



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
“GABRIEL MANCERA”

“ADULTO MAYOR: GRADO DE DEPENDENCIA Y SUS
REDES DE APOYO”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

M E D I C I N A F A M I L I A R

PRESENTA
DRA. ROJAS GUTIÉRREZ MARTHA BEATRIZ

MÉXICO, D.F.



NUMERO DE REGISTRO R-2010-3609-14

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA



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.

DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28
"Gabriel Mancera"

"ADULTO MAYOR: GRADO DE DEPENDENCIA Y
SUS REDES DE APOYO"

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

TESISTA:

DRA. MARTHA BEATRIZ ROJAS GUTIÉRREZ

ASESOR:

DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ*

COASESOR:

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ**

* Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 "GABRIEL MANCERA"

** Profesora del Departamento de Medicina Familiar UNAM

MÉXICO, D.F. FEBRERO 2010

**"ADULTO MAYOR: GRADO DE DEPENDENCIA Y SUS REDES
DE APOYO"**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

M E D I C I N A F A M I L I A R

PRESENTA:

DRA. MARTHA BEATRIZ ROJAS GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES

DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR. PROFESOR TITULAR
DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"
ASESOR DE TESIS

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
PROFESOR DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM
COASESOR DE TESIS

"ADULTO MAYOR: GRADO DE DEPENDENCIA Y SUS REDES DE APOYO"

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:
M E D I C I N A F A M I L I A R**

**PRESENTA:
DRA. MARTHA BEATRIZ ROJAS GUTIÉRREZ**

AUTORIDADES

DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Porque con su gracia divina me ha permitido llegar a una nueva meta,
rodeada de mis seres queridos: familia y amigos.

A MI MADRE:

Por darme la esencia de lucha y la fortaleza necesaria
para crecer cada día.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo incondicional, su comprensión y ánimo porque
cada uno sabemos el valor de estos logros.

A MIS SOBRINOS:

Porque cada uno ha sido parte importante en mi vida,
y ha contribuido en mi persona.

A JUAN MANUEL:

Por tu amor, paciencia, serenidad, equilibrio
y alegría que has traído a mi vida.

INDICE

1	Marco Teórico	1
1.1	Antecedentes	1
1.1.1	Definición de envejecimiento, vejez y adulto mayor	2
1.1.2	La Familia: definición, estructura, ciclo vital y funciones.	3
1.1.3	Redes de apoyo: Concepto, objetivos, clasificación y características	11
1.1.4	Dependencia y adulto mayor	18
1.1.5	Medicina familiar: definición, médico familiar y ejes de acción.	20
1.1.6	Instrumentos para identificar redes de apoyo y valorar grado de dependencia del adulto mayor	23
1.2	Planteamiento del problema	26
1.3	Justificación	27
1.4	Hipótesis	27
1.4.1	Hipótesis alterna	27
1.4.2	Hipótesis nula	27
1.5	Objetivos	28
1.5.1	Objetivos generales	28
1.5.2	Objetivos específicos	28
2	Metodología	28
2.1	Tipo de investigación	28
2.2	Diseño del estudio	29
2.3	Población, lugar y tiempo	30
2.4	Muestra	30
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	30
2.5.1	Criterios de inclusión	30
2.5.2	Criterios de exclusión	31
2.5.3	Criterios de eliminación	31
2.6	Variables	31
2.7	Diseño estadístico	33
2.8	Instrumentos de recolección de datos	33
2.9	Método de recolección de datos	33
2.10	Maniobras para controlar sesgos	33

2.11	Procedimientos estadísticos	34
2.11.1	Plan de codificación de los datos	34
2.11.2	Diseño y construcción de la base de datos	34
2.11.3	Análisis estadístico de los datos	34
2.12	Cronograma de actividades	35
2.13	Recursos humanos, materiales, físicos y financieros	36
2.13.1	Recursos humanos	36
2.13.2	Recursos materiales	36
2.13.3	Recursos físicos	36
2.13.4	Recursos financieros	36
2.13	Aspectos éticos	36
3	Resultados	38
4	Discusión	47
5	Conclusiones	49
6	Bibliografía	50
	Anexos	54

RESUMEN

Objetivo: Identificar las redes de apoyo y el grado de dependencia del adulto mayor derechohabiente de la UMF 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional, prospectivo y no comparativo. El estudio se realizará en los meses de octubre de 2009 a febrero de 2010, a la población correspondiente al grupo de adulto mayor; 60 años y más, que asiste a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del turno matutino y vespertino. Se aplicará un total de cuatro escalas de valoración. La muestra total de pacientes que se captará será de 160. Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSSV12, con el cuál se obtendrán frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se analizaron el total de datos obtenidos de 160 participantes que cubrieron los criterios de inclusión. Obteniéndose los siguientes resultados: edad media de participantes 77.5 años, predominio de femenino 58% sobre masculino 41.9%, estado civil casado 43.8% seguido de viudez 36.9%, ocupación predominante labores del hogar 32.5%, de ellos 98.8% cuenta con red de apoyo familiar, contando con 1-4 personas el 54.38% de los pacientes, cuidador principal de género femenino (hija 47.8% y esposa 16.3%) de edad media 46.68 años, el 61.3% cuenta con apoyo de tipo emocional, tiempo, servicios-información y económico. Con escala de Duke el 86.9% cuenta con adecuado apoyo total social (afectivo adecuado 81.9% y apoyo confidencial adecuado 85.6%). El índice de Katz (Actividades básicas de la vida diaria) traduce en pacientes con independencia 52.5%, dependencia moderada 35%, dependencia total 12.5%, y para la escala de Lawton y Brody se obtuvo independencia total en el 46.3%, dependencia moderada 35.6%, dependencia severa 11.9% y dependencia total 6.3%.

Conclusiones: El 98.8% de los adultos mayores que asisten a la UMF 28 cuenta con redes de apoyos, contando con adecuado apoyo social total el 86.9% (afectivo 81.9% y confidencial 85.6%); el 35% tiene dependencia moderada y 12.5% dependencia total ambas en actividades básicas para la vida diaria y para actividades instrumentales de la vida diaria; dependencia moderada un 35.6%, dependencia severa 11.9% y dependencia total 6.3%.

Palabras clave: Adulto mayor, redes de apoyo, grado de dependencia, Escalas de Terán- Trillo, Duke-UNCII modificada, Katz, y Lawton- Brody

ABSTRACT

Objective: To identify support networks and the degree of dependency of the elderly entitled to the Family Medicine Unit No. 28 of the IMSS.

Methods: A descriptive, observational, prospective, non-comparative. The study was conducted in the months October 2009 to February 2010, the population in the older group, 60 years and older attending the consultation of the Family Medicine Unit No. 28 in the morning and evening shift. There will be a total of four rating scales. The total sample of patients that will be captured will be 160. For statistical analysis SPSSV12 program shall be used, with which frequencies and percentages were obtained.

Results: A total of data from 160 participants covering the inclusion criteria. The following results: average age of participants 77.5 años, 58% female predominance of 41.9% male, married 43.8% 36.9% followed by widowhood, housekeeping dominant occupation 32.5%, of which 98.8% have a support network family, with 1-4 people on 54.38% of patients, primary female caregiver (daughter and wife 47.8% 16.3%) of mean age 46.68 years, 61.3% have tipor emotional support, time, services, information and economic development. With Duke at 86.9% have adequate total social support (81.9% adequate emotional support and appropriate confidentiality 85.6%). Katz index (basic activities of daily living) results in 52.5% patients independently, 35% moderate dependency, total dependence 12.5%, and the Lawton and Brody scale full independence was achieved in 46.3%, 35.6 moderate dependency %, 11.9% severe dependence and total dependence 6.3%.

Conclusions: 98.8% of older adults attending UMF number 28 with support networks, with adequate social support total 86.9% (81.9% and confidential emotional 85.6%), 35% had moderate and 12.5% dependency unit total both in basic activities of daily living and instrumental activities of daily living dependency moderate 35.6%, 11.9% severe dependence and total dependence 6.3%.

Keywords: Elderly, support networks, dependency, Scales Terán-Trillo, Duke-UNCII amended, Katz, and Lawton-Brody

1.-MARCO TEÓRICO:

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA

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 éste, la población a nivel mundial está mostrando cambios generalizados en mayor o menor medida conocidos como “Fenómeno de Envejecimiento Poblacional”, resultado de la 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. Europa y Japón son los líderes, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda en segundo lugar. Sin embargo, las personas mayores conforman más del 5% de los habitantes en muchos países menos desarrollados y para el 2050 se espera que sean el 19% de la población en América Latina y el 18% en Asia.

México al igual que muchos 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 Censo de Población y Vivienda 2005 realizado por el Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática (INEGI).

En la actualidad la pirámide poblacional en México muestra una inversión, los adultos y adultos mayores 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 en la esperanza de vida la cual es de 78.2 años para las mujeres y 73.7 años para hombres y se espera que para el 2050 sea de 85.5 años.

El D.F. cuenta con 8,720, 916 habitantes correspondiente a un 8.44%, siendo la segunda entidad más poblada de México después del Estado de México.¹

Las tendencias de este incremento tienen diversas manifestaciones, que plantean nuevos modelos de atención para:

- El aumento en los índices por enfermedades crónicas degenerativas e incapacidades.
- El incremento de personas de 60 y más años.
- Predominio de mujeres en edades avanzadas.

1.1.1 Definición de envejecimiento, vejez y adulto mayor

Más allá de ser un fenómeno demográfico, las personas son las que envejecen y las sociedades las que deben buscar formas adecuadas para responder a las nuevas demandas.²

Envejecimiento, es un proceso biológico, caracterizado por la reducción progresiva de las reservas homeostáticas de cada organismo, en dicho proceso intervienen factores genéticos, ambientales y/o personales.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural consistente en un deterioro progresivo del individuo que comienza antes del nacimiento y continúa durante toda la vida. Sin embargo no todas las personas envejecen de la misma manera, la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez está relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante su vida.³

Para delimitar el envejecimiento poblacional debe especificarse cual es el grupo que se considera viejo o mayor. Puesto que este concepto resulta muy equívoco, la edad cronológica se toma como el mejor indicador. La dificultad está en fijar los límites. Por criterio de edad, es una definición que ha cambiado con el tiempo, no sólo por los cambios en la esperanza de vida sino también por la evolución que ha tenido la sociedad en todos los niveles. Es difícil determinar el momento en que éste inicia, algunos autores consideran que se manifiesta a partir del momento de la máxima vitalidad alrededor de los 30 años.^{4,5}

La Organización mundial de la Salud (OMS) define que: Envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie, durante toda la vida, conduciendo a limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio; pudiendo llamar a los hombres en tal situación ancianos, gerontes, viejo, senescente, tercera edad, adulto mayor. El punto de corte para su definición, para efectos estadísticos es la edad de 60 años.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que: Envejecimiento es el proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio.

Vejez no es definible por simple cronología, sino más bien por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas. La manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, sobre todo por factores sociales psicológicos y ecológicos, destacando los aspectos históricos, culturales e individuales con relación a la manera en que el sujeto se adapta y enfrenta su propio envejecimiento y sólo una pequeña parte está determinada por factores biológicos. Es decir existe un proceso individual y a la vez colectivo, en el sentido de que se produce en el individuo, pero es condicionado por la sociedad, por la calidad y por los estilos de vida.² Así el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en el medio ambiente socioeconómico y cultural más amplios. Desde la perspectiva funcional, el anciano sano es aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.⁶

La vejez transcurre durante el envejecimiento y ocurre desde el consenso social con el advenimiento de la jubilación, en el que hombre y mujer no coinciden en el tiempo, y se caracteriza por cambios físicos, psicológicos y sociales, siendo el aspecto físico el de mayor importancia y repercusión en la esfera psicológica.

La existencia de redes de apoyo en las edades avanzadas permite la integración social de las personas y evita su aislamiento.⁷

Lo anterior también conlleva a que la familia muestre una serie de cambios principalmente a nivel estructural para adaptarse a las nuevas demandas y exigencias sociales y culturales, sin embargo, sus funciones básicas de ayuda y apoyo para sus miembros siguen siendo las mismas. En relación con los ancianos cabe destacar tres aspectos principales de las funciones familiares:

- a) Proporciona ayuda financiera en situaciones de urgencia o en forma continua
- b) Provee cuidados en caso de enfermedad
- c) Brinda estima, afecto y gratificación.⁵

1.1.2 La Familia: Definición, estructura, ciclo vital y funciones.

La familia sigue siendo el eje primordial en el funcionamiento de nuestra sociedad, transformadora de la actividad cotidiana, en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; productora de salud o enfermedad en cada uno de sus miembros o en forma colectiva.

Por lo que el abordaje de estudio de la familia para fines prácticos, objetivos y metodológicos es un punto primordial del estudio y debe dividirse en varios aspectos a definir que comprenden:

DEFINICIÓN: Existen múltiples definiciones de “familia” surgidas a través de la historia, ya que el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias así como los individuos y la sociedad varía de cultura a cultura, así también la familia y su conceptualización ha variado, preservando el grupo hombre-mujer-niño(s) como la unidad social (concepto antropológico), siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica, así tenemos definiciones establecidas algunas mundialmente reconocidas:

Socialmente:

OMS: Miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción y matrimonio.

Censo Canadiense (Censos de 1941, 1951 y 1961): Esposo y esposa con o sin hijos, o padre o madre solos, con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

Censo Americano (1950 y 1960): Grupo de dos ó más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio ó adopción.

Psicológicamente: Unidad básica de desarrollo y experiencia de realización o fracaso.

Biológicamente: Unidad básica de enfermedad y salud además de perpetuar la especie. Se fundamenta en la unión del hombre y la mujer.

Medicamento: La familia engloba las partes definidas anteriormente ya que es la unión básica de equilibrio bio-psicosocial-económico; tomando en cuenta los cambios antropológicos y las características del Censo Canadiense y el Americano.

Ackerman (1966): Unidad social básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud.

Minuchin (1984): Grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de la familia y el segundo por el hecho de pertenecer a subsistemas intrafamiliares y por su participación con los grupos extrafamiliares.⁸

Consenso Académico, México 2005 concepto de Familia desde la perspectiva del Médico familiar: Grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.⁷

ESTRUCTURA FAMILIAR: Basándose en el número de personas, con parentesco ó sin el, así como la distribución y orden que integran el grupo familiar; se tiene la siguiente clasificación:

- Familia Nuclear: Constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos.
- Familia Extensa: Incluye Padres, hijos, y algún otro familiar consanguíneo (abuelos, tíos, etc.)
- Familia Extensa compuesta: Conformada por padres, hijos, algún otro pariente consanguíneo más alguna otra persona sin parentesco familiar (compadres y amigos).⁸

El Consenso Académico (México 2005), ha establecido una clasificación con base en el parentesco; considerando a este un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. Estableciendo la trascendencia de esta clasificación, en la necesidad de identificar características de los integrantes de la familia, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Con Parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)

Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en asilos, etc

Se debe tomar en consideración los cambios que se han dado en las sociedades modernas y que han presentado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar, así en este consenso se incluye como una realidad a la persona que vive sola, sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital, situación muy común en los adultos mayores actualmente.⁷

La antigua familia extensa, la familia de la casa grande, casi patriarcal, en la que compartían abuelos, padres e hijos y a veces tíos y primos, en donde las distintas generaciones compartían vivienda, alimentación, recreación y conversación, transmitiéndose costumbres, tradiciones, inquietudes y problemas, en donde el abuelo “adulto mayor” era figura importante en esa transmisión cultural y el se sentía importante, donde había un sitio para el y cumplía un rol irremplazable, este tipo de familia en la sociedad actual la tendencia es desaparecer y reducirse al núcleo mínimo de padres e hijos, en donde los adultos mayores ya no tienen cabida.⁹

Actualmente el desarrollo estructural de las familias en sus interrelaciones internas y externas, crean nuevas metas, valores, normas; siendo evidente una dinámica de fluctuaciones y en ocasiones, un proceso claro que lleva a la familia hacia tipos mixtos antes no identificados, la tendencia ha sido la evolución de una familia extensa a una nuclear y personalista, con fenómenos disasociativos, ello no significa que los elementos básicos de la familia desaparezcan, pero la tendencia parece mostrar como la presencia de sus integrantes no significa necesariamente integración unitaria e idéntica para todos sus miembros.¹⁰

FUNCIONES DE LA FAMILIA: Partiendo de la base del conocimiento, que la familia es un grupo de personas que viven juntas durante un tiempo determinado y que se encuentran vinculadas entre sí por lazos de afinidad, matrimonio, consanguinidad o adopción, y que la familia se ha constituido como la unidad indispensable de toda organización social a través de la historia, estableciéndose como vínculo entre la sociedad y el individuo.

Considerando además que la familia está destinada a preservar, transmitir y determinar los rasgos, aptitudes, así como las pautas de la vida de los miembros que la componen, una de las funciones generales de ésta será la conservación y la transmisión de la cultura, así como la protección de todos y cada uno de los miembros ante peligros internos y externos. Se reconocen las siguientes Funciones:⁹

- SOCIALIZACION
- AFECTO
- CUIDADO
- ESTATUS
- REPRODUCCIÓN

Socialización: Transformar a una persona de dependiente a autónoma (para desarrollarse en independencia en la sociedad), a través de la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

La madre, tradicionalmente es la encargada de ésta función; pero puede llevarse a cabo por otras personas en ausencia de ésta. Posteriormente se incluyen las instituciones.^{7,11}

Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.⁷

Cuidado: Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como la salud de cada uno de los miembros de la familia; brindando protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades: casa, vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional. Esta función estará directamente relacionada con los niveles social, cultural y económico de la familia.^{7,9}

Estatus: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad.⁸

Estas funciones básicas de la familia son responsabilidades fundamentales de las diferentes estructuras familiares que determinan la integración y sobrevivencia familiar.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA: Al comentar las funciones de la familia, se utilizó un análisis estático, pero también puede ser analizada con referencia a los cambios que tiene con el tiempo. Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones familiares. Las funciones de la familia varían con el ciclo de vida de la Familia. El ciclo familiar es un concepto ordenador de la evolución secuencial de las familias, permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución.¹²

Al igual que los individuos pasan por un proceso desde feto hasta el anciano, la familia pasa por una serie de etapas con funciones y problemas inherentes a cada una de éstas y que se superponen al ciclo vital individual y que se conoce como ciclo vital familiar.⁵

Diferentes autores han dividido el ciclo vital familiar en distintas etapas y aunque cada uno establece características para definir dicho ciclo, existen coincidencias fundamentales y hacia el final del mismo, corresponde encontrar al adulto mayor como la de la OMS, Geyman y Duvall.

OMS: La divide en seis etapas

ETAPA	CARACTERISTICAS
I. Formación	Desde el matrimonio hasta nacimiento del primer hijo
II. a) Extensión	Desde nacimiento de primer hijo hasta que el primer hijo tiene 11 años
b) Extensión	Primer hijo tiene 11 años, hasta nacimiento del último hijo
III. Final de extensión	A partir de que nace el último hijo, hasta que el primer hijo abandona el hogar
IV. Contracción	Desde que el primer hijo abandona el hogar, hasta que el último abandona el hogar
V. Final de la Contracción	A partir de que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer conyuge
VI. Disolución	Desde la muerte del primer conyuge hasta la muerte del sobreviviente.

Geyman 1980, divide el ciclo en cinco etapas: ¹³

FASE	CARACTERISTICAS
Matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo
Expansión	Momento en el que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia (hijos).
Dispersión	Corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Independencia	Etapa en que los hijos se casan y forman nuevas familias.
Retiro y muerte	Etapa en la que se enfrentan retos como desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono (de familiares y amigos).

Ruben Hill y Evelyn Duvall observaron que cada miembro de las generaciones joven, media y mayor en la familia tienen sus propias tareas evolutivas y que el cumplimiento oportuno de estas acciones los lleva a una vida sana funcional, en tanto que su incumplimiento resulta ser fuente de constantes conflictos y tensiones. En 1957 Duvall clasificó el ciclo en ocho fases: ¹²

ETAPA	FASE	CARACTERÍSTICAS	DURACIÓN
Constitutiva	Preliminar	Noviazgo	Indefinida
	Recién casados	Sin hijos	Hasta nacimiento del primer hijo
Procreativa	Expansión	Nacimiento del primer hijo	Hijo mayor, del nacimiento a 2.5 años
		Hijos preescolares	Hijo mayor de 2.5 años a 6 años
	Consolidación	Se inicia la socialización	Hijo mayor, de 6 a 13 años
	Apertura	Secundaria	Hijo mayor, de 13 a 20 años
Dispersión	Desprendimiento	Inicia con la salida del primer hijo del hogar y termina con la separación del último.	
Final	Independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro.	
	Disolución	Vejez de la pareja	Hasta la muerte del cónyuge.
		Viudez	Hasta la muerte del miembro restante.

El proceso de envejecimiento depende en cada persona, de su desarrollo a lo largo de todo su ciclo vital. Durante esta etapa los sentimientos predominantes son la decadencia física y el sentimiento de inutilidad, así como el de soledad especialmente cuando muere el cónyuge.⁵

Así ante la salida de los hijos, la pareja debe aprender a ser independiente nuevamente, esto puede ocasionar crisis individuales o de pareja, que puede sin embargo conducirlo al fortalecimiento de su unión o llevarlos a una separación o relación intolerable.

En esta etapa adquiere gran relevancia estimular e incrementar la convivencia y la comunicación entre la pareja por medio de la práctica de actividades conjuntas, así como mantener vigentes los vínculos familiares con otras generaciones, igualmente importante es la promoción de los cambios de estilo de vida que prevengan o retarden la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, ya que la enfermedad del adulto mayor trasciende más profundamente en el núcleo familiar que cuando se presenta en otros grupos de edad, debido a la fragilidad y el mayor riesgo de presentar limitaciones físicas generando cierto grado de dependencia física y mental; lo que ocasionará cambios en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones que deben enfrentar las personas que rodean al adulto mayor. Algunos otros eventos críticos como son la jubilación, viudez y muerte son situaciones que deben ser oportunamente abordadas por el equipo de salud, ya que por su trascendencia en la familia requieren de una adecuada programación de actividades para la óptima atención integral al paciente en su vejez.¹²

Con la jubilación se experimentan pérdidas y ganancias, en lo económico aparece disminución de los ingresos, y aunque a nivel de patrimonio (ahorro no disponible) la situación no es tan mala. Su ahorro disponible suele ser de escasa cuantía (en la mayoría de los países de América Latina, el sistema de pensiones no alcanza o es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde a las exigencias de recursos requeridos en edades avanzadas. Una parte de la población adulta mayor, debe seguir trabajando u obtener

recursos de redes familiares o extrafamiliares generando dependencia.), los adultos mayores experimentan un duelo debido a que pierden productividad, vínculo social, estatus y sus relaciones laborales, además de perder su rol de proveedor, su sueldo, cierto grado de poder, su estilo de vida y como duelo atraviesa por negación, ira, negociación y aceptación. La clara ganancia es la de tiempo..., pero puede llegar a ser una pérdida ya que se nos encontramos de nuevo a la pareja sola como al inicio del ciclo, que sin embargo pueden tener tiempo para estar juntos pero sin nada que decirse. Por lo que el adulto mayor requiere vincularse con otras personas, elaborar nuevos repartos de tareas caseras, nuevas actividades, una posibilidad es que ingrese a instituciones de servicio que ofrezcan programas que aumenten la socialización y mantenga su funcionalidad e independencia.^{5, 13,15}

Con el fallecimiento del cónyuge y por la tanto la viudez, se experimenta una especial pérdida que toma diferentes matices y significados en el hombre y en la mujer, pero que representa para ambos un incremento de la soledad y un deterioro de la autoestima. Los viudos sin grandes ahorros y muchas veces sin seguridad social, se refugian en redes de apoyo informales como la familia. Si la relación es independiente, se puede contar con una gran fuente de apoyo pero cuando se es muy dependiente, genera conflicto y disfunción familiar. La mayor esperanza de vida de las mujeres hace que el número de viudas sea mayor, sin embargo es sabido que las mujeres enfrentan esta etapa mejor que los hombres, ellos reducen su vida social y sus relaciones interpersonales y sufren de inadaptación ante labores domésticas, la viudez es un riesgo para la depresión y el suicidio, que es más alto entre los hombres. Ellos dependen más de las mujeres para sus cuidados y apoyo emocional.

La viudez a menudo conduce a las personas mayores a trasladarse a casa de un familiar, esto repercute en el bloqueo de las redes sociales anteriores con pobre formación de nuevas redes. La alternativa es seguir en el propio domicilio sino existen problemas de salud importantes. También se lleva a cabo una sustitución de redes sociales pero sus beneficios compensadores habitualmente son menores. Las personas solas coinciden en sentirse peor de salud. Las redes de apoyo sociales informales como la familia son paliativas de la soledad ya que mitigan los sentimientos depresivos, una buena red de servicios sociales y sanitarios; supone un recurso esencial para las personas que desean ser independientes, pero necesitan de un apoyo formal.¹³

Los adultos mayores que requieren asistencia en sus tareas domésticas y las actividades de la vida diaria, los miembros de la familia cercana –casi siempre las hijas- son la fuente principal de apoyo.

Por lo tanto hay tres características evolutivas principales en esta etapa:

1. Número creciente de ancianas viudas (Por la mayor esperanza de vida para mujeres).
2. Mayores porcentajes de ancianos que viven solos y
3. Mayor dependencia de los ancianos principalmente de las mujeres de la familia.²

Dichas características son muy similares a la experiencia de los países desarrollados. En el caso de Estados Unidos, 32% de americanos de 65 y más años de edad viven solos y coincide con una fuerte tendencia hacia una mayor participación de la fuerza laboral femenina que tiene como consecuencia la reducción de la posibilidad de prestar cuidado, lo cual lleva a lo que algunos han denominado como “el desamparo de los ancianos”.²

A medida que la red familiar es más débil, el riesgo de institucionalización aumenta especialmente con la edad y la enfermedad. En nuestra sociedad el porcentaje de ancianos residentes en instituciones es reducido, sin duda condicionado por la fortaleza de las relaciones familiares, sin embargo con el latente riesgo de incrementarse; y con ello el surgimiento de redes de apoyo formal en lo relativo al apoyo material; el apoyo psicoafectivo o emocional sigue desempeñándolo la familia, siendo la red informal más importante.⁵

1.1.3 Redes de apoyo: Concepto, objetivos, clasificación y características

Desde nuestro nacimiento y hasta la muerte, los seres humanos formamos parte de grupos sociales, los cuales se van modificando en extensión, calidad y cantidad conforme la vida transcurre, una característica del ser humano es que convivir con otros es una necesidad, lo que implica relacionarse, comunicarse y vincularse, la red social representa los vínculos o lazos entre otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales y duraderos como los de la familia.¹³

En la génesis del término red social se distinguen dos corrientes sobre el uso del concepto: la anglosajona y la latinoamericana, donde sobresalen los trabajos realizados en México por Lomnitz y en Argentina, Dabas.

En la literatura Anglosajona, Lopata (1975) define la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importante. Walker y col. (1977) definen las redes sociales como “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”. Maguire (1980) se refirió a las redes como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.

En América Latina, específicamente en México Lomnitz (1977) concluye “las redes de intercambio desarrolladas por los pobladores, constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en la barriada”, en 1994 agrega” las

redes de apoyo actúan como un seguro colectivo contra las amenazas del sistema formal y como una reserva de recursos, particularmente durante las emergencias”¹⁴

Como podemos analizar el concepto de red social ha sido desarrollado y refinado de manera acumulativa por una serie de autores.

CONCEPTO: Red de apoyo es el conjunto de contactos –formales o informales- con parientes, amigos, vecinos, etcétera; a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo social (emocional, ayuda material, servicios e información), y desarrollan nuevos contactos sociales. Es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano y que contribuye al fortalecimiento de relaciones intrafamiliares, interfamiliares y extrafamiliares al participar en la solución de situaciones de estrés tanto normativo como no normativo; en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros; ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares, conformando un sistema abierto de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos.¹⁵

Para continuar con el abordaje de este tema es necesario conceptualizar además que es un apoyo social, término que ha sido descrito de diversas formas por diferentes autores, por lo que tomaremos la definición dada por Khan y Antonucci 1980:

Apoyo social: son las transacciones interpersonales que implica ayuda, afecto y afirmación, es decir son las transferencias que operan en las redes y que se presentan como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula; estas transferencias o apoyos pueden ser de cuatro tipos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

- Apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.).
- Apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.
- Apoyos emocionales 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, transmisión física de afectos, etc.
- Apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado, al dar consejos que permiten entender una situación, etc.).¹⁶



Con base a las definiciones anteriores podemos establecer que el apoyo social es la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales, cabe aclarar que tener una amplia red social no garantiza que la persona contará con apoyo suficiente cuando sea requerido, aunque a mayor red social el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede influir en su estado de salud.^{13, 17}

OBJETIVOS DE LAS REDES DE APOYO

- Intensificar las interrelaciones y por tanto el fortalecimiento del sentido de pertenencia y el incremento de su calidad.
- Optimizar recursos, a través de la diversificación y oportunidad de intercambio, facilitando también la identificación y acceso a mayor número de recursos.
- Complementar los servicios aprovechando las oportunidades, en concordancia con áreas y objetivos compartidos.
- Descentralizar las intervenciones, promoviendo la participación de todos los integrantes: personas, sistemas o sectores que integran una determinada red social.
- Promover la corresponsabilidad y la auto-organización, a través de la toma de decisiones y la distribución de tareas, actividades y funciones; propiciando la homeostasis que regula cada sistema al interior.
- Socializar la información con los mecanismos de comunicación interna y externa que retroalimenta la funcionalidad de la red.¹⁷

CLASIFICACIÓN:

Sluzki, clasifica las redes de apoyo en primarias, secundarias (donde se incluyen las institucionales). Basada en la proximidad de interrelación.

Primarias: Corresponden a un mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada, en relación íntima.

Secundaria: redes que tiene un contexto más lejano a este grupo primario y que se rigen por una menor proximidad, cuyo desarrollo es menos claro.¹²

Con base a su organización las redes pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: Informales y formales.

Redes de apoyo Informales: surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad. No se regulan por normas rígidas e inflexibles, se fundamentan en el desarrollo de una serie de valores implícitos que generan compromisos entre los sujetos que intervienen, quienes asumen que ante circunstancias semejantes corresponderán con respuestas equiparables al apoyo recibido. Siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana y que representan un sistema de seguridad social entre los grupos de mayor vulnerabilidad (adulto mayor), a partir de la asistencia e intercambio de servicios.¹⁷

Lariza Lomnitz clasifica las redes informales en egocéntricas y exocéntricas, de acuerdo a la forma en que se desarrolla el proceso de intercambio. En la red egocéntrica la relación de intercambio se encuentra determinada por la proximidad social de acuerdo a los vínculos consanguíneos y afectivos, además por roles sociales preestablecidos (padres a hijos, entre hermanos, entre compadres o entre amigos); la proximidad física (geográfica) es facilitador de flujo continuo y recíproco de intercambio. La proximidad económica, mantiene la posibilidad de apoyar frente a carencias y necesidades y guarda cierta correspondencia con la condición de la clase social de pertenencia (estatus).

La red exocéntrica implica un intercambio abierto que se extiende en diversas direcciones, no son relaciones sociales homogéneas, sino que incluye núcleos con mayores interrelaciones, donde el intercambio se da de todos con todos, estas redes tienden a ser más intensas y más estables.¹³

Como ya se mencionó la familia forma parte de las redes informales y desde la perspectiva de red social, permite identificarla como un sistema dinámico en donde sus subsistemas se complementan en procesos de reciprocidad y que sin perder sus características optimizan sus recursos. La familia diversifica sus relaciones con otros sistemas de ayuda o soporte (escolar, comunitario, laboral, religioso, sanitario, etc.); así con base en el ámbito en el cual se desarrollan las redes familiares pueden ser: intrafamiliares, interfamiliares y extrafamiliares.

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.^{15 17}

Las redes interfamiliares, surgen por la división de tareas entre núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias. Para la práctica de la medicina familiar es básico establecer este modelo de red a través del genograma trigeracional, ya que permite identificar las características de sus integrantes, detección de factores determinantes de la funcionalidad familiar y la identificación de los aspectos preventivos y de riesgo.

Las redes extrafamiliares surgen como resultado de vínculos sólidos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad (amistades, vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda)¹⁷

Redes de apoyo Formales: Se establecen con base en 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 de apoyo formales.

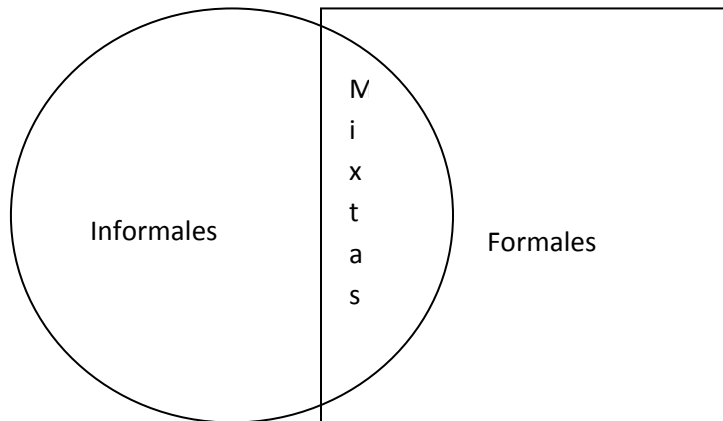
Redes institucionales: Para su funcionamiento e integración al sistema de redes debe considerar tres aspectos: el marco normativo (refiriéndose al ámbito legal y administrativo que deberá ser inherente a la salud), el estudio de recursos (información que especifica los insumos existentes, los procedimientos de acceso a ellos, la capacidad resolutoria con los mismos, a través de la regulación y coordinación de trabajo cooperativo de sus integrantes), y por último la propuesta (para crear y transformar normas que agilicen la cooperación e intercambio de recursos con la participación de todos los sectores sociales, es decir la propuesta conduce a desarrollar los instrumentos que se requieran para su regulación y evaluación). Bajo estas condicionantes este tipo de redes requiere la intervención de personas con representatividad, con objetivos y estrategias específicas, todo ello se traduce en un alto grado de formalización, con objetivos claros que influyan en una mejor calidad de vida. Este tipo de redes son percibidas como grupos importantes de la sociedad civil.

Redes o cadenas socioepidemiológicas: Se considera así a la interacción entre factores sociales y problemas de salud. Ya que en una enfermedad la transmisión de un agente causal es facilitada por la interrelación social como la convivencia, y que puede verse incrementada por hacinamiento o promiscuidad que viven ciertos sectores de la población considerándolos de alto riesgo. Por lo que identificar estas redes y sus puntos de articulación (rutinas, espacios comunes, estilos de vida), facilitarán la promoción de medidas preventivas, como modificación en algunos comportamientos en los estilos de vida, mejoras en los espacios de convivencia, etc.

Entre estos dos grandes grupos de redes puede existir una transición de las redes informales hacia las formales o bien, incluir algunas de sus características, como sucede con los grupos de autoayuda. En tanto que las redes formales no escapan de la posibilidad de informalizar o incluir redes informales entre sus integrantes. Es común observar la

relación entre las redes socioepidemiológicas y las redes interinstitucionales para identificar la problemática sanitaria y buscar estrategias asistenciales con la participación comunitaria que contribuyan a las soluciones.¹³

Redes de apoyo



CARACTERÍSTICAS: Son elementos para discriminar el comportamiento y la medición de las redes sociales, se pueden distinguir dos elementos centrales en las mismas: Su estructura y su funcionamiento.

Las características estructurales de la red son:

1. Densidad de la red que incluye:
 - a) Extensión de la red, caracterizada por el número de individuos que la integran, por lo que puede ser: Amplia, integrada por numerosos individuos con diversos lazos sociales, o Restringida a un número pequeño de sujetos.
 - b) Frecuencia, número de ocasiones en que se presenta un intercambio y puede ser frecuente o esporádica.

Combinando las variables extensión y frecuencia, se puede obtener así una medida de densidad de la red, que puede ser alta (cuando es frecuente y amplia), media (cuando es frecuente y restringida o bien amplia y esporádica) o baja (cuando es esporádica y restringida).

2. Conectividad de la red, que puede ser:
 - a) Estable cuando la red no condiciona sus intercambios por intereses de sus integrantes, lo que la hace incondicional y por lo tanto continua, o
 - b) Inestable si la red condiciona sus intercambios por intereses de los que la integran y por lo tanto discontinua, es decir no se cuenta con ella en toda ocasión.
3. Porosidad de la red, que expresa si ésta es
 - a) Permeable cuando permite la incorporación de nuevos integrantes, e
 - b) Impermeable, cuando no permite la incorporación de nuevos miembros.

La combinación de los atributos estructurales, se traduce en formas de funcionamiento, con mayor o menor disposición a proporcionar apoyo, depende además de las siguientes condiciones:

1. El lazo social que organiza la red puede ser:
 - a) Por consanguinidad o parentesco
 - b) Por amistad u otros lazos afectivos, o
 - c) Por relaciones vecinales y comunitaria

2. Direccionalidad, implica la especificación de quien da apoyo a quien o quienes. Característica importante de determinar ya que esta acción repercute en el resto del núcleo de ambas familias, puede ser:
 - a) Descendente.- apoyo intergeneracional o jerárquico de mayores a jóvenes o jefes a subordinados.
 - b) Entre iguales.- apoyo entre elementos de una misma generación o jerarquía como esposos, hermanos, primos, colegas.
 - c) Ascendente.- apoyo intergeneracional o jerárquico de más jóvenes a mayores o de subordinados a jefes.
 - d) Externa.- casos en que el intercambio se genera con algún sujeto o núcleo ajeno a la pertenencia.

3. Dispersión, la distancia geográfica entre los miembros de la red, afecta la facilidad de acceso y del informante, por o tanto afecta la sensibilidad, eficacia y velocidad de respuesta ante situaciones de crisis, esta característica también puede definirse como accesibilidad y puede ser:
 - a) Espacial o geográfica.- en términos de cercanía o lejanía física de quien presta ayuda.
 - b) Temporal según la disponibilidad y oportunidad en el tiempo, en referencia a la duración de cada intercambios en la red y puede ser: permanente o continuo (apoyo de manera constante); por evento (apoyo sólo en determinadas circunstancias, enfermedad), y emergente o en crisis (apoyo que se otorga en condiciones extremas, defunciones).

4. Tipo de intercambio, en referencia al tipo de apoyo (bienes y servicios intercambiados) como ya han sido mencionados y definidos pueden ser; cognitivos, materiales, instrumentales y emocionales o afectivos. Para medir los elementos de intercambio emocional se puede utilizar el cuestionario de Duke UNC-II, adaptado y validado en un Centro de Salud de Granada, España, en su versión modificada para esta investigación.^{3,13,15,17}

1.1.4 Dependencia y adulto mayor

Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano. Generando dependencia.¹⁸

La dependencia conceptualizada por el libro blanco es, “la necesidad de ayuda o asistencia para las actividades de la vida cotidiana”, “un estado en el que se encuentran las personas por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, teniendo necesidad de asistencia y/o ayudas para realizar actos corrientes”.¹³

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad [laboral](#) que realice.

Recordemos que la dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en sí misma constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano. En ambos casos produce una desventaja social o restricción en la participación

La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo conducen a inadaptaciones sociales y, de su intensidad o continuación resultan serias perturbaciones al nivel de la propia personalidad.¹⁸

En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener [conciencia](#) de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de [inseguridad](#).

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la [depresión](#) y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa [resistencia](#) a abordar nuevas amistades.

Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, por la opinión social, la [cultura](#) donde se desenvuelve el anciano. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e [integración](#) social del anciano.

Un resultado de depresión e inseguridad puede ser el intento del anciano por regresar a etapas anteriores de la vida, es decir a conductas infantiles para evitar realizar esfuerzos constructivos para resolver los problemas

Experimentando una necesidad creciente de [seguridad](#), en un momento de la vida en que los [recursos](#) físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

Aún cuando el anciano evita establecer relaciones afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con [la familia](#) cercana. Esta representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad.

El anciano debe valorarse como un individuo que posee un cúmulopreciado de experiencia que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del [sistema](#) productivo en actividades que le permitan sentirse útil y con capacidades de autocuidado, para lo cual la OMS (1984) define este concepto como "La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad", la cual le permite de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria (Martínez, 1998).

Para S. Katz y colaboradores (1958) considera independiente a aquella persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad.

Por tal motivo las capacidades de autocuidado en los adultos mayores serán valoradas a través de la funcionalidad física, emocional y sociofamiliar como indicadores del concepto de autocuidado, teniendo entre estas herramientas las escalas de valoración funcional que evalúan las capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales (AIVD)^{23,24}

La familia como [red](#) social primaria es esencial en cualquier etapa de la vida, es "el primer recurso y el ultimo refugio." La familia como [grupo](#) de intermediación entre el individuo y la sociedad, constituye un determinante importante para el presente análisis.

De los cambios mas 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.

Uno de los cambios que ocurren en la vejez es la jubilación. Al hombre jubilado le es mas difícil reencontrarse en el hogar, y en muchas ocasiones aparecen vivencias de soledad y de pérdida de lugar. [La mujer](#) jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral social y vivencia como un cambio transicional más natural, la pérdida de su status social y su estancia a tiempo completo en el hogar. La jubilación constituye entonces un evento vital a considerar por la familia.

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.

Asimismo, en el orden social la educación es muy ventajosa, como lo demuestra la ya conocida interrelación existente entre la salud del individuo y los factores sociales. El aislamiento, incomodidad, dificultades ambientales para realizar algunas actividades, la ausencia de familia y vecinos que ofrezcan ayuda son factores que abarcan la dependencia.¹⁹

1.1.5 Medicina familiar: definición, médico familiar, ejes de acción

La familia es considerada la célula nuclear de la sociedad y muchas son las investigaciones que han demostrado la influencia de la familia en el proceso de salud y enfermedad de sus integrantes, por ejemplo la repercusión del estrés y el escaso apoyo familiar sobre el índice

de mortalidad, la influencia de la familia sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de enfermedades coronarias y la repercusión del funcionamiento familiar sobre el curso de los problemas crónicos etc).

La persona ha dejado de ser vista como un ser meramente biológico y ha cobrado interés factores psicológicos y sociales, mucho de los cuales se generan en el seno familiar y afectan de alguna forma la salud de sus integrantes.

La medicina familiar, toma como unidad de atención y de estudio a la familia; para ello integra en sus prácticas y a su cuerpo conceptual, contenidos de otras disciplinas como antropología, sociología y psicología, a fin de brindar una atención integral y continua a la familia en todas sus etapas, valiéndose de los recursos comunitarios y los de la propia familia.²⁰

MEDICINA FAMILIAR: Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia.

MÉDICO FAMILIAR: Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.⁷

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), define el perfil del médico familiar, de la siguiente manera:

El médico familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria del individuo y su familia, responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello apoyo médico a otros profesionales de la salud.

El médico familiar es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicite atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo, y/o diagnóstico de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la religión, cultura o clase social.

Las áreas de acción del ejercicio de este profesional incluyen:

- Área de atención al individuo. La primer responsabilidad es prestar atención clínica efectiva y eficiente, así deberá poseer conocimientos, habilidades y actitudes para conocer el origen del problema y dar respuesta o tratamiento. La atención se dará en todas las etapas del ciclo vital del individuo y su familia y al conocer la historia natural de la enfermedad podrá intervenir para restablecer la salud y/ evitar la enfermedad, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Una definición más dinámica de salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad
- Área de atención a la familia. Formando parte de la triada individuo-familia-médico; base de la medicina familiar. La familia constituye un recurso fundamental

en el mantenimiento de la salud de sus componentes, en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno enferma. Pero también puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.

- Área de atención a la comunidad. Tendrá conocimientos de los problemas de salud de la comunidad, y de los recursos de la misma para priorizar las acciones resolutorias a la problemática.
- Área de docencia e investigación. Mejorar cualitativa y cuantitativamente el nivel de investigación en el primer nivel de atención. Las actividades docentes se resumen en: autoformación, formación continuada con el equipo de atención primaria, docencia a otros profesionales.
- Área de apoyo. Refiriéndose al trabajo en equipo, sistema de registro e información, gestión de recursos, administración sanitaria y la garantía de calidad.

EJES DE ACCIÓN: La medicina familiar comprende una serie de acciones que se fundamentan en tres ejes: estudio de la familia, continuidad en la atención y acción anticipatoria.

Estudio de la familia. Permite el entendimiento del entorno bio-psico-social. En el seno de la familia se transmiten pautas, costumbres y hábitos de vida que determinan la concepción de salud y enfermedad en sus integrantes. El conocimiento de estas concepciones y el involucramiento de los integrantes facilitan los cambios de conductas y formas de vida.

Continuidad de la atención. Al integrar los aspectos biológicos, sociales y psicológicos se permite un seguimiento longitudinal del proceso salud-enfermedad en los individuos, estableciendo el tratamiento adecuado al mismo; coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

Acción anticipatoria. Se basa en un enfoque de riesgo que contribuye a la identificación de la posibilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio ambiente que les rodea produzca en conjunto una enfermedad.

Teniendo en cuenta todo lo anterior las acciones del médico familiar y la medicina familiar en relación con el adulto mayor: se debe considerar las consultas programadas o espontáneas como una oportunidad para investigar las condiciones sociofamiliares de los adultos mayores y la adaptación a los cambios vitales, entre los aspectos que debemos abordar en las consultas destacan:

- Explicar los cambios que se van produciendo en el proceso del envejecimiento a fin de asegurar aspectos de su salud.
- Investigar utilización del tiempo libre, actividades recreativas, participación en eventos sociales. Recursos familiares y extrafamiliares.
- Evaluar las pérdidas sufridas y su impacto.
- Resolver los problemas de salud, logrando la mayor sensación de bienestar posible.

- Identificar los pacientes que viven solos, con viudez reciente, enfermedad discapacitante hacinamiento, violencia familiar, etc., por constituir una situación especial de riesgo.
- Identificar las necesidades presentes y las redes de apoyo social con las que cuenta para su posible solución.

El enfoque familiar de la atención primaria ofrece al equipo de salud una perspectiva práctica que le ayudará a dar respuesta desde una visión integral a las necesidades de las personas.^{20,21}

1.1.6 Instrumentos para identificar redes de apoyo y valorar grado de dependencia del adulto mayor.

Instrumentos para identificar redes Apoyo Social (ANEXOS)

Uno de los cuestionarios utilizados para investigar el apoyo social es:

Cuestionario-inventario de Terán-Trillo (anexo 1):

Se encuentra validado con un alfa de cronbach de 0.9438. El instrumento consta de:

1. Ficha de identificación: Información sociodemográfica del participante (4 preguntas).
2. Listado de personas que otorgan apoyo: Personas que dan apoyo al participante en orden de importancia y tipo de apoyo que proporcionan (4 preguntas).
3. Participación en grupos: Existencia o ausencia de participación en grupos del participante y número de personas que conforman los grupos (3 preguntas).
4. Servicios: Acceso del participante a los servicios médicos, religiosos, educativos, recreativos, deportivos u otros (1 pregunta).
5. Otros apoyos significativos: Apoyos no humanos como plantas o animales que pueden ser importantes para el paciente y que, en un momento determinado, “sustituyen” el apoyo humano (1 pregunta).^{13,22}

Otro instrumento utilizado para identificar redes de apoyo social, es:

La Escala de apoyo social funcional de Duke –UNC II (anexo 2)

Diseñado en 1982 por la Universidad de Duke y modificada en 1988. Quedando Duke-UNC II.

El cuestionario consta de 11 ítems, que recogen valores referidos al apoyo confidencial y al afectivo. Las respuestas se miden mediante la escala de Liket, puntuando del 1 al 4.

Las preguntas que miden el apoyo afectivo son las 2, 3 ,5 ,9 y 11; y los ítems que identifican el apoyo confidencial son el 1, 4, 6, 7, 8 y 10.

La escala nos da tres valores: el apoyo total percibido por el encuestado, el afectivo y el Confidencial. Sumando el total de todas las preguntas del apoyo social se pueden obtener 44 puntos como máximo, 11 como mínimo y 27.5 de media.

Se considera que el individuo estudiado tiene un apoyo social escaso cuando el resultado está por debajo del valor medio (27.5)

Los valores de apoyo afectivo (personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos) se encuentran entre 20 de máximo y 5 de mínimo; con una media de apoyo de 12.5; cifras inferiores a ésta (12.5-5) indican escasos recursos afectivos.

El apoyo confidencial (personas que expresan sentimientos positivos de empatía) tiene como máximo y mínimo 20 y 6 puntos y de media 13. Todos los valores por debajo de 13 expresan escaso apoyo confidencial.²⁰

Instrumentos para valorar grado de dependencia

La correcta realización de esta evaluación implica tener en cuenta dos tipos de escalas, las que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y aquellas otras que valoran este tipo de actividades, cuando precisan el manejo instrumental (AIVD) de objetos de uso cotidiano, como el teléfono, utensilios de cocina, etc.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.

El Índice de Katz de independencia de las actividades básicas de la vida diaria (anexo 3)

Creado en 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz en The Benjamín Rose Hospital (Hospital geriátrico y enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia; publicado por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice.

Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de wc, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, también puede usarse dando una puntuación 0/1 (necesita ayuda/ no necesita ayuda) a cada función, con un cálculo posterior de la puntuación global. Una puntuación máxima de 6 en la escala indica que la persona tiene una función básica completa. Una puntuación de 2 suele indicar necesidad de un cuidador y pérdida de las funciones básicas.

Inicialmente se basaba en la observación directa del paciente por el personal sanitario, actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores.

Es un índice con validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Buena reproducibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.²⁵

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc.

Las escalas para las AIVD correlacionan mejor con el estado cognitivo y por ello pueden utilizarse para la detección precoz del deterioro.

Índice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria (anexo 4)

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física y AIVD. Es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) ó 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4.

La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. Tiene coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). No se han comunicado datos de fiabilidad. En general es una escala sensible.²⁶

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. La demografía a nivel mundial está mostrando un cambio generalizado conocido como “Fenómeno de Envejecimiento Poblacional”. Desde 1950, la proporción de personas de 65 años y más ha aumentado del 5% al 7% en todo el mundo.

México cuenta con una población de 103,263,388 habitantes ocupando el lugar número 11 entre los países más poblados del mundo, del total de su población 8.5 millones corresponden a personas de 60 años o más, la pirámide poblacional muestra una inversión,

ya que los adultos y adultos mayores 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 a ello se observa un incremento en la esperanza de vida la cual es de 78.2 años para las mujeres y 73.7 años para hombres y se espera que para el 2050 sea de 85.5 años.

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

La trascendencia de estos aspectos demográficos está siendo evidente ya que con el incremento en la esperanza de vida y el consecuente aumento progresivo en el número absoluto y proporcional de las personas de 60 años y más; este grupo de adultos mayores es considerado prioritario por la demanda creciente de servicios sociales y de salud.

Este fenómeno ha resultado especialmente notorio en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde la población de adultos mayores aumentó de 6.4% en 1990 a 14.4% en el 2005. Específicamente para la UMF N° 28 “Gabriel Mancera” este grupo representa un 32.45% (51,830 derechohabientes) siendo 21,528 de sexo femenino y 30,302 masculino. En los últimos 10 años a nivel del IMSS, el número total de consultas en adultos mayores se ha incrementado 2.5 veces.

El abordaje racional para la atención a su salud requiere del trabajo en conjunto con acciones integrales para la prevención, detección y tratamiento de enfermedades más frecuentes y vulnerables, así como de educación para la salud y la incorporación a grupos de ayuda que mejoren su calidad de vida, prolonguen su bienestar general y promuevan una existencia activa y productiva por periodos lo más prolongado posibles.

Por lo que identificar las necesidades que generan cierto grado de dependencia y búsqueda de redes de apoyo, puede ser factible ya que existen instrumentos que favorezcan su identificación lo cual brinda como Médicos Familiares la posibilidad de intervenir ya sea para fortalecer dichas redes en beneficio del paciente preservando un completo bienestar, puesto que como Especialidad en Medicina Familiar existe la posibilidad de interactuar con los grupos familiares a los que pertenece el adulto mayor. Considerando las necesidades en la etapa de envejecimiento y que muchas veces no cuentan con las redes de apoyo de tipo formal que cubran dichas carencias, es importante identificar a estos adultos mayores y sus necesidades e incorporarlos a los grupos de ayuda presentes en el primer nivel de atención que tienen como propósito que sus integrantes intercambien experiencias, compartan emociones y sentimientos aprendan sobre su enfermedad y el cuidado que implica, fortaleciendo su autoestima, aumentando su motivación al ayudar a otros.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿CUÁLES SON LAS REDES DE APOYO Y EL GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF N° 28?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo es con el propósito de realizar una investigación Médico-Familiar dirigida a identificar el grado de dependencia de los Adultos Mayores Derechohabientes de la UMF 28, así como de la existencia y características de sus redes de apoyo; entendiendo por adulto mayor a las personas de 60 años y más; que representan para esta unidad de primer nivel de atención médica un grupo prioritario correspondiente a 32.45% (51,830 derechohabientes) siendo 21,528 de sexo femenino y 30,302 masculino. Y considerando los cambios demográficos y sociales actuales no solo a nivel nacional sino mundial de este grupo etáreo susceptible a enfermedades crónico degenerativas y psicosociales es importante identificar las redes de apoyo con las que cuentan para fortalecer su integración como mecanismos que propicien una mejor calidad de vida. Puesto que una familia desvinculada puede no satisfacer las necesidades y problemas que enfrenta el adulto mayor (bajos ingresos económicos, alto costo de los servicios de salud, alimentación, vivienda, cuidado y atención: física y emocional) situaciones que conllevan a un aislamiento social, generando mayor dependencia para la vida diaria, círculo vicioso del adulto mayor al depender cada vez más y en mayor medida del apoyo que le otorgan las redes familiares y extra-familiares, lo cual convierte a dichas redes en prioritarias para el mejoramiento y la funcionalidad individual y colectiva.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 Hipótesis Alternativa

En los adultos mayores el grado de dependencia determina las características de sus redes de apoyo social.

1.4.2 Hipótesis Nula

El grado de dependencia en el adulto mayor no es determinante para las características de sus redes de apoyo.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General :

- Identificar las redes de apoyo social y el grado de dependencia del adulto mayor derechohabiente de la U.M.F N° 28 del IMSS.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Establecer el grado de dependencia del adulto mayor en su vida cotidiana.
- Identificar quiénes otorgan la ayuda necesaria al adulto mayor.
- Identificar el tipo de apoyo familiar para cubrir sus necesidades.

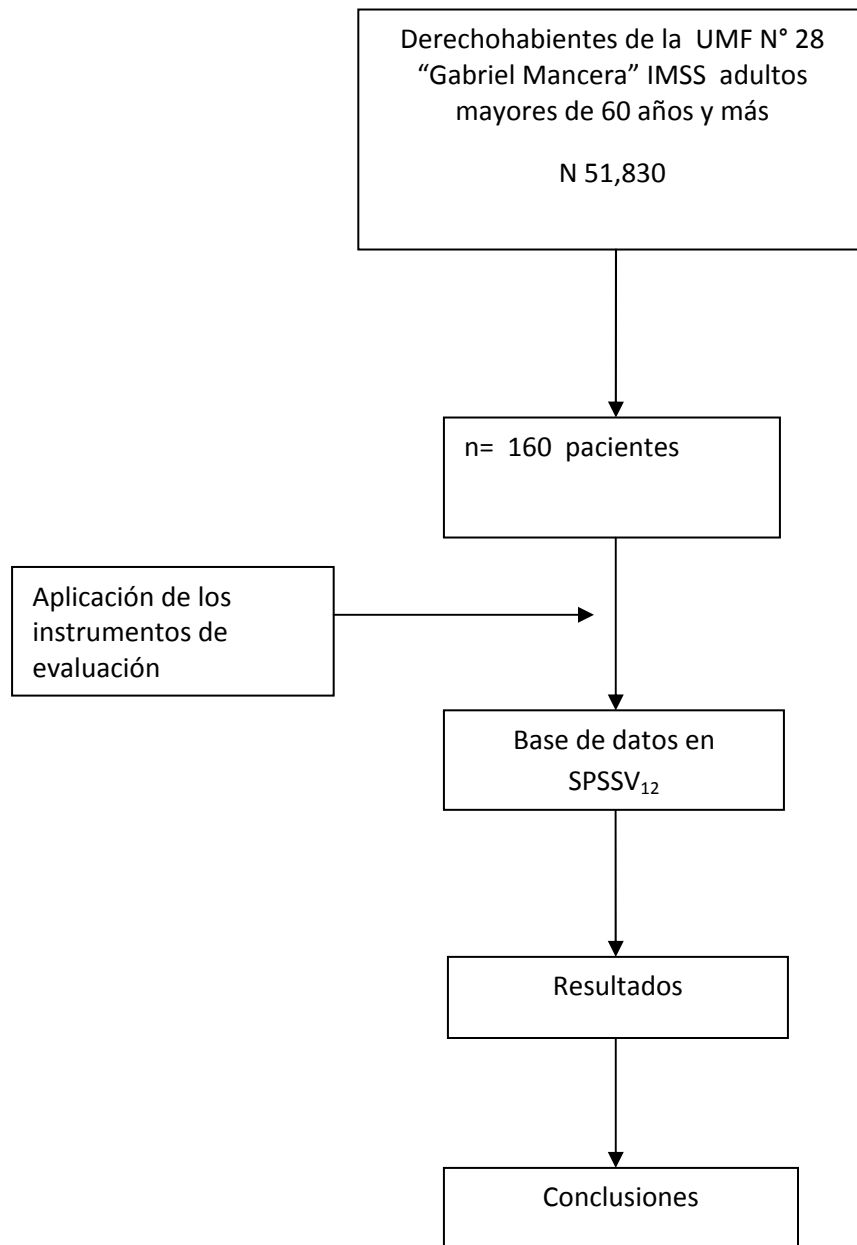
2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Investigación

Descriptivo, transversal, observacional, prospectivo, no comparativo.

2.2 Diseño del estudio

GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR DE LAS REDES DE APOYO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



2.3 Población, lugar y tiempo

Se aplicó a adultos mayores (de 60 años y más, sin distinción de género), que asistieron a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del IMSS, independientemente del turno, durante los meses de mayo a agosto del 2009, dos para valorar grado de dependencia y dos para identificar redes de apoyo y características.

2.4 Muestra

El tipo de muestra es no probabilística, representativa de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del IMSS, en donde se tiene una población adscrita de adultos mayores de ambos sexos, de 51,830 derechohabientes. Para obtener el tamaño de la muestra se utiliza la siguiente fórmula:

Fórmula para una población mayor a 10,000:

$$n_0 = Z^2 pq / E^2$$

En donde:

Z: valor de probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra.

p y q: valor de probabilidad de éxito y fracaso.

E: error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

Valor de Z: nivel de confianza de 95% (1.96).

Valor de E: error muestral 7%: 0.07

Valor de p y q: valor de éxito o fracaso. p (0.75), q (0.25).

Sustituyendo los valores en la fórmula se obtiene una muestra de 146, considerando un rango de error se cierra una muestra de 160 pacientes.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

2.5.1 Criterios de Inclusión.

1. Adultos mayores de 60 años y más.
2. Ser derechohabientes de la UMF N° 28.

3. Acudan a consulta a la UMF N° 28.
4. Pacientes sanos o enfermos excepto enfermedades psiquiátricas.
5. Género, estado civil, ocupación y escolaridad indistinta.
6. Con expediente clínico completo y con vigencia de derechos.
7. Que acepten su inclusión al estudio de investigación.

2.5.2 Criterios de Exclusión.

1. Pacientes menores de 60 años.
2. No derechohabientes de la UMF 28.
3. Expediente clínico incompleto o sin vigencia de derechos.
4. Adultos mayores con alteraciones psiquiátricas.
5. Que no acepten su inclusión al estudio.

2.5.3 Criterios de Eliminación:

1. Solicitar abandonar el estudio voluntariamente.
2. Deceso del adulto mayor durante el estudio.
3. Perder su vigencia como derechohabiente a la UMF N° 28.
4. Cédulas incompletas.

2.6 Variables

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Adulto mayor.- Hombre o mujer en proceso fisiológico de envejecimiento que ocasiona cambios característicos de la especie, conduciendo a limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.

El punto de corte para su definición operativa, para efectos estadísticos es la edad de 60 años y más (variable cuantitativa, discontinua)

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **Redes de Apoyo.-** Conjunto de contactos –formales o informales- a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo social (emocional, material, instrumental y cognitiva), y desarrollan nuevos contactos sociales.
Para su definición operativa se considera variable cualitativa nominal (con apoyo social o escaso apoyo social).
- **Grado de Dependencia.-** Necesidad de ayuda o asistencia para las actividades de la vida cotidiana, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, teniendo necesidad de asistencia y/o ayudas para realizar actos corrientes.
Para su definición operativa se considera variable cualitativa nominal (independiente o dependiente).

TABLA.- Variables (tipo y escala de medición)

Variable	Instrumento de medición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores que toma la variable
Dependiente: Adulto mayor	Cuestionario Terán-Trillo y Escala Duke	Cuantitativa	Discontinua	1. De 60 a 70 años 2. De 71 a 80 años 3. De 81 a 90 años 4. De 91 años en adelante
Independiente: Redes de apoyo	Cuestionario Terán-Trillo y Escala Duke	Cualitativa	Nominal	1. Con apoyo social 2. Escaso apoyo social
	Cuestionario Inventario de Terán-Trillo “Mis apoyos”	Cualitativas Cuantitativas	Nominal Ordinal	1.- Personas que otorgan apoyo 2.- Participación en grupos 3.- Servicios recibidos 4.- Otros apoyos significativos
	Escala de Duke-UNC II modificada			1.- Apoyo total percibido 2.- Apoyo afectivo 3.- Apoyo confidencial
Independiente: Dependencia	Escalas Katz y Lawton	Cualitativa	Nominal	1. Independiente 2. Dependiente
	Escala de Katz (Actividades de la vida diaria)	Cualitativa	Ordinal	1. 3 a 6 puntos INDEPENDENCIA 2. 1 a 2 puntos DEPENDENCIA
	Escala de Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria)	Cualitativa	Ordinal	1. 8 puntos INDEPENDENCIA TOTAL 2. 4 a 7 puntos DEPENDENCIA MODERADA 3. 0 a 3 puntos DEPENDENCIA SEVERA

2.7 Diseño estadístico

- El propósito estadístico de la investigación será identificar el grado de dependencia del adulto mayor asistente a la UMF No. 28, en su vida diaria, así como de sus redes de apoyo social con las que cuenta describiendo las principales características de las mismas, para establecer un diagnóstico integrador que permita un plan multidisciplinario, buscando fortalecer la autonomía diaria y la cohesión familiar.
- Únicamente se investigará el grupo de adulto mayor.
- Se realizó una sola medición de las variables las cuales son cualitativas (Cuestionario-inventario de Terán-Trillo Mis apoyos, Escala de Duke-UNC II modificada, Escala de Katz y escala de Lawton y Brody).
- Se realizó una estadística descriptiva donde se utilizararon las medidas de tendencia central: moda, mediana, media y desviación estándar.

2.8 Instrumentos de recolección de datos

Se empleo en primer lugar el Cuestionario-Inventario de Terán-Trillo “Mis apoyos” que incluye ficha de identificación así como datos que permiten identificar las redes de apoyo y sus características, complementándose con los datos obtenidos en este aspecto con la Escala de Duke-UNC II modificada. La Escala de Katz y de Lawton y Brody para establecer el grado de dependencia en actividades diarias de la vida básicas e instrumentales.

2.9 Método de recolección de datos

1. Se invitó a participar a los adultos mayores, que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS, y se otorgó carta de consentimiento informado.
2. Una vez que aceptado y firmada la carta de consentimiento informado se les aplicó cada uno de los formatos para la investigación (Cuestionario-inventario de Terán-Trillo, Escala de Duke II modificada, Escala de Katz, y escala de Lawton y Brodie).

2.10 Maniobras para controlar sesgos

La aplicación de las Escalas se llevó a cabo por el investigador a cada paciente con los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. Se contó con la supervisión del asesor de la investigación durante el transcurso de la misma. Los pacientes recibieron las mismas explicaciones e indicaciones y fueron evaluados en las mismas circunstancias de tiempo y por el mismo investigador.

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 12, la cual incluye 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 medidas de tendencia central: moda y mediana, además de variabilidad como la desviación estándar.

2.12 Cronograma de actividades

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

CRONOGRAMA CON LA GRÁFICA DE GRANTT

ACTIVIDAD	MES PARA ELABORACION												
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Título del proyecto	■												
Antecedentes del tema	■												
Marco teórico		■											
Bibliografía		■											
Portada (hoja frontal)			■										
Marco teórico			■										
Planteamiento del problema			■										
Justificación			■										
Objetivos: generales y específicos			■										
Hipótesis				■									
Material y métodos				■									
Diseño de investigación del estudio				■									
Población, lugar y tiempo				■									
Muestra					■								
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación					■								
Variables (tipo y escala de medición)					■								
Definición conceptual y operativa de las variables						■							
Diseño estadístico						■							
Instrumentos de recolección de datos						■							
Método de recolección de los datos							■						
Maniobras para evitar o controlar sesgos							■						
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio								■					
Consideraciones éticas								■					
Registro y autorización del proyecto									■				
Prueba piloto										■			
Recolección de datos										■	■		
Análisis Estadístico											■	■	
Entrega de tesis													■

2.13 Recursos Humanos, materiales físicos y financieros del estudio

2.13.1 Recursos Humanos

- Apoyo del Médico Familiar encargado de cada uno de los consultorios para la realización de la valoración.
- Médico Residente.
- Médico Asesor de tesis.
- Personal bibliotecario

2.13.2 Recursos Materiales

- Hoja de Consentimiento informado.
- Hoja de Cuestionario-Inventario de Terán-Trillo “Mis apoyos”.
- Hoja de Escala de Duke-UNC II modificada.
- Hoja de Escala de Katz.
- Hoja de Escala de Lawton y Brody.
- Lápiz.
- Goma.
- Computadora.
- USB.
- Carpeta archivadora.

2.13.3 Recursos Físicos

- Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS.
- Consultorios, turno matutino y vespertino.

2.13.4 Recursos Financieros

El financiamiento será cubierto por el Médico Residente autor de la tesis.

2.14 Aspectos Éticos

De acuerdo a la Ley General de Salud en México publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, con última reforma aplicada el 2 de junio de 2004, en el título quinto correspondiente a la investigación en salud, capítulo único, artículo 96; indicando entre otras cosas que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos y al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. Lo anterior de conformidad con la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 18^a Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada en la 52^a Asamblea General, en Edimburgo, Escocia en octubre de 2000, en su apartado 10 dice que labor del médico investigador es de proteger la vida, la salud, la privacidad y dignidad de los participantes. En su apartado 14 afirma que todo protocolo de investigación debe contener las consideraciones éticas involucradas y estar alineadas a la declaración.

Así el presente estudio se realiza con la debida información a los participantes acerca de los objetivos de la investigación y de los cuestionarios, estableciendo una participación

voluntaria de los mismos, manteniendo nombres en anonimato, y sin poner en riesgo la integridad de los participantes. Por lo anterior esta investigación se considera sin riesgo.

3.- RESULTADOS

3.1 DATOS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES:

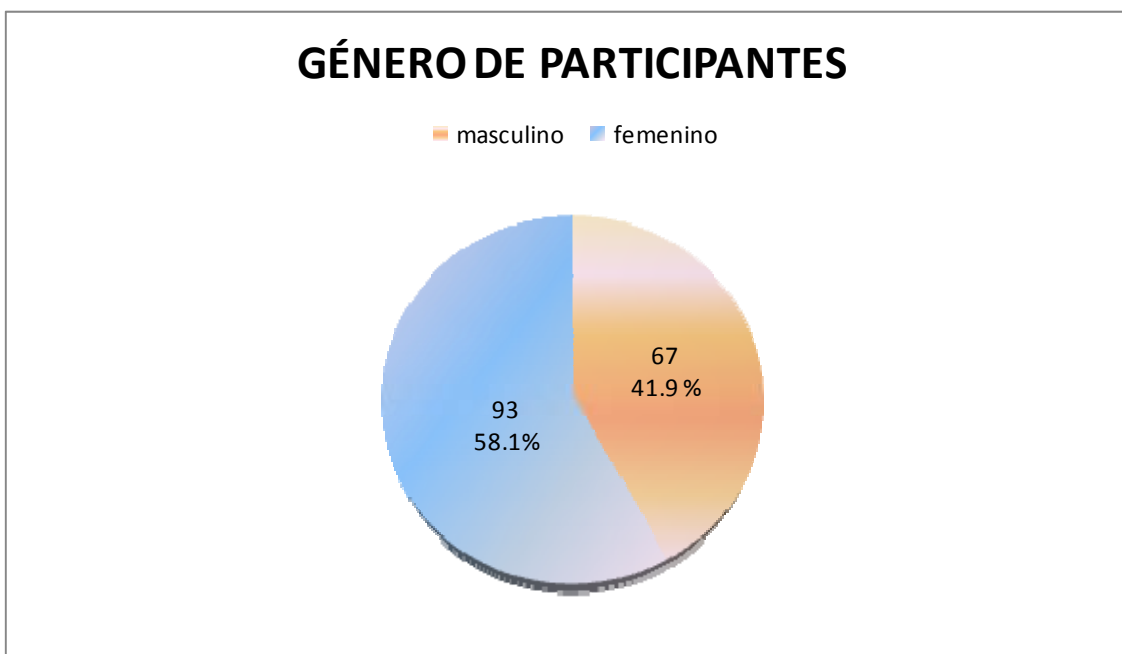
Se estudiaron un total de 160 individuos considerados adultos mayores por edad a partir de los 60 años y más, se aplicaron los instrumentos seleccionados para determinar Redes de apoyo y grado de dependencia.

De acuerdo a los datos aportados en el cuestionario de Mis apoyos, se destacan las siguientes características de las redes de apoyo de la población en estudio

3.1.1 Edad: la edad de los participantes oscilo entre una mínima de 60 y una máxima de 95, con una media de 77.5 años. Para su análisis se agrupo a los participantes por quinquenios siendo el de mayor porcentaje el grupo de 60 a 64 y en segundo lugar el grupo de 70 a 74 años. Como se muestra en la tabla 1.

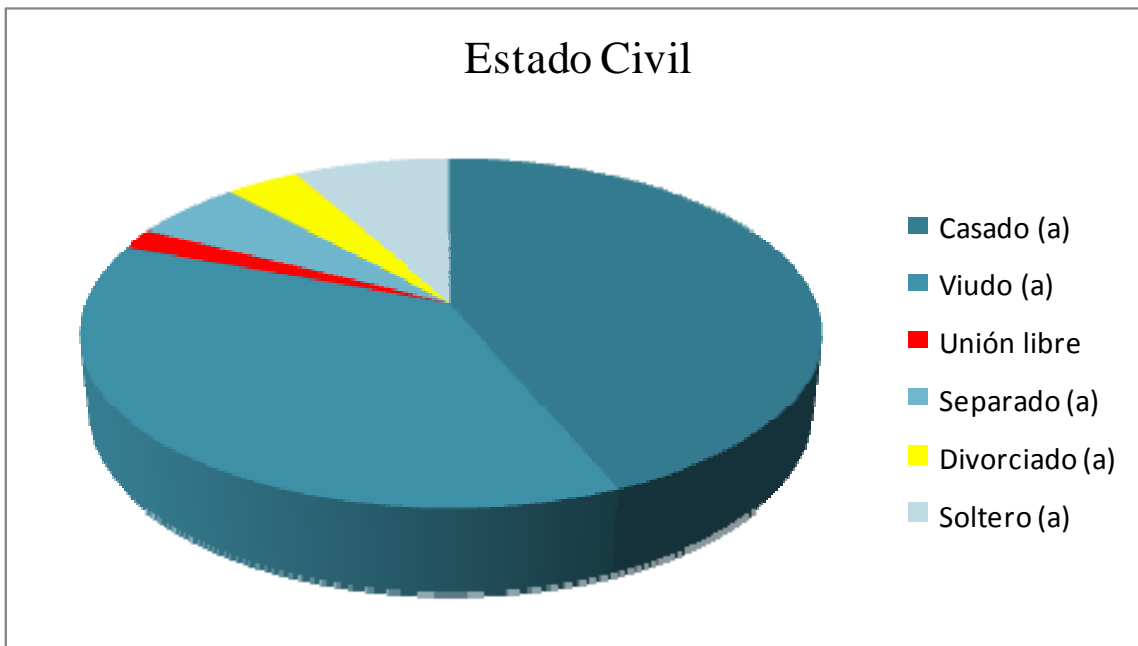
Tabla 1		
Agrupación por edad de participantes		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
60 – 64	43	26.9
65 – 69	28	17.5
70 – 74	30	18.8
75 – 79	25	15.6
80 – 84	15	9.4
85 – 89	14	8.8
90 – 95	3	3.0
TOTAL	160	100.0

3.1.2 Género: 93 de los participantes (58.1%) correspondieron a femenino, y 67 (41.9%) a masculino



3.1.3 Estado civil: Se observó que de la población estudiada el mayor porcentaje El predominante fue casado (a) con un 43.8%, seguido de viudo(a) 36.9%. Como se muestra en la tabla 4 y figura correspondiente.

Tabla 4			
Estado civil de participantes			
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casado (a)	70	43.8	43.8
Viudo (a)	59	36.9	80.6
Unión libre	3	1.9	82.5
Separado(a)	9	5.6	88.1
Divorciado (a)	6	3.8	91.9
Soltero (a)	13	8.1	100.
TOTAL	160	100.0	

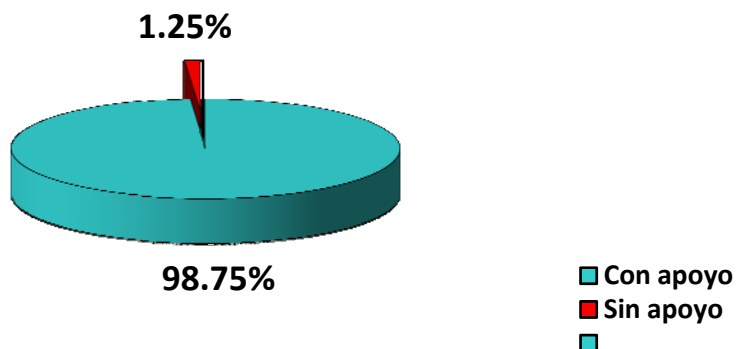


3.1.4 Ocupación: La actividad predominante de los pacientes es labores del hogar con una frecuencia de 52 de ellos y 45 de jubilados.

Tabla 2 Ocupación principal de participantes		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	45	28.1
Pensionado	18	11.3
Empleado	8	5.0
Desempleado	8	5.0
Comerciante	12	7.5
Labores del hogar	52	32.5
Técnicos	2	1.3
Profesionista	8	5.0
Obrero	7	4.4
TOTAL	160	100.0

3.1.5 Redes de apoyo: El 98.8% (158) de los adultos mayores cuenta con personas que les brindan apoyo, únicamente 2 participantes se refieren sin apoyo (1.2%)

Redes de Apoyo Identificadas



3.1.6 Número de apoyos: En relación al número de personas que dan apoyo, se realizó con grupos de 5 personas a partir de cero y más de 15 personas que brindan apoyo a los adultos mayores. Encontrando que la mayoría de ellos cuenta con 1 a 4 apoyos, seguido del grupo de 5 a 9.

Tabla 3 Número de personas que recibe apoyo		
No. De Personas que dan apoyo	Frecuencia	Apoyo (%)
Ninguna	2	1.25
De 1 a 4	87	54.38
De 5 a 9	62	38.75
10 – 14	8	5.00
más de 15	1	0.63
TOTAL	160	100.0

3.1.7 Red de apoyo familiar: De las personas que brindan apoyo, el parentesco con el adulto mayor se representa en la siguiente tabla, donde se aprecia que son las hijas las que con mayor frecuencia asumen el rol de cuidador principal, seguido de la esposa.

Tabla 4 Cuidador principal			
Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	2	1.3	1.3
Esposa	26	16.3	17.5
Esposo	12	7.5	25.0
Hijo	13	8.1	33.1
Hija	76	47.5	80.6
Nuera	6	3.8	84.4
Nieta	4	2.5	86.9
Sobrina	6	3.8	90.6
Otros	15	9.4	100.0
TOTAL	160	100.0	

3.1.7.1. Edad por género de apoyos: Siendo la edad media por género femenino de 46 años, y masculino de 48 años.

Tabla 5 Edad promedio por genero			
Género	Mínimo	Máximo	Media
Femenino	15	70	46.68
Masculino	25	88	48.27

3.1.8. Tipo de apoyo que recibe el paciente: De acuerdo al instrumento aplicado el tipo de apoyo puedes ser identificado de 4 tipos (tiempo, emocional, información-servicios y económico), resaltando que el apoyo mayormente recibido no se limita aún sólo tipo, el mayor porcentaje (98%) recibe los cuatro tipos de apoyo.

Tabla 6			
Tipo de apoyo que recibe el paciente			
Apoyo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ninguno	2	1.3	1.3
4	2	1.3	2.5
1,2	8	5.0	7.5
1,4	1	.6	8.1
1,2,3	21	13.1	21.3
1,2,4	27	16.9	38.1
1,3,4	1	.6	38.8
1,2,3,4	98	61.3	100.0
TOTAL	160	100.0	

1 tiempo, 2 emocional, 3 información – servicios y 4 económico

3.2 Escala de Duke-UNC II: Hace referencia a otro tipo de apoyos que recibe el adulto mayor como es: Apoyo total social, apoyo afectivo y apoyo confidencial de lo que se desprende lo siguiente:

3.2.1 Tipo de apoyo total social recibido de acuerdo a escala de Ducke-UNCII: De acuerdo a los resultados un 86.9% de los adultos mayores perciben un adecuado apoyo social.

Tabla 7 Tipo de apoyo total social		
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	139	86.9
Escaso	21	13.1
TOTAL	160	100.0

3.2.2 Apoyo Afectivo: El 81.9% de los participantes cuenta con personas con las que puede comunicar sentimientos.

Tabla 8 Apoyo afectivo recibido		
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	131	81.9
Escaso	29	18.1
TOTAL	160	100.0

3.2.3 Apoyo confidencial: Un 85.6% de adultos mayores cuentan con personas que les expresan sentimientos positivos de empatía

<p style="text-align: center;">Tabla 9 Apoyo confidencial recibido</p>		
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	137	85.6
Escaso	23	14.4
TOTAL	160	100.0

3.3 Dependencia con la escala de Katz: Con referencia a las actividades básicas de la vida diaria y valorando seis funciones básicas (baño, vestido, uso de wc, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación), se obtuvo que el 52.5% de los participantes son independientes, el 35% tienen una dependencia moderada y un 12.5% una dependencia total.

<p style="text-align: center;">Tabla 10 Grado de dependencia</p>		
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Independencia total	84	52.5
Dependencia moderada	56	35
Dependencia total	20	12.5
TOTAL	160	100.0

3.4. Dependencia con la escala Lawton – Brody: En la evaluación en las actividades instrumentales de la vida diaria, se encontró que el 46.3% de los participantes tienen independencia total, 35.6% dependencia moderada, 11.9% dependencia severa y sólo un 6.3% una dependencia total.

Tabla 11 Grado de dependencia		
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Independencia total	74	46.3
Dependencia moderada	57	35.6
Dependencia severa	19	11.9
Dependencia total	10	6.3
TOTAL	160	100.0

4.-DISCUSION

A nivel mundial se observa el proceso de envejecimiento poblacional, por lo que han aumentado los problemas de salud, sociales, económicos y políticos.

La demografía está mostrando un cambio; desde 1950 la proporción de personas de 60 años y más ha aumentado del 5% al 7% en todo el mundo.²⁰

En México del total de su población 8.5 millones corresponden a personas de 60 años o más constituyendo más de la mitad de la población, aunado a ello se observa un incremento en la esperanza de vida la cual es de 78.2 años para las mujeres y 73.7 años para hombres y se espera que para el 2050 sea de 85.5 años. Este grupo de adultos mayores es considerado prioritario por la demanda creciente de servicios sociales y de salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la población de adultos mayores aumentó de 6.4% en 1990 a 14.4% en el 2005. Para la UMF N° 28 “Gabriel Mancera” este grupo representa un 32.45% (51,830 derechohabientes) siendo 21,528 de sexo femenino y 30,302 masculino. Incrementando hasta 2.5 veces el número total de consultas adultos mayores.

De lo anterior se desprende el hecho de que en el presente estudio la participación de los adultos mayores en relación con la edad; el grupo predominante sea el de 60 a 64 años, seguido del grupo de 70 a 74 años, quedando ambos dentro de los límites de la esperanza de vida actual. Encontrándose que 93 (58.1%) de los participantes fue de género femenino y 67 (41.9%) masculino; algunos estudios que han analizado estos aspectos como el de la Dra. Terán Trillo que analizó las redes sociales en enfermos del servicio de Geriátría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” reporta un 74% femenino²⁷, y el estudio del autor de Robles reporta un 65% en el mismo grupo, estudios que evidencian la mayor participación de las mujeres hecho que puede ser condicionado por su longevidad. Existiendo diferencias con respecto a estos estudios en lo concerniente a estado civil de los participantes; de nuestra población el grupo predominante fue casado con un 43.8%, seguido de viudez con un 36.9%, los estudios de Terán Trillo y Robles reportan viudez como grupo de predominio con un 64% y 47.5% respectivamente, cabe considerar que en ambos estudios la edad media predominante fue mayor (Terán Trillo- 79 a 89 y Robles media 75 años) a la reportada en este estudio. La actividad predominante de los pacientes fue labores del hogar con una frecuencia de 52 de ellos y 45 de jubilados, situación esperada ya que al ser mayoría femenina se adapta mejor a las labores del hogar que ha venido desempeñando de manera cotidiana o de manera compartida con otras actividades en diferentes ciclos de su vida.

Al analizar los apoyos de los participantes, cabe señalar que el total de ellos cuenta con red de apoyo formal en servicios de salud ya que fue uno de los criterios de inclusión al estudio (vigencia de derechos). El los 160 participantes el 98.8% (158) de los adultos mayores cuenta con personas que les brindan apoyo, únicamente 2 participantes se refieren sin apoyo (1.2%). Siendo de 1 a 4 el grupo de personas que dan apoyo, seguido del grupo de 5 a 9 personas; Terán Trillo registró una media de 7.6 y Robles 7.5, una posible explicación a esta diferencia es que los pacientes que colaboraron en este trabajo son ambulatorios y lo suficientemente sanos e independientes y que requieren una menor red de apoyo o que subestimen a ayuda real que reciben.

En todos los estudios analizados el género de las personas que proporcionaron los apoyos es predominantemente femenino, en relación con la edad media de los apoyos por género ésta tesis encontró femenino 46 y masculino 48 años, Terán Trillo indicó 45.3 y en su estudio de enfermedad de Alzheimer encontró rangos de 40 a 59 años de edad.²⁹ Los estudios mencionados identifican como principales apoyos a las hijas y en segundo lugar a los hijos (Terán 39.8%, Robles 82.5%, y en el estudio de enfermedad de Alzheimer 72.2%), en este trabajo se reporta de igual forma a hija como cuidador principal con un 47.5%, pero en segundo lugar a la esposa 16.3%, recordando que predominan los participantes casados por lo esto puede ser lo que marca la diferencia. El tipo de apoyo tuvo variantes, mientras que Terán reporta el afecto y la confianza (95.29%)²⁷ aquí encontramos que los participantes refieren recibir los cuatro tipos de apoyo (98%) que se identifican en el instrumento aplicado (tiempo, emocional, información-servicios y económico), probablemente se deba también a que en el estudio de Terán se trata de pacientes hospitalizados y para ellos sea más apreciado ese tipo de apoyo. Apoyos que son analizados con la aplicación complementaria de la Escala de Duke-UNC II que valora el apoyo total social en dos dimensiones: apoyo afectivo y apoyo confidencial; de lo que se desprende que un 86.9% posee un adecuado apoyo social. El 81.9% de los participantes cuenta con personas con las que puede comunicar sentimientos (apoyo afectivo) y un 85.6% de adultos mayores cuentan con personas que les expresan sentimientos positivos de empatía (apoyo confidencial), resultados concordantes con lo que reporta Terán.

La valoración funcional comprende la capacidad del paciente para movilizarse en su entorno, realizar las tareas físicas para su autocuidado (actividades básicas de la vida diaria) para lo que se utilizó la escala de Katz, evaluando seis funciones básicas (baño, vestido, uso de sanitario, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación), se obtuvo que el 52.5% de los participantes son independientes, el 35% tienen dependencia moderada y un 12.5% dependencia total, resultados similares se reportan en el estudio – Dependencia de los adultos mayores en Chile- con el índice de Katz reporta adultos mayores independientes 60.9%, dependencia leve 17.3%, moderada 11.1% y dependencia severa 10.7%.³⁰ De acuerdo a el análisis de María Trigás Ferrín éste índice es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia y su eficacia disminuye en pacientes más sanos y en pacientes ambulatorios tiene un valor limitado, por lo que para complementar el grado de dependencia se aplicó la escala de Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria considerando la capacidad de usar el teléfono, comprar, cocinar, cuidado de la casa, lavado de ropa, transporte, manejar fármacos y dinero. Actividades que se refieren como las tareas necesarias para mantener una vida doméstica independiente para adaptarse al medio ambiente. Encontrando los siguientes resultados el 46.3% cuenta con independencia total, 35.6% dependencia moderada, 11.9% dependencia severa y 6.3% dependencia total. Considerando que éste último índice es predictor a las ABVD, se observa una adecuada correspondencia en ambos resultados.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados y su análisis podemos concluir que la presente tesis cumplió con los objetivos general y específicos planteados; y considerando que....

Aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en las condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de redes de apoyo, donde la participación de la familia se vuelve prioritaria.

Con base fundamentada en el desarrollo y resultados obtenidos se hacen las siguientes propuestas

- Fomentar la capacitación de los profesionales de la salud en la atención del adulto mayor incluyendo aspectos biológicos psicológicos y sociales, de tal forma que la atención brindada sea más efectiva y afectiva, que impulse modificación de conductas en beneficio de todos.
- Impulsar la atención al adulto mayor de manera integral, involucrando a otros profesionales para favorecer el envejecimiento exitoso y saludable.
- Brindar atención a la familia ya que es un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus integrantes, en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno enferma. O bien puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas por lo que es necesario formar parte de la triada individuo-familia-médico, base de la medicina familiar.
- Intensificar las interrelaciones familiares y extra-familiares y por tanto el fortalecimiento del sentido de pertenencia de los individuos que conlleve a favorecer la formación y permanencia de redes de apoyo
- Recordar que el estudio de la familia. Permite la comprensión del entorno bio-psico-social. En el seno de la familia donde se transmiten pautas, costumbres y hábitos de vida que determinan la concepción de salud y enfermedad en sus integrantes. El conocimiento de estas concepciones y la participación de los integrantes facilitan los cambios de conductas y formas de vida.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortíz-Huerta D. Aspectos Sociales del envejecimiento. En antología Salud Pública, Facultad de Medicina. UNAM. México. 1994. Pp 57-73
2. Bronfman M. Como se vive se muere Familia, redes sociales y muerte infantil. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Cuernavaca, Morelos; 2000. p 143-166.
3. Trujillo Z, Becerra M, Silva M. Latinoamérica Envejece. Visión gerontológica/ Geriátrica. McGraw-Hill. México 2007. p 5-205.
4. Bull P, Diez-Espino J. Anciano y Familia. Una relación en evolución. Anales Sis Navarra 1999, vol 22, Suplemento 1. p 19-25.40-49
5. Arteaga-Sosa C.C. Escalante-Zárate M. Rodríguez-Máximo R. Compilación. coordinación: Loret-Rivas A. Modulo “Atención integral al adulto III” Licenciatura de Medicina.División de Ciencias Biológicas y de la Salud. 2004. p 1-22
6. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar conceptos básicos para el estudio de las Familias código de bioética en medicina familiar: 1ª Reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud. México: Medicina Familiar. 2005. p
7. Membrillo-Luna A. Fernández-Ortega M.A, Quiroz-Pérez J.R, Rodríguez-López J.L. familia Introducción al estudio de sus elementos. ETM. México 2008. p 56-58
8. Ysern de Arce J.L. Adulto Mayor: aspectos psicoafectivos del envejecimiento. Consultado en febrero 2009. 9 cuartillas. Disponible en <http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>
9. Una sociedad Compartida: Encuentros intergeneracionales. Consultado en febrero 2009. 203páginas, p 60-70

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/copema-encuentros-01.pdf>

10. Irigoyen-Coria A. Nuevos Fundamentos en Medicina Familiar. México: Medicina familiar mexicana. 2002. p 185
11. Huerta-González JL. Medicina familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. México: Alfil, 2005. Primera edición. p 187
12. Juárez-Mora B.E. Redes de apoyo en la fase de retiro y muerte del ciclo de vida familiar. México, tesis 2008 p 1-59.
13. José Miguel Guzmán, Sandra Huenchuan. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores. p. 1-20. Consultado febrero 2009.
http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf
14. Nava-Aguilar E. S. Identificación de redes de apoyo en un grupo de adolescentes de la clínica familiar “oriente” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del los Trabajadores del Estado. México: UNAM, tesis 2005. p 7-28.
15. José Miguel Guzmán, Sandra H. Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual. CELADE-División de Población. p 1-16.
16. Terán-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.
17. Ana Megret Caballero,¹ Lic. Migdalia Naranjo Arroyo² y Téc. Yoandra Fong González³. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enfermer 2002;18 (1):43-9
18. L. Cabanes-Flores. Tercera edad: Necesidad de educación en el adulto mayor. Fecha de realización: 10 de junio 2005. Consultado enero 2009.
<http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml>

19. 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/Materialfamilia.pdf>
20. Conocimiento de las redes de apoyo social (confidencial y afectiva) a través de la escala de Duke-UNC 11 modificada, en un grupo de usuarios en la clínica de medicina familiar Gustavo A Madero. López Rivera Moises, México 2004. p 1-43
21. Terán-Trillo M. Estudio de red personal en cuidadores de pacientes con alzheimer. Consultado en febrero de 2009. (13 cuartillas. Disponible en URL: <http://www.bing.com/search?q=estudio+de+red+personal+en+cuidadores+de+pacientes+con+alzheimer&FORM=MSNH71&mkt=es-XL&web=>
22. Hernández-Corral S (1) Rivas-Espinosa.J(2) Serrano-Rivera A(3) & Vargas-Esquivel L (4). Valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una práctica avanzada de enfermería. *consultado febrero 2009. Cinco cuartillas.*
http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_10.pdf
23. Sosa-Pérez I. Valoración de los cambios biológicos, funcionales, cognitivos y afectivos del adulto mayor en el primer nivel de atención. México, tesis 2008. p 1-38
24. E. Valderrama et al. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*; 32 (5): 297-306 1997
25. J. Cid- Ruzafa(1) y J. Damián-Moreno(2). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 127-137. Consultado en febrero 2009.
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_2_127.pdf
26. José Ángel Vera Noriega/Teresa I. Sotelo Quiñones/Miriam T. Domínguez Guedea. Bienestar subjetivo, Enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Rev. Intercontinental de Psicología y educación.* 2005;7:57-78.
27. Terán-Trillo M. Participación de las mujeres en redes sociales de enfermos atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en la Ciudad de México, México. Consultado en Junio de 2010. Disponible en
[URL:http://gmexico.colmex.mx/textos/Ter%C3%A1nGM%C3%A9xico07.pdf](http://gmexico.colmex.mx/textos/Ter%C3%A1nGM%C3%A9xico07.pdf)

28. Robles L, Rizo-Curiel G, Camarena-G LM, Cervantes-Coles L, Gómez-Medrano MS, Siordia-Gonzalez M. Redes de apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. Cuadernos de salud Pública 2000 16(2):557-560.
29. Terán-Trillo M. Estudio de la red personal en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Consultado Junio 2010. Disponible en URL:
<http://209.85.173.104/search?q=cache:IHLjFo6Fw2oJ:revista-redes.rediris.es/webredes/vmesahispana/alzheimer.doc+ESTUDIO+DE+RED++PERSONAL+EN+CUIDADORES+DE+PACIENTES+CON+ALZHEIMER&hl=es&ct=clnk&cd=mx>
30. Dependencia de los adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore. Documento de Trabajo. Marzo 2008 Consultado en Junio 2010. Disponible en http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf.
31. Instituto Nacional de estadística, Geografía e Informática (INEGI). Esperanza de vida. Consultado en febrero 2009 (2 pantallas). Disponible en URL:
<http://www.inegi.gob.mx>

ANEXOS

ANEXO 1

Mis apoyos

Terán-Trillo y Olvera López

Registro: INDA-RPDA No. 03 2005 061411112700 01

Este cuestionario es para identificar los distintos apoyos sociales con los que cuenta una persona, a partir de relaciones significativas y de intercambio.

Por tratarse de aspectos personales, se requiere de su participación voluntaria y sincera. Sí durante el proceso de aplicación, usted considera que algún dato de la información requerida le causa molestia o simplemente no desea contestar, puede dejarlo en blanco.*

Agradecemos su consentimiento y participación.

A) Datos personales

Nombre: _____

Sexo: F ___ M ___ Edad: _____ Estadocivil: _____

Ocupación: _____ Teléfono _____

B) Lista de personas que me dan distintos apoyos

Num.	Nombre	Edad	Parentesco O relación	Tipo de apoyos			
				tiempo	Emocional	Información O servicios	Económico O material
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Otras personas que me dan distintos apoyos

Num.	Nombre	Edad	Parentesco O relación	Tipo de apoyos			
				tiempo	Emocional	Información O servicios	Económico O material
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

C) Participo en grupos: No Sí

Número aproximado de personas que lo integramos: _____

Nombre del grupo	Principales actividades que realizamos
1	
2	
3	

D) Cuento con servicios	Sí	No
Médicos		
Religiosos, espirituales		
Educativos o capacitación		
Recreativos		
Deportivos		
Otros ¿Cuáles?		

E) Tengo	Sí	No
Animales		
Plantas		
Otras cosas significativas		

ANEXO 2**Tabla Escala de apoyo social funcional Duke-UNC-II modificada**

	NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
1. Recibo visitas de amigos y familiares				
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa				
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo				
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede				
5. Recibo amor y afecto				
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa				
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares				
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos				
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas				
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento importante en mi vida				
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama				

ANEXO 3**Tabla Escala de Katz**

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	
	SI	NO
1. Baño (con esponja, en bañera o ducha) No necesita ayuda o la necesita sólo para bañarse una parte del cuerpo		
2. Vestido Prepara las prendas y se viste sin ayuda, excepto para anudarse los zapatos		
3. Aseo Va al cuarto de baño, usa el WC, se arregla la ropa y vuelve sin ayuda (puede emplear un bastón o un andador para soporte, y utiliza un orinal por la noche)		
4. Desplazamiento Entra y sale de la cama y de la silla sin ayuda(puede usar un bastón o andador)		
5. Continencia Controla el intestino y la vejiga totalmente (sin accidentes esporádicos)		
6. Alimentación Se alimenta a sí mismo sin ayuda (excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan)		
TOTAL (NUMERO DE RESPUESTAS “SÍ”)		

ANEXO 4

Tabla Escala de Lawton y Brodie

A. Capacidad para usar el teléfono	
1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia: busca y marca los números	1
2. Marca uno pocos números bien conocidos	1
3. Responde las llamadas pero no marca	1
4. No usa el teléfono en absoluto	0
B. Compras	
1. Se encarga de hacer todas las compras necesarias sin ayuda	1
2. Puede hacer las compras pequeñas independientemente	0
3. Necesita compañía para hacer cualquier compra	0
4. Totalmente incapaz para hacer compras	0
C. Preparación de los alimentos	
1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas independientemente	1
2. Prepara comidas adecuadas si se le suministran los ingredientes	0
3. Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0
D. Cuidado de la casa	
1. Se ocupa de la casa sin ayuda o sólo con ayuda esporádica	1
2. Realiza las tareas diarias ligeras, como lavar los platos y hacer las camas	1
3. Realiza las tareas diarias ligeras, pero no puede mantener niveles aceptables de limpieza	1
4. Necesita ayuda para todas las tareas de la casa	1
5. No participa en las tareas domésticas	0
E. Lavandería	
1. Lava personalmente toda la ropa	1
2. Lava las prendas pequeñas, enjuaga los calcetines, etc.	1
3. Debe encargarse otra persona de lavar todas las prendas	0
F. Modo de transporte	
1. Viaja solo en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Puede desplazarse en taxi pero es incapaz de usar otros transportes públicos	1
3. Puede viajar en transporte público si alguien lo acompaña	1
4. Viajes limitados o taxi o automóvil con ayuda de otro	0
5. Totalmente incapaz de viajar	0
G. Responsabilidad respecto a la propia medicación	
1. Es responsable de tomar las medicinas en dosis correcta y en los momentos oportunos	1
2. Se encarga de tomar la medicación se le preparan por adelantado las dosis separada	0
3. No puede encargarse de su propia medicación	0
H. Capacidad para mantener las finanzas	
1. Controla con independencia los asuntos económicos(presupuestos, escribe cheques, va al banco)	1
2. Controla las compras diarias pero necesita ayuda para las operaciones bancarias, las compras importantes, etc.	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente Yo: _____

Acepto participar en el proyecto de investigación

“Adulto mayor: grado de dependencia y sus redes de apoyo”

Registrado ante el Comité de Investigación con el Número _____

Objetivo del estudio es:

Identificar las redes de apoyo social y el grado de dependencia del adulto mayor derechohabiente de la U.M.F N° 28 del IMSS mediante escalas que valoran el grado de dependencia, la existencia y tipo de redes de apoyo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- Acudir a la UMF N° 28 “Gabriel Mancera”, donde se me tomarán mis datos personales.
- Se me evaluará con una serie de Instrumentos basados en cuestionarios, donde yo únicamente contestaré a las preguntas que se me realicen.

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

El investigador encargado del estudio se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento que se me realizará, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, así como los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que yo decida sin que ello afecte la atención médica que he recibido en el Instituto.

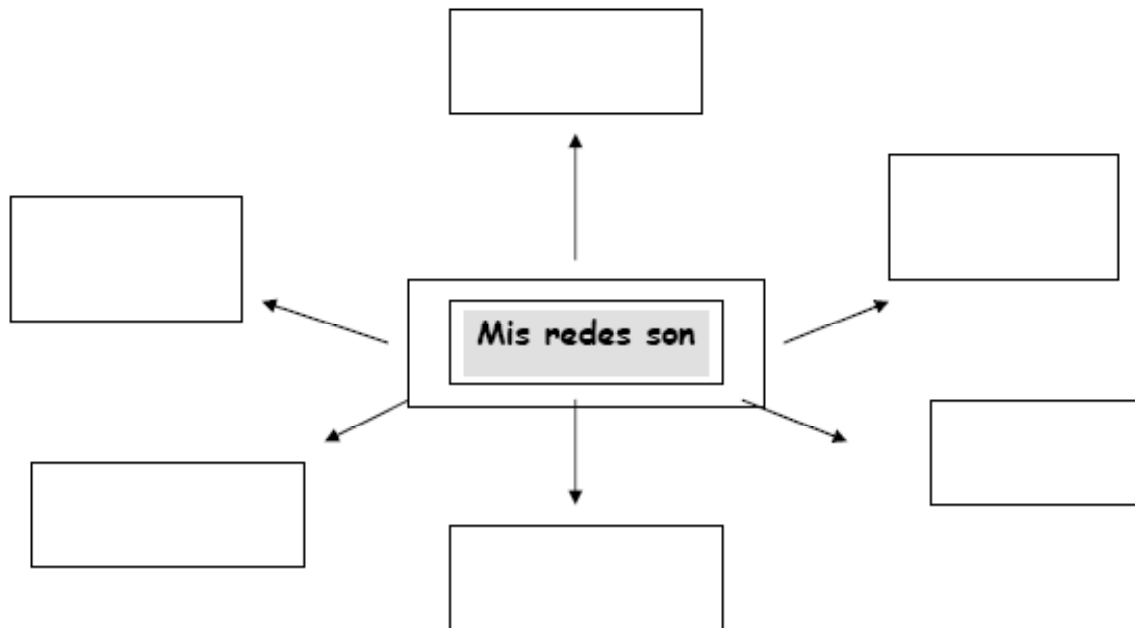
El investigador principal me ha dado seguridades que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de éste estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial; también se ha comprometido a proporcionarme información que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del testigo

Nombre, Firma y matrícula del Investigador Principal

Te brindamos este espacio para que identifiques tus redes de apoyo social y además te sugerimos que las fortalezcas.



GRACIAS POR PARTICIPAR

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valores que toma la variable
Cuestionario Inventario de Terán-Trillo "Mis apoyos"			
Género del paciente	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Edad del paciente	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros 60 años y más
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Casado 2. Divorciado 3. Viudo 4. Soltero 5. Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Hogar 2. Jubilado/pensionado 3. Otra
Personas que brindan apoyo	Cualitativa	Nominal	Listado de cada uno de los elementos de red (1-22)
Edad de quien le da apoyo	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Parentesco o relación con el caso estudiado	Cualitativa	Nominal	1. Esposo 2. Esposa 3. Hijo 4. Hija 5. Hermano 6. Hermana 7. Nieto 8. Nieta 9. Yerno 10. nuera 11. Cuñado 12. Cuñada 13. Otro (prima, sobrina, sobrino, primo)
Tipo de apoyo	Cualitativa	Nominal	1. Emocional 2. Cuidados y compañía 3. Información y servicios (traer o llevar cosas) 4. Económico (dinero o cosas)
Participación en grupos	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Número de integrantes de sus grupos	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Principales actividades que realiza el o los grupos	Cualitativa	Nominal	Respuesta abierta
Acceso a servicios: a) médicos b) religiosos/espirituales	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No

c) educativos o de capacitación d) recreativos e) deportivos f) otros			
Otros apoyos Significativos (sustitutivos no humanos) a) Animales b) Plantas c) Otras cosas	Cualitativas	Nominal	1. Sí 2. No
Escala de Duke-UNC II modificada			
1. Recibo visita de amigos y familiares	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
4. Cuento con personas que se preocupen de lo que me sucede	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
5. Recibo amor y afecto	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca

importante en mi vida			3. Casi siempre 4. Siempre
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
Escala de Katz (Actividades de la vida diaria)	Cualitativa	Ordinal	1. 3 a 6 puntos INDEPENDENCIA 2. 1 a 2 puntos DEPENDENCIA
Escala de Lawton y Brodie (actividades instrumentales de la vida diaria)	Cualitativa	Ordinal	1. 8 puntos INDEPENDENCIA TOTAL 2. 4 a 7 puntos DEPENDENCIA MODERADA 3. 0 a 3 puntos DEPENDENCIA SEVERA