, en un (18)64.3% no brinda el instrumental (cuadro 10). Con la ayuda que brinda **los amigos** tenemos que el (20)95.2% brinda apoyo emocional mientras que el (16)76.2% refiere no recibir el apoyo instrumental y material por parte de esta red de apoyo (cuadro 11). De la **comunidad** el (6)66.7% recibe apoyo informativo y el (5)55.4% le brinda apoyo emocional y solo el (1)11.1% recibe apoyo material (cuadro

12). En cuanto a las **instituciones, en el mayor porcentaje reciben es el apoyo informativo en un (19)76%** y el que menos recibe, es el apoyo instrumental en un (4)16% (cuadro 13).

Tenemos en el cuadro 14 la suma de los apoyos que puede brindar la red, a cada tipo de apoyo se le asigna un porcentaje: emocional 25% instrumental 25%, material 25% e informativo 25% que sumados tenemos 100% y puede recibir uno o dos o tres o los cuatro. El 100% ó cuatro tipos de apoyo, el adulto mayor los recibe en un 85.7%(12) de su conyugue, de los hijos en un 65.4%(17) de las instituciones 8.0% (2).

También se tomo en cuenta el grado de satisfacción por cada una de las redes de apoyo. La satisfacción para **el conyugue** es la más alta, referida como mucho con un (13)92.9% en lo emocional e instrumental y en lo material con un (11)78.6% (cuadro 15). La población adulta mayor que contesto que cuenta **con hijos**, reflejo que están satisfechos en mucho (16) 61.5% en lo emocional; y en un (13) 50% en lo instrumental (cuadro 16). En los **familiares o parientes** (18) 64.3% que califican la satisfacción como nada en el apoyo instrumental y en (2) 7.1% poco y regular (cuadro 17). De los adultos mayores que respondieron que cuenta con **amigos** se tiene que el (16) 76.2% en cada uno, refiere no tener nada de satisfacción en cuanto al apoyo instrumental y material que recibe (cuadro 18). En **el apoyo comunitario**, el (8) 88.9%, 66.7%, 44.4% y 33.3% no está nada satisfecha con el apoyo material, instrumental, emocional y informativo que brinda esta red respectivamente (cuadro 19). La satisfacción en las instituciones el 84%, 64%, 44% y 28% no está nada satisfecha con el apoyo instrumental, emocional, material e informativo respectivamente (cuadro 20).

CUADROS.

CUADRO 1 REDES DE APOYO SOCIAL CON LAS QUE CUENTA EL ADULTO MAYOR

VARIABLE	N= 30			
	SI		NO	
	F°	%	F°	%
ESPOSO	14	46.7	16	53.3
HIJOS	26	86.7	4	13.3
PARIENTES	28	93.3	2	6.7
AMIGOS	22	73.3	8	26.7
PERTENECE A GRUPO COMUNITARIO	10	33.3	20	66.7
CUENTA CON SEG SOC	25	83.3	5	16.7

CUADRO 2. FRECUENCIA CON LA QUE VE Y HABLA CON SU CONYUGUE.

VARIABLE	N= 14	
FRECUENCIA CON QUE VE A SU CONYUGUE	F°	%
NO LO VEO	0	0
1 VEZ AL MES	0	0
1 A 2 VECES AL MES	0	0
1 O MAS VECES A LA SEMANA	14	100
TOTAL	14	100

CUADRO 3. FRECUENCIA CON QUE VE Y HABLA CON SU(S) HIJOS

VARIABLE	N= 26	
FRECUENCIA CON QUE VE A SU(S) HIJOS	F°	%
NO LO VEO	1	3.8
MENOS DE 1 VEZ AL MES	2	7.7
1 A 2 VECES AL MES	0	0
1 O MAS VECES A LA SEMANA	23	88.5
TOTAL	26	100

CUADRO 4. FRECUENCIA CON QUE VE Y HABLA CON SUS PARIENTES

VARIABLE	N= 28	
FRECUENCIA CON QUE VE A SUS PARIENTES	F°	%
NO LO VEO	4	14.3
1 VEZ AL MES	5	17.9
1 A 2 VECES AL MES	5	17.9
1 O MAS VECES A LA SEMANA	14	50.0
TOTAL	28	100

CUADRO 5. FRECUENCIA CON QUE VE O HABLA CON SU (S) AMIGO (S)

VARIABLE	N= 21	
FRECUENCIA CON QUE VE A SU (S) AMIGO (S)	F°	%
NO LO VEO	0	0
1 VEZ AL MES	5	23.8
1 A 2 VECES AL MES	8	38.1
1 O MAS VECES A LA SEMANA	8	38.1
TOTAL	21	100

CUADRO 6. FRECUENCIA CON QUE VE O HABLA CON SU COMUNIDAD

VARIABLE	N= 9	
FRECUENCIA CON QUE VE O HABLA CON SU COMUNIDAD	F°	%
NO ACUDO	3	33.3
MENOS DE 1 VEZ AL MES	0	0
1 O 2 VECES AL MES	1	11.1
1 O MAS VECES A LA SEMANA	5	55.6
TOTAL	9	100

CUADRO 7. FRECUENCIA CON QUE VE O HABLA CON SU INSTITUCION

VARIABLE	N= 25	
	F°	%
FRECUENCIA CON QUE VE O HABLA CON SU INSTITUCION		
NO RECIBO APOYO	4	16
MENOS DE 1 VEZ AL MES	8	32.
1 A 2 VECES AL MES	8	32.
1 O MAS VECES A LA SEMANA	5	20.
TOTAL	25	100

CUADRO 8. TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU CONYUGUE

VARIABLE	N= 14			
	No recibe		Si lo recibe	
TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU CONYUGUE	F°	%	F°	%
EMOCIONAL	0	0	14	100
INSTRUMENTAL	0	0	14	100
MATERIAL	2	14.3	12	85.7
INFORMATIVO	0	0	14	100

CUADRO 9. TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU(S) HIJO (S)

VARIABLE		N= 26			
TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU(S) HIJO(S)	No lo recibe		Si lo recibe		
	F°	%	F°	%	
EMOCIONAL	0	0	26	100	
INSTRUMENTAL	7	26.9	19	73.1	
MATERIAL	6	23.1	20	76.9	
INFORMATIVO	8	30.8	18	69.2	

CUADRO 10. TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU(S) PARIENTES(S)

VARIABLE		N= 28			
TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU(S) PARIENTES(S)	No lo recibe		Si lo recibe		
	F°	%	F°	%	
EMOCIONAL	7	25.0	21	75.0	
INSTRUMENTAL	18	64.3	10	35.7	
MATERIAL	20	71.4	8	28.6	
INFORMATIVO	16	57.1	12	42.9	

CUADRO 11. TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU(S) AMIGO(S)

VARIABLE	N= 21			
	No lo recibe		Si lo recibe	
TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU(S) AMIGO(S)	F°	%	F°	%
EMOCIONAL	1	4.8	20	95.2
INSTRUMENTAL	16	76.2	5	23.8
MATERIAL	16	76.2	5	23.8
INFORMATIVO	3	14.3	18	85.7

CUADRO 12. TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU COMUNIDAD

VARIABLE	Muestra 9			
	No lo recibe		Si lo recibe	
TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU COMUNIDAD	F°	%	F°	%
EMOCIONAL	4	44.4	5	55.4
INSTRUMENTAL	6	66.7	3	33.3
MATERIAL	8	88.9	1	11.1
INFORMATIVO	3	33.3	6	66.7

CUADRO 13. TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU INSTITUCIÓN

VARIABLE	Muestra 25			
	No lo recibe		Si lo recibe	
TIPO DE AYUDA QUE LE BRINDA SU INSTITUCION	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EMOCIONAL	16	64.0	9	36.0
INSTRUMENTAL	21	84.0	4	16.0
MATERIAL	11	44.0	14	56.0
INFORMATIVO	6	24	19	76.0

CUADRO 14. SUMA DE TODOS LOS APOYO

N= 30											
VARIABLE	0		25		50		75		100		
	F⁰	%	F	%	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	
TOTAL DE APOYO EN % CON LOS QUE CUENTA EL A.M											
APOYO DEL CONYUGUE	0	0	0	0	0	0	2	14.3	12	85.7	
APOYO DE LOS HIJOS	0	0	4	15.4	3	11.5	2	7.7	17	65.4	
APOYO DE LOS PARIENTES	6	21.4	7	25.0	7	25.0	3	10.7	5	17.9	
APOYO DE LOS AMIGOS	0	0	4	19.0	11	52.4	3	14.3	3	14.3	
APOYO DE LA COMUNIDAD	3	33.3	0	0	4	44.4	1	11.1	1	11.1	
APOYO DE LA INSTITUCION	5	20	3	12.0	11	44.0	4	16.0	2	8.0	

CUADRO 15. GRADO DE SATISFACCION QUE BRINDA SU CONYUGUE

N= 14									
VARIABLE									
EN QUE GRADO ESTA SATISFECHO/A CON EN APOYO BRINDADO POR SU CÓNYUGE	EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		MATERIAL		INFORMATIVO		
	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	
	NADA	0	0	0	0	2	14.3	0	0
POCO	0	0	0	0	0	0	0	0	
REGULAR	1	7.1	1	7.1	1	7.1	2	14.3	
MUCHO	13	92.9	13	92.9	11	78.6	12	85.7	

CUADRO 16. GRADO DE SATISFACCION QUE BRINDA SU(S) HIJO(S)

N= 26									
VARIABLE									
EN QUE GRADO ESTA SATISFECHO/A CON EN APOYO BRINDADO POR su(S) HIJO (S)	EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		MATERIAL		INFORMATIVO		
	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	
	NADA	0	0	5	19.2	7	26.9	8	30.8
POCO	2	7.7	3	11.5	4	15.4	3	11.5	
REGULAR	8	30.8	5	19.2	1	3.8	1	3.8	
MUCHO	16	61.5	13	50	14	53.8	14	53.8	

CUADRO 17. GRADO DE SATISFACCION QUE BRINDA SU (S) PARIENTE(S)

N= 28									
VARIABLE	EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		MATERIAL		INFORMATIVO		
EN QUE GRADO ESTA SATISFECHO/A CON EN APOYO BRINDADO POR SU (S) pariente (S)	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	
NADA	8	28.6	18	64.3	21	75	17	60.7	
POCO	4	14.3	2	7.1	0	0	0	0	
REGULAR	4	14.3	2	7.1	0	0	4	14.3	
MUCHO	12	42.9	6	21.4	7	25	7	25.0	

CUADRO 18. GRADO DE SATISFACCION QUE BRINDA SU (S) AMIGO(S)

N= 21									
VARIABLE	EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		MATERIAL		INFORMATIVO		
EN QUE GRADO ESTA SATISFECHO/A CON EN APOYO BRINDADO POR SU(S) AMIGO(S)	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	F⁰	%	
NADA	1	4.8	16	76.2	16	76.2	3	14.3	
POCO	3	14.3	0	0	1	4.8	4	19.0	
REGULAR	4	19.0	1	4.8	0	0	2	9.5	
MUCHO	13	61.9	4	19.0	4	19.0	12	57.1	

CUADRO 19. GRADO DE SATISFACCION QUE BRINDA SU COMUNIDAD**N= 9**

VARIABLE EN QUE GRADO ESTA SATISFECHO/A CON EN APOYO BRINDADO POR SU COMUNIDAD	EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		MATERIAL		INFORMATIVO	
	F^o	%	F^o	%	F^o	%	F^o	%
	NADA	4	44.4	6	66.7	8	88.9	3
POCO	0	0	0	0	0	0	0	0
REGULAR	1	11.2	1	11.1	1	11.1	0	0
MUCHO	4	44.4	2	22.2	0	0	6	66.7

CUADRO 20. GRADO DE SATISFACCION QUE BRINDA SU INSTITUCION**N= 25**

VARIABLE EN QUE GRADO ESTA SATISFECHO/A CON EN APOYO BRINDADO POR SU INSTITUCIÓN	EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		MATERIAL		INFORMATIVO	
	F^o	%	F^o	%	F^o	%	F^o	%
	NADA	16	64.0	21	84.0	11	44.0	7
POCO	2	8.0	2	8.0	3	12.0	6	24.0
REGULAR	4	16.0	2	8.0	7	28.0	8	32.0
MUCHO	3	12.0	0	0	4	16.0	4	16.0

VII. DISCUSIÓN

Las redes de apoyo social del adulto mayor de la población estudiada en primer lugar reflejan como los apoyos informales constituidos por el cónyuge y los hijos constituyen la base sobre la que descansa la responsabilidad del cuidado del adulto mayor, tal y como lo señala la literatura²⁹

El conyugue es la red que aporta los cuatro tipos de apoyo en mayor porcentaje, los hijos en menor porcentaje sobre todo en el material, resultados que coinciden con diferentes investigaciones, que señalan que el perfil tipo del cuidador, son principalmente mujeres conviven con la persona a la que cuidan fundamentalmente son las hijas, aunque algunos estudios son las esposas.

En el contexto español, 71.9% del apoyo recibido por parte de los ancianos procede del apoyo informal: la familia cercana (cónyuge e hijos) es la mayor proveedora (63.8%), seguida de parientes, amigos y vecinos, que representan 8.1% del total³⁰.

En esta misma línea de resultados, y en el contexto de México, según Montes de Oca³¹, la encuesta ENSE-94 muestra que 74.6% del apoyo recibido lo conceden el cónyuge (17.65%) y los hijos (56.95%); destacan también de entre las demás figuras de apoyo, los yernos y nueras con 5.85% y los nietos con 5.3 por ciento. Estos resultados son similares a los obtenidos mediante la encuesta ENASEM-2001³², realizada también en México. Es la familia cercana (cónyuge e hijos) del adulto mayor de la que obtiene en mayor porcentaje, el apoyo emocional e instrumental³³

²⁹ Cardona AD, Estrada RA, Byron-Agudelo HG. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Revista Universidad de Antioquia, Medellín. 2003; 21 (2).

³⁰. INSERSO. Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1995.

³¹Montes de Oca V. Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. Papeles Pobl 1999; 19:149-172.

³² Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. 2001. México. Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu>.

³³ (Juan Carlos Meléndez-Moral, D en Psic^I; José Manuel Tomás-Miguel, D en Psic^{II}; Esperanza Navarro-Pardo, D en Psic^I Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim),

datos que coinciden con los encontrados en esta investigación que señalan que el conyugue es la red que aporta los cuatro tipos de apoyo en un mayor porcentaje, seguido de los hijos en menor porcentaje sobre todo en el material. Sin embargo, la frecuencia y los tipos de apoyos ofrecidos por los hijos muestran una deficiente calidad del apoyo brindado, ya que cuando trabajan y son casados en muchas ocasiones es a causa de las dificultades laborales, de pérdida de productividad y de alteración en las relaciones familiares que pueden enfrentar los cuidadores informales³⁴.

El apoyo también es aportado por los amigos y familiares en porcentajes reducidos como lo refleja los resultados de esta investigación, sin embargo otras investigaciones refieren que los adultos mayores reciben importante ayuda de personas que tienen una relación estrecha sin que medie parentesco alguno. Por lo que es importante considerar a los amigos y vecinos como un recurso importante previsible como cuidador informal, ya que en un futuro, se espera que disminuya considerablemente el número de hijos y por lo tanto este recurso como cuidador³⁵.

Contrario a lo referido en la revisión teórica, las redes institucionales se encuentran presentes en el 83% de la población de estudio, no obstante, los datos sobresalientes reflejan una baja frecuencia de contacto, y poca satisfacción con los cuatro tipos de apoyo recibido, sobre todo en el emocional e instrumental.

³⁴ OMS/OPS. La familia y la salud. 44^o. Consejo directivo. 55^a. Sesión del Comité Regional. CD44/10 (Esp.). Washington, D.C., EUA. Septiembre 2003.

³⁵ Montes de Oca, Verónica (1999), "Desigualdad estructural entre la población anciana en **México**. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en **México**", Estudios demográficos y urbanos, Vol. 16, N^o 3,

VIII. CONCLUSIÓN

Las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor, son los familiares, los hijos, la seguridad social y el conyugue, en ese orden, sin embargo solo están presentes, ya que cuando se analiza, el tipo de apoyo y que red de apoyo, lo brinda se observa que realmente, el apoyo con el que cuentan, es el de el conyugue, ya que este es el que proporciona los cuatro apoyos en mayor porcentaje, seguido de los hijos. Además es el apoyo con el que más satisfacción refiere en lo emocional e instrumental. Sin embargo, un importante porcentaje de los adultos mayores, son viudos, por lo tanto, no tienen la fortuna de contar con este apoyo o en su defecto, lo perderán a corto plazo o su calidad será cada vez menor, pues a mayor edad menor oportunidad de brindarlo. Por lo que, el siguiente apoyo importante es el de los hijos del que reciben los cuatro tipos de apoyo y de los que refieren también satisfacción. Es importante resaltar que las redes de apoyo social con las que menos están satisfechas son la comunitaria y la institucional sobre todo en el apoyo material e instrumental, lo que refleja la falta de recursos humanos y materiales destinados para la atención del adulto mayor. Por todo lo antes descrito es importante señalar que los hijos de los adulto mayores seguirán siendo un recurso valioso de cuidados informales, sin embargo, es importante, que estos reciban el apoyo material, instrumental, informativo y emocional para brindar cuidados de calidad al adulto mayor y a su vez evitar el cansancio del cuidador o también conocido como paciente oculto. Los hallazgos demuestran la necesidad de activar y fortalecer las redes de apoyo social detectadas, que pueden representar un obstáculo para la seguridad, salud e independencia del adulto mayor, situación que coloca al profesional de ENFERMERÍA en el hogar, en una red de apoyo formal, que a través de la visita domiciliaria, detecte y satisfaga las necesidades de cuidado del adulto mayor, utilizando las redes de apoyo social existentes, constituyéndose en el puente que permita dar continuidad a los cuidados de la población envejeciente en el hogar, disminuyendo con ello su institucionalización y colaborando en la disminución de los altos costos en salud que son gravosos tanto para el sector salud como para las familias.

IX Bibliografía

1. Hopkins S. (1998) *Terapia ocupacional*. 8ª ed. Ed. Médica Panamericana, España. pp 674 – 688.
2. García, H.M; Torres E. Ma P; Ballesteros P.E “Enfermería Geriátrica”; Ediciones científicas y técnica.
3. Antonucci, Toni y J.Jackson (1990), *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad, Barcelona, Ediciones Martinez Roca, S.A.
4. Khan, R.L. y Toni Antonucci (1980), “Convoys over the life course: attachment, roles and social support”, *Life-span Development and Behaviour*, P.B. Baltes y O. Brim (comps.), vol. 3, Boston, Lexington.
5. Instrumento de valoración “Escala de redes de apoyo social para adultos mayores”
6. Sánchez Ayendez, Melba (1994), “El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa”, *Publicación científica*, N° 546, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
7. Hakkert, Ralph y José Miguel Guzmán (2002), “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina”, *Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Universo familiar y procesos demográficos contemporáneos*, Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (comps.), Instituto de Investigaciones Sociales (IIS)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por aparecer.
8. Himes, Christine L. y Erin B. Reidy (2000), “The role of Friends in caregiving”, *Research on Aging*, vol. 22, N° 4, Thousand Oaks, California, Sage Publications, julio.
9. Kim, Hye-Kyung y otros (2000), “Social support exchange and quality of life among the Korean elderly”, *Journal of Cross Cultural Gerontology*, vol. 15, N° 4, Kluwer Academic Publishers.

10. Krause, Neal (1990), "Perceived health problems, formal/informal support, and life satisfaction among older adults", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 45, Nº 5, Ann Arbor, Michigan, School of Public Health and Institute of Gerontology, University of Michigan, September.
11. Montes de Oca, Verónica (2000), "Relaciones familiares y redes sociales", *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, D.F., Consejo Nacional de Población (CONAPO).
12. Scott, A. y Wenger G. (1996), "Género y redes de apoyo social en la vejez", *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Sara Arber y Jay Ginn (comps.), Madrid, Narcea S.A. Editores.
13. Himes, Christine L. y Erin B. Reidy (2000), "The role of Friends in caregiving", *Research on Aging*, vol. 22, Nº 4, Thousand Oaks, California, Sage Publications, julio.
14. Antonucci, Toni y J.Jackson (1990), *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A.
15. Scott, A. y Wenger G. (1996), Op cit
16. Campo, María Jesús (2000), "Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadores", *Opiniones y actitudes*, Nº 31, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
17. Robles Silva, Leticia (2002), "¿Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos no de familia", documento presentado en el simposio "Viejos y viejas, participación, ciudadanía e inclusión social", Quincuagésimo Congreso Internacional de Americanistas (Santiago de Chile, 14 al 18 de julio).
18. Sánchez, Carmen Delia (1996), Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, San Juan de Puerto Rico, conferencia "Oficina del gobernador para asuntos de la vejez".
19. Sánchez, Carmen Delia(1990), "Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico", *Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Asociación Americana de Personas Jubiladas.

20. National Research Council (2001), *Preparing for an Aging World. The Case for Cross-National Research*, Washington, D.C., National Academy Press.
21. Idem; y Palomba, Rosella (2002), "El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores", documento presentado en el "Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Santiago de Chile, 24 de julio).
22. Pillemer, Karl y otros (2000), *Social Integration in the Second Half of Life*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.
23. Antonucci, Toni y Hiroko Akiyama (1987), "Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model", *Journal of Gerontology*, vol. 42, N° 5, Washington, D.C., The Gerontological Society of America, September.
24. Berkman, Lisa (1984), "Assessing the physical health effects of social networks and social support", *Annual Review of Public Health*, vol. 5, Palo Alto, California, mayo.
25. Blazer, Dan (1982), "Social support and mortality in an elderly population", *American Journal of Epidemiology*, vol. 115, N° 5, Oxford, Oxford University Press.
26. Sánchez, Carmen Delia (1990), "Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico", *Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Asociación Americana de Personas Jubiladas.
27. Krassoievitch, Miguel (1998), "Redes sociales y vejez", documento preparado para el séptimo simposio "Macaria: que hablen los ancianos", Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (Guadalajara, 24 al 26 de septiembre).
28. Artículo: REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES: MARCO CONCEPTUAL José Miguel Guzmán Sandra Huenchuan y Verónica Montes de Oca; país Argentina http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf
29. Cardona AD, Estrada RA, Byron-Agudelo HG. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Revista Universidad de Antioquia*, Medellín. 2003; 21 (2).

30. INSERSO. Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1995.
31. Montes de Oca V. Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. Papeles Pobl 1999; 19:149-172.
32. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. 2001. México. Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu>
33. (Juan Carlos Meléndez-Moral, D en Psic^I; José Manuel Tomás-Miguel, D en Psic^{II}; Esperanza Navarro-Pardo, D en Psic^I Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim),
34. OMS/OPS. La familia y la salud. 44^o. Consejo directivo. 55^a. Sesión del Comité Regional. CD44/10 (Esp.). Washington, D.C., EUA. Septiembre 2003.
35. Montes de Oca, Verónica (1999), "Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México", Estudios demográficos y urbanos, Vol. 16, N° 3,

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACION DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES.

ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES. Marque con una cruz (X) la respuesta.	SI NO
¿Tiene esposo(a)?	
¿Tiene hijos(as)?	
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?	
¿Tiene amigos(as)?	
¿Pertenece a 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. Marque con una cruz (X)

I. RED INFORMAL FAMILIAR.					PUNTAJE
Cónyuge 1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	No lo(a) veo y/o hablo. (0) = 0%	Menos de una vez al mes. (1) = 33%	1 o dos veces al mes. (2) = 66%	1 vez a la semana o más. (3) = 100%	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional1 (1) 25%	Apoyo Instrumental2(1) 50%	Apoyo Material3 (1) 75%	Apoyo Informativo4 (1) 100%	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
<i>Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el número</i>					
1. ¿Con qué 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 dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
<i>Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número</i>					
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla 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 dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?. Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
Apoyo Social Familiar					TOTAL
					/57 /100%

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR Amigos (as) ¿Cuántas tiene? () Anote el número					PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)? Marque con una cruz ()	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas? Marque con una cruz ()	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4

3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)? Marque con una cruz ()	Nada 0 Poco 1 2 Regular Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12
---	---	--	--	--	-----

Apoyo comunitario					PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario? Marque con una cruz (X)	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) apoyo que le proporciona el grupo con el que acude? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
Apoyo Social Extrafamiliar				TOTAL	/38 /100%

III. RED FORMAL INSTITUCIONAL. Marque con una cruz (X)					PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)	/3
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional1 (1)	Apoyo Instrumental2 (1)	Apoyo Material3 (1)	Apoyo Informativo4 (1)	/4
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	/12			
Apoyo Social Institucional				TOTAL	/19 /100%

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 informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencia.

Magnitud de contactos sociales	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. n 1	/18
Magnitud de apoyos sociales	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. n 2	/24
Grado de satisfacción	Sumar el puntaje obtenido en todas las preg. n 3	/72
Apoyo social global	Sumar el puntaje obtenido en todas las preguntas	/114 (100%) /

Tomado del instrumento de valoración del proyecto de investigación PAPIIT "Evaluación y desarrollo de un modelo de atención de **ENFERMERÍA** para el cuidado del adulto mayor en su hogar"

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – UNAM

Carta de consentimiento informado

He leído, o me han leído esta carta de consentimiento informado y entiendo claramente que me están solicitando mi consentimiento para participar en la implementación de un modelo de atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en el hogar.

Primero contestare una encuesta sobre los “Problemas de salud del Adulto Mayor en el Hogar”, que servirá para identificar si mi familiar puede ser incluido dentro de las personas que Participaran en la investigación para lo cual debe ser una persona mayor de 60 años sin deterioro mental, con dependencia en algunas de las actividades de la vida diaria y que requiera atención de enfermería en su domicilio y que una persona (hijo, nieto, amigo) se responsabilice del cuidado haciendo las funciones de cuidador primario.

Después de una semana se le avisara si va ha ser incluido dentro del protocolo de investigación. En caso de ser incluido recibirá atención de enfermería para el cuidado a su salud a través de intervenciones de enfermería enfocadas a la capacitación y asesoría al cuidador primario para mejorar la salud y calidad de vida del adulto mayor.

Está la primera etapa del proyecto de investigación “Desarrollo y evaluación de un modelo de atención de enfermería para el cuidado del adulto mayor en su hogar “ aprobado por la Universidad Nacional Autónoma de México y directamente registrado y aprobado por la ENEO

Entiendo que no me realizaran ningún procedimiento de diagnóstico o de tratamiento medico y que no me será tomada ningún tipo de muestra biológica como sangre, suero, orina, saliva, cabello o materia fecal. Sin embargo sí se brindaran cuidados de enfermería en los que se requiere del chequeo y control de los signos vitales, somatometria y glucosa, etc. Pero ninguno que ponga en riesgo mi salud o ponga en riesgo mi integridad física o moral

Creo además que esta investigación no me traerá algún tipo de beneficio directo e inmediato. Sin embargo si recibiré la información de cómo mejorar ó mantener mi salud, para lo cual me

hablaran por teléfono ó visitaran en mi domicilio en dos ocasiones o más a la semana durante tres meses.

Estoy enterado (a) también que toda pregunta, duda o aclaración, será respondida a plena satisfacción cuando yo así lo solicite de manera personal o telefónica por el responsable de este proyecto de investigación: la Mtra. Virginia Reyes Audiffred, Académica de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM con domicilio en Antiguo camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan Col. Ejidos de Huipulco en México D. F. y que sus números de teléfono son 55 73 06 98, 56 55 89 27 y 56 55 31 81 extensión 238 no. Celular 0445513005114.

Estoy consiente que la firma de la “Carta de aceptación” NO me compromete absolutamente a nada, ni siquiera a terminar de contestar la encuesta y además se me garantiza que mi retiro de este estudio NO conllevará represalia alguna, y que mi participación no es condición alguna para recibir ningún tipo de atención médica o de enfermería.

Además, entiendo que mi información personal No se divulgará de manera individual y que toda la información que yo les proporcione se analizará de forma conjunta y únicamente con fines estadísticos.

Finalmente tengo muy claro que mi participación es plenamente voluntaria y que no recibiré a cambio dádiva alguna ni en producto (dinero en efectivo) ni en especie (despensa, medicinas, otro tipo de atención especializada) a cambio de mi participación voluntaria en este proyecto de investigación.

En la CD. de México siendo el día ____ del mes de _____ del 2008 y habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado:”Problemas de salud del Adulto Mayor en el Hogar”

Nombre y firma del paciente o responsable legal (La firma puede ser sustituida por huella digital en los casos que así lo ameriten)

Nombre, dirección, parentesco y firma de un testigo (No.1).

Nombre, dirección, parentesco y firma de un testigo (No.2).

Nombre y firma del Investigador Responsable

Mtra. Virginia Reyes Audiffred

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del adulto mayor que se esta investigando o de su representante legal y el otro en poder del entrevistador quien a su vez lo entregará al investigador responsable.