



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA FUNCIONALIDAD
FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.)

PRESENTA:

Lic. en Enf. **FABIOLA GONZÁLEZ MANTILLA**

DIRECTORA:

Mtra. Elsa Correa Muñoz.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

ASESOR:

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez.

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CIUDAD DE MÉXICO MAYO 2017.



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.

Agradecimientos a:

- La Mtra. Elsa Correa Muñoz por su valiosa ayuda y colaboración en cada momento de consulta que fue el soporte fundamental para concluir exitosamente esta investigación.
- El Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez por sus enseñanzas y conocimientos invaluable en cada clase magistral.
- La Dra. Raquel Retana Ugalde por el apoyo, asesoría y confianza que siempre me brindo.
- La Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por facilitar los recursos humanos y materiales que permitieron la realización de la presente investigación.
- Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgar la beca 667969, para realizar los estudios de Maestría en Enfermería.
- A los adultos mayores por su gran participación en la investigación.

Dedicatorias

- A mis padres, que son mi inspiración para seguir adelante, por su sacrificio y su ejemplo de superación, porque sin su apoyo, confianza y amor no hubiera sido posible concluir este trabajo.
- A mis hermanas y hermanos Lourdes, Guísela, Elvia, Marcos y Juan porque cada uno de ellos forma parte importante de mí, su experiencia me ha guiado en las adversidades de la vida. Pero sobre todo a mi hermana Rubí que siempre estuvo conmigo y me alentaba para seguir cuando todo se tornaba difícil.
- A mis sobrinos, que son el motivo de mi superación profesional.
- A Danna que me enseñó a vivir día a día y por ser ejemplo de fortaleza e inspiración para trascender en la vida.
- A mis amigas por escucharme y animarme para seguir adelante.

*“Entre la lucha eterna entre la roca
y la corriente de agua, la roca siempre
resulta vencedora, no por su fuerza
si no por su perseverancia.”*

Anónimo.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO.....	9
II.1 Aspectos generales sobre vejez y envejecimiento	9
II.2 Redes de apoyo social.....	11
II.3 Redes de apoyo social formales e informales.	14
II.4 Redes de apoyo social respecto al género de los adultos mayores	19
II.5 Redes de apoyo social y la funcionalidad física del adulto mayor.	20
II.6 Redes de apoyo social y calidad de vida en los adultos mayores	25
II.7 La enfermería y las redes de apoyo social durante el envejecimiento	29
III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	42
IV. HIPÓTESIS.....	43
V. OBJETIVO.....	44
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	45
VI.1 Tipo de estudio.....	45
VI.2 Universo de estudio.....	45
VI.3 Muestra.....	45
VI.4 Criterios de inclusión	46
VI.5 Criterios de exclusión.....	46
VI.6 Variables	48
VI.6.1 Operacionalización de variables	49
Cuadro VI.1 Operacionalización de variable independiente.	49
Cuadro VI.6.2 Operacionalización de variables dependientes.	50
Cuadro VI.6.3 Operacionalización de variable dependiente.	51
Cuadro VI.6.4 Operacionalización de variables intervinientes.	51
VI.7 TÉCNICAS.....	52
VI.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	55
VI.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	56
VII. RESULTADOS.....	57

VIII.DISCUSIÓN	68
IX. CONCLUSIONES	75
X. PERSPECTIVAS	74
XI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	75
XII. REFERENCIAS	76
ANEXOS	82

RESUMEN

Antecedentes: Las redes de apoyo social son utilizadas por las personas para obtener o mantener ciertos beneficios a lo largo de la vida. Existen evidencias sobre el impacto y la influencia positiva que estas pueden tener en la salud, bienestar, funcionalidad y calidad de vida de las personas mayores, por lo que pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda de ahí que es importante considerar el estudio de estos contactos y apoyos sociales.

Objetivo: Determinar la influencia de las redes de apoyo social en la funcionalidad física y calidad de vida en adultos mayores.

Método: Se llevó a cabo un estudio analítico y comparativo con 150 adultos mayores en la Ciudad de México, se aplicaron escalas: Redes de apoyo social para adultos mayores (RAS), así como las escalas de funcionalidad física Barthel, Lawton y Brody, Nagi y el instrumento calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQoL. Los resultados se analizaron a través de frecuencias, porcentajes, y como prueba de comparación Ji Cuadrada, razón de momios como estimador de riesgo con un intervalo de confianza al 95% y coeficiente de correlación.

Resultados: Se encontró que los adultos mayores que cuentan con escaso apoyo familiar y contacto social, se ven afectados significativamente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ($p < 0.03$), evaluadas a través de la escala Barthel. En relación a la escala Nagi se observó que los que tienen escaso; Apoyo extrafamiliar ($p = 0.01$), contacto social ($p = 0.02$) y apoyo recibido ($p = 0.05$) tienen riesgo para depender de alguien para Actividades Básicas de la Vida Diaria. En cuanto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody, se pudo observar que quienes tienen escaso; contacto social ($p = 0.006$) y satisfacción de apoyo ($p = 0.03$) presentan riesgo de dependencia para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Existe una asociación correlacional estadísticamente significativa entre la funcionalidad de las escalas Barthel, Lawton y Brody, Rosow, Nagi y las dimensiones de Redes de Apoyo Social; Apoyo familiar, apoyo extra familiar, Satisfacción de apoyo, apoyo recibido y contacto social.

Al evaluar la calidad de vida, los participantes perciben como promedio o baja; la salud física ($p = 0.01$), aspectos psicológicos ($p = 0.000004$) y medio ambiente ($p = 0.03$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que el contar con escaso contacto social, constituye un factor de riesgo de dependencia para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y perciben su calidad de vida como baja o promedio en la salud física, aspectos psicológicos y medio ambiente.

Palabras clave: Redes de apoyo social, funcionalidad física, calidad de vida, adultos mayores.

ABSTRACT

Background: Social support networks are used by people to obtain or maintain certain benefits over a lifetime. There is evidence of the impact and positive influence than these can have on health, welfare, functionality and life quality of old people and can be fundamental in the provision of different types of help, hence, it's important consider the study of these contacts and social supports.

Objective: Determine the influence of social support networks on physical functioning and life quality of older adults.

Methodology: An analytical and comparative study was carried out in 150 older adults. The following scale were applied in the Mexico City: Social support networks for older adults, as well as the physical functionality scales of Barthel, Lawton and Brody, Nagi and the quality of life instrument of the WHOQoL World Health Organization. Results were analyzed using frequencies, percentages, J_i^2 comparison tests, as risk estimator odds ratio with a (CI95%) and correlation coefficient.

Results: it was found that older adults with low support family and social contact were significantly affected to perform basic activities of daily life (ABVD) ($p=0.03$), evaluated through the Barthel scale. In relation to the Nagi scale, it was observed that those with low; support extra family ($p=0.01$), social contact ($p = 0.02$) and received support ($p = 0.05$) are at risk of depending on someone for basic activities of daily life. Regarding the daily life instrumental activities of Lawton and Brody, it was observed that those with low social contact ($p=0.006$) and support satisfaction ($p=0.03$) presented a risk of dependence for daily life instrumental activities. There is a statistically significant correlation between the functionality of the Barthel, Lawton and Brody, Rosow, Nagi and dimensions of support networks; Family support, extra family support, support satisfaction, support received and social contact.

When assessing quality of life, participants perceive as low or average; Physical health ($p=0.01$), psychological aspects ($p=0.0001$), environment ($p=0.05$).

Conclusion: Our findings suggest that having few contacts of social support or social support networks constitutes a risk factor for dependence to perform daily life basic activities, daily life instrumental activities and perceive their quality of life as low or average in physical health, psychological aspects and environment.

Keywords: social support networks, physical functionality, life quality, older adults.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios más notables en la historia de la humanidad ha sido el incremento en el número de personas ancianas en relación con el resto de la población, esta tendencia se acentuó notablemente durante la segunda mitad del siglo XX, por lo que es de esperarse que el número de ancianos vaya en aumento; por otra parte es importante resaltar que el envejecimiento trae consigo múltiples implicaciones y la necesidad de contar con apoyos constantes por haber perdido su autonomía o tener enfermedades cuya atención y tratamientos son costosos y de larga duración, además es importante considerar que entre más edad se acumula, se incrementa la dependencia, ya sea de la familia o las instituciones sociales.

Y bajo esta lógica la desigualdad y pobreza en México se propician circunstancias desventajosas para los adultos mayores. Ante este panorama la OMS, considera que una de las estrategias para el bienestar y calidad de vida de la población que envejece son las redes de apoyo social, las cuales constituyen un elemento fundamental para la gerontología comunitaria y se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales permitiéndoles recibir y proporcionar apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

Las redes de apoyo social (RAS) son una determinante importante para el bienestar de la población adulta mayor, recibir y otorgar apoyo permite que las personas se sientan relacionadas, útiles, cuidadas e importantes para los demás y para sí mismas, son empleadas para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, los profesionales en salud y los adultos mayores desconocen la existencia y la importancia del uso de estos apoyos, de ahí la relevancia de esta investigación cuya finalidad fue evaluar la influencia de las redes de apoyo sobre la funcionalidad y calidad de vida. Los resultados obtenidos permitirán evidenciar y difundir el

impacto positivo de las redes de apoyo social en la funcionalidad física y calidad de vida en los adultos mayores.

II. MARCO TEÓRICO.

II.1 Aspectos generales sobre vejez y envejecimiento

Los términos vejez y envejecimiento pareciera que significan lo mismo sin embargo, cada uno tiene diferente connotación. La vejez es una etapa de la vida cuyo inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades lo determinan los grupos sociales. En los países desarrollados se inicia a partir de los 65 años, en países en desarrollo se inicia a partir de los 60 años^{1,2}.

El Envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, propiciadas por los cambios inherentes a la edad².

Durante el envejecimiento se presentan cambios en órganos y sistemas, lo cual genera vulnerabilidad para enfermedades de origen no transmisibles, que en muchos casos pueden ocasionar dependencias e incapacidades que significan cargas sociales, económicas y emocionales para las personas, familia y sociedad, situación que es muy problemática para este sector de la población sobre todo en la actualidad¹.

En las últimas décadas el envejecimiento es un fenómeno observado a nivel mundial, existen evidencias de que muchos países de Latinoamérica en corto tiempo han logrado cuadruplicar su población de ancianos. Este aumento poblacional seguirá incrementándose en su mayoría en los países en desarrollo. En México en el año 2015 habían 13.4 millones de adultos mayores y las proyecciones de Consejo Nacional de Población indican que para el 2050 habrá 27.7 millones³. La rapidez con la que se está dando este fenómeno tiende a convertirse en un problema grave y desfavorable por las múltiples implicaciones de tipo, biológico, psicológico y social que trae consigo, sobre todo para la salud y los problemas de discapacidad que se

presentan en éste grupo etario. Lo cual hace necesario el desarrollo de programas y estrategias orientadas a mayor cobertura de seguridad social, acceso a servicios de salud para atender esta problemática multifactorial⁴.

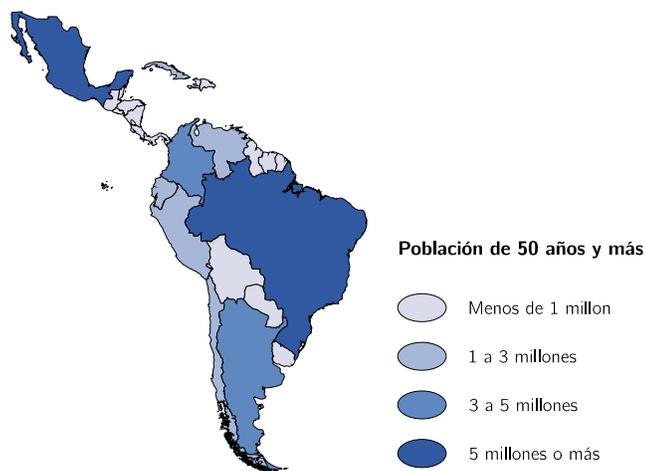


Figura II. 1. Países de América Latina que tienen un alto porcentaje de adultos mayores. CELADE. (Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones)⁵.

Estos cambios demográficos representan también, importantes retos y grandes desafíos por las consecuencias de índole económico, político y cultural, ya que no existe la infraestructura necesaria, ni los recursos humanos para atender las demandas que garanticen el bienestar de las personas. Sin embargo constituye una gran oportunidad para que las autoridades en materia de salud y las que se encargan de establecer políticas socio sanitarias se enfoquen en el cuidado de las personas mayores con el fin de mantener, mejorar su salud, bienestar y calidad la calidad de vida^{6,7}.

La vejez debe ser considerada como una etapa normal del ciclo vital a pesar de los cambios biopsicosociales que se pueden generar por la edad. Sin embargo es frecuentemente que se le asocie e interprete como sinónimo de muerte, pobreza y abandono, lo cual hace que los adultos mayores sean más vulnerables, es también una etapa de pérdidas de seres queridos de

roles y de estatus, muchos tienden al aislamiento, hay desprotección por parte de la familia, en algunos casos son violentados sus derechos humanos, así también se observa un bajo desarrollo social y marginación^{8,9,10}.

Por otra parte se ha comprobado que las afecciones y repercusiones por el envejecimiento tienen mayores incidencias a partir de los 75 años y aparecen de manera más temprana la población femenina, lo cual resulta alarmante para los profesionales de enfermería por la alta demanda de salud que tendrá este grupo etario^{11,12}.

Con base en lo anterior y ante la problemática detectada con respecto al envejecimiento y la vejez, los organismos internacionales y algunos estudios de investigación, reportan que una buena estrategia en esta etapa de la vida la constituyen la redes de apoyo social, es decir, el que las personas cuenten con apoyos de tipo social impactara de forma positiva su salud, funcionalidad, bienestar y calidad de vida. Al respecto la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) y el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) determinaron que las redes de apoyo social debe ser prioridad en el estudio de los viejos, de ahí que los profesionales en salud, deben identificarlas, darlas a conocer a los adultos mayores y a su vez deben orientarlos para que las utilicen y las potencien, concientizándolos de la relevancia de contar con estos apoyos^{13,14}.

II.2 Redes de apoyo social

Los seres humanos existen colectivamente, viven en ciudades, pueblos, donde habitan muchos otros seres humanos que forman familias y establecen parentescos, tienen amigos, vecinos, compadres y compañeros de trabajo, es decir se relacionan unos con otros dentro de agrupaciones culturales o religiosas, escuelas o equipos deportivos y comparten creencias,

hábitos y costumbres, no solo por la necesidad de compañía sino también para asegurar la subsistencia propia, entendido esto que las personas requieren de otras personas¹⁵.

Durante muchos años se pensaba que si se pertenecía a una red se estaba apoyado, sin embargo la investigación gerontológica desmintió esto y empezó a preguntarse por la frecuencia, calidad, efectividad y disponibilidad de los apoyos¹⁶.

En países como México hasta hace poco se comprendió la urgente necesidad de estudiar las redes de apoyo social, en particular para los adultos mayores. Los casos de maltrato violencia física o mental se difunden con mayor frecuencia, así como el abandono en instituciones o incluso en la calle. Por ello se requiere de una determinante social en salud como el eje base de ayudar a las personas mayores para recibir apoyo^{16, 17}.

En la literatura se identifican varios conceptos de las redes de apoyo social, para el presente trabajo adoptamos la siguiente definición: Las redes de apoyo social son los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo¹⁸.

Los apoyos sociales son fundamentales para el bienestar de los adultos mayores, sobre todo cuando los servicios de salud son insuficientes o no cubren la atención a toda la población¹⁵.

En la Encuesta Nacional de la Socio demografía del Envejecimiento ENSE, realizada en los años 90's, se incorporó por primera vez el análisis de las redes de apoyo social, la cual evidenció la estructura, el funcionamiento y su comportamiento entre el género y los grupos de edad, encontraron que el apoyo que más recibían y se sentían satisfechas las personas mayores era el apoyo informal, sin embargo el que menos recibían era el apoyo formal por parte de las instituciones y profesionales en salud lo cual es el resultado de la ausencia de políticas gubernamentales dirigidas a los adultos mayores¹⁹.

En nuestro país las redes de apoyo social brindadas en la etapa del envejecimiento han sido poco investigadas, apenas empiezan a ser tomadas con seriedad, al contrario de países con procesos de envejecimiento más acelerado, donde se han realizado diversos estudios los cuales concluyen que las personas que experimentan mayor bienestar son las que tienen redes de apoyo social, se observó que padecen menos depresión además que es beneficioso para que el proceso de envejecimiento natural se prolongue^{20,21,22}.

En el transcurso de la vida las personas mayores tienen diferentes redes de apoyo que se relacionan con; comportamientos, normas, creencias y cultura. En la actualidad se observa que el apoyo es limitado sobre todo cuando existe; deterioro en la salud, un bajo nivel económico y malas relaciones sociales²³.

Hay evidencia que las personas con carencias sociales son más vulnerables para enfermarse y fallecer, en comparación con los viejos que tienen redes, puesto que el apoyo social tiene efecto directo en la salud específicamente en los patrones de reactividad neuroendocrina y el sistema inmunológico, donde el entorno social y el grado de satisfacción de las relaciones sociales actúan de tal forma que logran un envejecimiento exitoso²⁴.

Las redes son un determinante importante para el bienestar de la población adulta mayor, recibir y otorgar apoyo permite que las personas se sientan relacionadas, útiles, cuidadas e importantes para los demás, son empleadas para satisfacer sus necesidades y obtener beneficios en su calidad de vida. Surgen por el incremento acelerado de la población y por las pérdidas de familiares y amigos. Ante esta situación es importante que se tome en cuenta la frecuencia, efectividad y disponibilidad de apoyo, ya que mientras más viejo es el anciano menor es su red²⁵.

La recepción de apoyo puede variar en el tiempo y puede verse afectada por la falta de tiempo, poca disponibilidad o sobrecarga de actividades de las personas que brindan apoyo, por ello la relevancia de implementar estrategias que ayuden a los adultos mayores a vivir con autonomía y buena calidad de vida. En este sentido, la construcción de una política pública de cuidado es más importante que nunca, por el riesgo que existe de que las personas mayores no reciban la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y aceptable^{26,27}.

Un estudio realizado en México concluye que las redes de apoyo social desarrolladas por los adultos mayores constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica y de salud que prevalece en la población. Cuando un adulto mayor se encuentra integrado a una red de apoyo social aumentan sus niveles de adaptación y afrontamiento ante esta etapa de la vida, es un factor que brinda protección contra el aislamiento y actúa de forma positiva en condiciones de salud física y calidad de vida²⁸.

Para este estudio se utilizó la escala de redes de apoyo social para adultos mayores, la cual nos permite medir y detectar el tipo de redes de apoyo social con el fin de fortalecerlas y complementarlas, también detectar el tipo de apoyo; emocional, material, instrumental e informativo, además que grado de satisfacción tienen en el ámbito familiar, extrafamiliar e institucional¹⁸.

A continuación se hará un recorrido a los tipos de redes de apoyo social que existen.

II.3 Redes de apoyo social formales e informales.

En la literatura se describen y diferencian el apoyo social formal e informal, sus características son las siguientes; Las redes de apoyo social formal: son un sistema en el que se incluye a las instituciones en salud, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, se tienen

objetivos específicos y participan profesionales, los adultos mayores y los grupos comunitarios las utilizan de manera frecuente para garantizar el logro de sus metas¹⁷.

El apoyo formal está basado en una organización estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas, se puede integrar con Organizaciones no Gubernamentales, institucionales públicas y privadas que brindan servicios y determinan los derechos básicos disponibles a las personas adultas mayores, algunos de ellos son; la Secretaria de salud, Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Mexicano de Seguridad Social, el Instituto Nacional de Geriátría, la Universidad Autónoma de México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, dichas instituciones ofrecen servicios de salud además de formar recursos humanos y de investigación¹⁷.

Las redes de apoyo formal son estrategias que inciden positivamente en la salud de las personas mayores que no tienen familia, que viven solas o sus familiares no conviven con ellos. Sin embargo las instituciones establecidas son insuficientes para brindar el apoyo que requiere esta población.

Ante el actual contexto donde existe un notable incremento de personas envejecidas, es necesario que se establezcan vínculos entre la familia, comunidad, amigos e instituciones para atender de forma integral a los adultos mayores con el fin de proporcionar un mayor bienestar general.

Los grupos formales tienen una estrecha relación con los grupos informales ya que las redes de amigos y vecinos se reúnen en los núcleos que la red formal destina para los adultos mayores¹².

Un estudio realizado dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS en el año 2009 concluye que cuanto mayor es el apoyo social que una persona recibe a través de relaciones

estrechas con los miembros de su familia, personal de salud y comunidad, menor será el impacto de la enfermedad²⁹.

Las redes de apoyo social informales son un sistema de apoyo del individuo que abarca a la familia, amigos, vecinos y grupos comunitarios autónomos, no incluye instituciones públicas y privadas. Las redes comunitarias o grupo(s) comunitario(s) están vinculados con los individuos y estos participan activamente¹⁸.

La Asamblea Mundial de la Salud reconoce a la familia como un agente promotor de salud, además la familia constituye la primera red de apoyo de tipo informal. A través de los vínculos consanguíneos la familia proporciona protección y apoyo a sus miembros, uno de los apoyos más importantes que otorga es vivir bajo el mismo techo y contar con la compañía de algún miembro de la familia (pareja, hijos, nietos, hermanos y demás parientes), lo que representa una fuente de bienestar y seguridad³⁰⁻³².

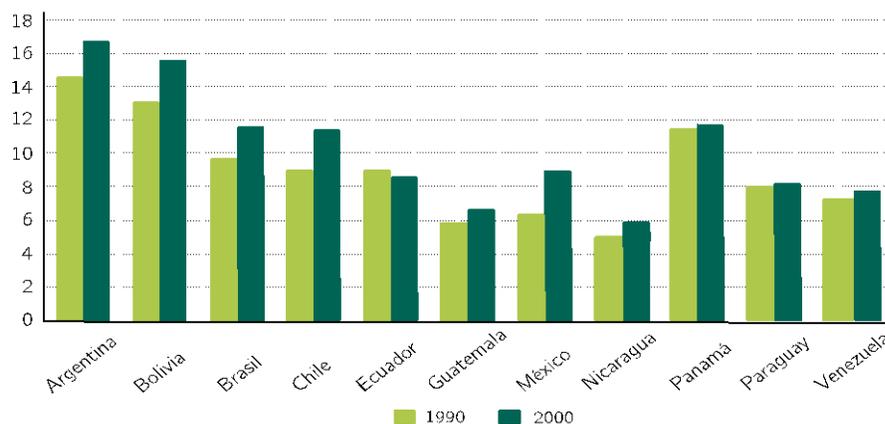


Figura II. 2. América Latina y el Caribe: Personas que viven solas, censo 1990 y 2000.
(Fuente: CELADE- Población de la CEPAL)²⁷.

Es importa señalar que la contribución de la familia como principal red de protección para cubrir las necesidades de cuidado de las personas mayores ya no es la misma que en décadas

anteriores debido a que la mujer se ha insertado en el campo laboral y que actualmente las familias son más pequeñas²⁰.

Otra red de apoyo que resulta ser muy importante y beneficiosa en la salud de los adultos mayores son los amigos y vecinos, con ellos pueden formar una identidad nueva en esta etapa de la vida gracias a intereses comunes, actividades compartidas y la disponibilidad de tiempo para participar en grupos comunitarios. Para algunas personas la participación, haber logrado, haber compartido y sentirse identificado es esencial para la vida y solo se puede experimentar a través de la vivencia en la comunidad³⁴.

Las redes de apoyo social son un factor protector en el envejecimiento, están relacionadas estrechamente con la salud física y la calidad de vida, manteniendo el bienestar personal y evitando la soledad de las personas mayores^{35, 36}.

Los apoyos formales e informales son fuentes importantes que integran a todas las personas, con quien el adulto mayor interactúa, se siente identificado, fortalecido y de quien recibe auxilio o transferencia de cuatro tipos. A continuación los tipos de apoyo que los adultos mayores esperan recibir³⁷.

Cuadro II.1 Apoyo y actividades

Material	Instrumental	Emocional	Informativo
Dinero	Cuidado	Afecto	Intercambio de experiencias
Alojamiento	Transporte	Compañía	Consejos
Comida	Labores del hogar	Empatía	
Ropa		Reconocimiento	
Pago de servicios		Escucha	

Fuente: Manual para la Evaluación Gerontológica Integral en la comunidad¹⁸.

Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros). Además pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento¹⁷.

Los apoyos emocionales son aspectos subjetivos, pueden ser expresados con cariño o transmisión de afecto, confianza, empatía, sentimientos hacia la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, además el apoyo emocional supone a un aumento de la autoestima, sentirse valorado y aceptado por los demás; el afecto engloba el compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad de alguien con quien hablar, sentimientos de ser querido, sentimientos de pertenencia, elogios y expresiones de respeto¹⁰.

Los apoyos informativos se refieren a la información verbal y escrita relativa a programas gerontológicos, servicios de salud disponibles, así como el consejo que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas¹⁶. Un estudio realizado en USA 2015 encontró que sentirse solo así como estar aislado es un riesgo de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores, mientras que el número de contactos y roles sociales tienen efectos protectores directos³⁸.

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) realizado en 2001 reporta que las ayudas recibidas y dadas por los adultos mayores con su red familiar, el 20% proporciona ayuda económica y 54% la recibe, es más frecuente que los hombres la brinden y las mujeres la reciban, asimismo es más probable que sea dada por los más jóvenes y que sea recibida por los de mayor edad³⁹.

Por otra parte en la red de apoyo social se debe considerar la reciprocidad como elemento importante para el buen funcionamiento, el cual se entiende como el grado en que el apoyo se da y se recibe. Se ha observado que sentirse útil y satisfacer necesidades hacia las demás personas tiene efectos positivos¹⁷.

II.4 Redes de apoyo social respecto al género de los adultos mayores

Entre la población de adultos mayores las redes de apoyo social son diferentes para hombres y mujeres, estas variaciones tienen relación con características sociodemográficas como el estado civil, el número de hijos, la viudez o muerte de familiares y amigos^{10,19}.

Las mujeres utilizan más los servicios de salud, núcleos gerontológicos o grupos comunitarios, debido a que su rol las obliga a buscar atención médica así como el cuidado propio y de los hijos. Por otro lado los hombres que durante gran parte de su vida se han dedicado a trabajar, construyen sus redes de apoyo social en el ámbito laboral, por ello se cree que están en cierta desventaja, primero porque no han generado la red familiar en comparación con las mujeres y sus hijos, segundo porque no están familiarizados con el manejo del sistema de salud o los grupos a los que puede asistir para generar redes de apoyo social⁴⁰⁻⁴².

Estudios demuestran que el apoyo social para las mujeres aumenta paulatinamente con la edad; este comportamiento puede verse asociado con la viudez donde la necesidad de compañía y cuidado es mayor. Además que son ellas las que tienden a participar más en actividades de familia o comunitarias, lo que ayuda a generar nuevas amistades basadas en la conversación y el apoyo mutuo⁴³.

Debido a las funciones que realiza la persona en su contexto social, frecuentemente ser viejo, representa un desfase en las funciones que solía realizar, lo que perjudica el rol y tiende a ser aislado y con menor importancia en el núcleo familiar, esto tiende a empeorar cuando se ha perdido a la pareja³⁵.

En este sentido es importante se adopten medidas específicas sensibles al género y a la edad que aseguren a hombres y mujeres mayores, igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales y culturales para garantizar su calidad de vida⁴⁴.

II.5 Redes de apoyo social y la funcionalidad física del adulto mayor.

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios biológicos en aparatos y sistemas, aunado a la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles que impactan en la funcionalidad física teniendo un efecto negativo en el desarrollo de funciones y habilidades en esta etapa de la vida dificultando la independencia y la autonomía de las personas mayores⁴⁵.

Algunos estudios realizados en otros países reportan que las redes de apoyo sociales son fundamentales y que tienen un gran impacto en el mantenimiento de la funcionalidad física en los viejos, según la OMS la funcionalidad física constituye un importante indicador de salud. Por ello es necesario incorporar acciones sobre el entorno físico y social con lo que se esperaría disminuir las consecuencias o situaciones desventajosas para la población envejecida¹⁷.

Funcionalidad en la vejez se refiere a la capacidad de la persona adulta mayor para ejecutar de manera independiente y autónoma aquellas acciones relativas a su quehacer cotidiano a nivel individual y social, considerando sus intereses, deseos y recursos. Una persona adulta mayor puede ser funcionalmente independiente (no tener ninguna limitación física, psicológica ni

social) pero tener dificultades o limitaciones para ejercer su autonomía en la toma de decisiones. Lo apropiado para fortalecer la función es asistirle, es decir acompañar a la persona para que realice de manera segura sus actividades y no generar artificialmente una independencia⁴⁶.

La funcionalidad; involucra aspectos físicos, mentales, económicos, socio familiares, estos elementos permiten conocer la funcionalidad, la discapacidad, el desacondicionamiento y determinar el grado de incapacidad del adulto mayor. Se puede considerar al anciano sano e independiente, como aquel que se mueve y toma sus propias decisiones, independientemente de las enfermedades que tenga; y anciano enfermo es el que ha dejado de moverse y ha dejado de tomar sus propias decisiones, se ha vuelto dependiente, requiere mayor atención⁴⁷⁻⁴⁸.

Por otra parte la dependencia funcional puede ser causada por enfermedades no transmisibles, que dependiendo de su gravedad o duración podrán afectar varias partes del organismo, causando incapacidad y pérdida de autonomía para realizar actividades básicas de la vida diaria ABVD⁴⁹⁻⁵⁰.

En México existen alrededor de 13.4 millones de adultos mayores de estos, 755 843 tienen alguna discapacidad física, además cinco de cada diez ancianos padece alguna enfermedad no transmisible, si no se toman medidas necesarias así como oportunos servicios de apoyo estas cifras pueden aumentar⁵¹.

Es importante señalar que es preocupante la problemática que enfrentan muchas familias en relación con el apoyo que brindan los miembros a los adultos mayores enfermos o con alguna discapacidad, existen evidencias de que muchos cada vez son abandonados, están desatendidos y marginados⁵².

El padecer de varias enfermedades no transmisibles se asocia de manera directa con la presencia de dependencia y pérdida de la autonomía lo que trae consigo la necesidad de hospitalización, que contribuye a incrementar la demanda de atención de los servicios de salud así como los gastos que se derivan de ella⁵⁴⁻⁵⁵.

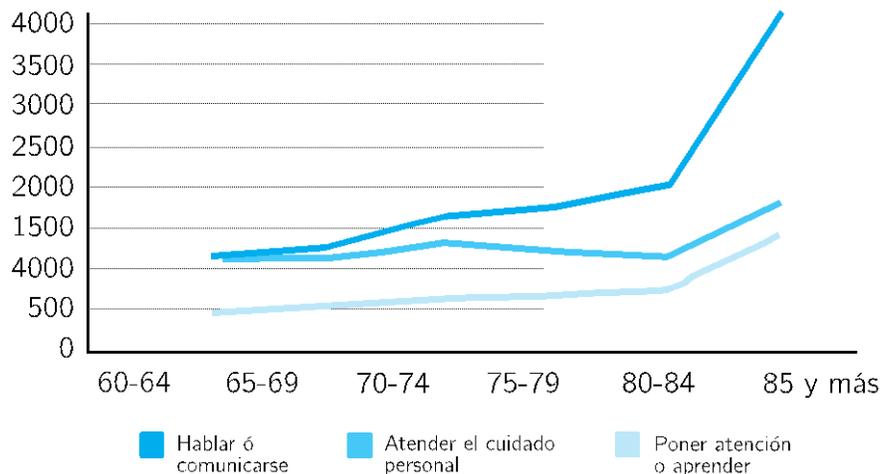


Figura II. 3. Población total de adultos mayores por edad y según el tipo de limitaciones en la actividad. (Fuente. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010)⁵³.

Está demostrado que las redes de apoyo social son factores que influyen y ayudan a mantener la funcionalidad física de los adultos mayores es decir, que puedan valerse por sí mismos y tengan buena calidad de vida, una reducida funcionalidad física en este grupo etario se asocia a resultados negativos en la vida, incluyendo mayor riesgo de enfermedades, inmovilidad y fragilidad⁵⁶.

El apoyo social y la funcionalidad son elementos clave determinantes de la salud en los adultos mayores. Por un lado la funcionalidad es ampliamente definida como “la capacidad de moverse realizar actividades de la vida diaria (caminar o tomar el transporte dentro de su casa o su comunidad)”⁵⁷.

De ahí la importancia de realizar evaluaciones gerontológicas en forma periódica para poder monitorizar la funcionalidad y proponer estrategias de intervención, de acuerdo a las alteraciones en la funcionalidad detectadas con el objetivo de mantener, prolongar y o recuperar la funcionalidad a los adultos mayores en su comunidad y ancianos institucionalizados, en asilos o centros de cuidado de larga estancia⁵⁸.

Aunque existe un amplio conocimiento sobre la vejez y su proceso, se sabe muy poco sobre la vida diaria de los adultos mayores, no tenemos información sobre como organizan sus actividades, si las pueden llevar acabo o requieren asistencia. Por lo tanto es importante saber que actividades básicas de la vida diaria ABVD pueden realizar, una evaluación del estado funcional nos brindará un panorama general y nos ayudaran a saber el tipo y grado de dependencia con el fin e implementar las medidas preventivas o de rehabilitación, orientadas a mantener y recuperar la funcionalidad física⁵⁹.

La evaluación y diagnóstico definen las causas y consecuencias que pudiesen causar las enfermedades no transmisibles, además nos permiten saber si existe dificultad en las funciones de la vida diaria, o limitantes para la participación social dentro de la familia y comunidad^{11,24}.

A continuación se describen las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: Actividades básicas de la vida diaria ABVD se refieren a las capacidades elementales de independencia para “comer, usar el excusado y controlar esfínteres”; y las inmediatamente superiores “asearse, vestirse y poder caminar”, las cuales son esenciales para el autocuidado⁶⁰.

Actividades instrumentales de la vida diaria: implican el uso de la memoria, la ejecución de alguna acción, como hablar por teléfono, uso de transporte o conducir automóvil, planear una comida, manejo de dinero y medicamentos, son útiles para detectar los primeros grados de deterioro funcional de las personas mayores¹⁵.

Para lo cual se utilizan diversos instrumentos: la escala de Barthel que evalúa y monitoriza la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, Katz, Rosow-Breslaw que evalúan el tipo y grado de dependencia de los individuos para sus necesidades básicas de la vida diaria en el hogar y en la comunidad además de trabajo pesado y Nagi que evalúa la capacidad funcional física de manera más precisa para establecer programas de prevención y rehabilitación en la comunidad⁵⁵.

Un estudio realizado en Canadá (2011) encontró que la funcionalidad y la participación social son positivas pero están influidas con la proximidad a los recursos y servicios de recreación, lo cual es beneficioso para la salud y puede llevar a una vida más larga independiente²³.

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) realizado en 2001 reporta que cerca del 9% de la población estudiada reporta tener problemas de funcionalidad por lo menos con una actividad de la vida diaria, estas limitaciones las presentan con mayor frecuencia las personas de mayor edad, y las mujeres más que los hombres, además reportan que no tienen ninguna fuente de ingreso, mientras que el 10% dice que su única fuente es el apoyo familiar³⁶.

Una encuesta realizada en México a 4,872 personas mayores de 65 años encontró que el 24% resulto dependiente en AVD y 23% en actividades instrumentales de la vida diaria AIVD. Se encontró también que la prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años³⁶.

Otro estudio realizado en México se encontró que la red de apoyo social es un elemento que puede influir en la autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana. Esto puede

deberse a que la red de apoyo social propicia la experiencia de identidad, bienestar y protagonismo para la realización de actividades²².

Resulta notable la importancia de las redes apoyo social porque constituyen un elemento clave para conservar la independencia teniendo como meta mejorar la calidad de vida. Es imprescindible que a la persona mayor se le brinden condiciones y oportunidades que le permitan mantener y recuperar la funcionalidad física, para ello se requiere encontrar un equilibrio entre el autocuidado, el apoyo por parte de la familia y amigos, aunado a los cuidados profesionales^{21, 24}.

Con base en un estudio realizado en Cuba en el año 2005 se pudo observar que los adultos mayores con dependencia son rechazados por sus familiares e incluso son institucionalizados, sin embargo los viejos al pasar por esta situación desearían vivir en su propio domicilio o con sus hijos, adaptando su vivienda para su movilización y recibiendo apoyo social, así como ser atendidos en el propio domicilio con las ayudas que ofrezca el apoyo formal. Se considera que un indicador para predecir la calidad de vida en situación de ser dependiente lo conforma la posibilidad de ser atendido en el propio domicilio⁶¹.

Evidencias afirman que uno de los factores más influyentes sobre la calidad de vida y especialmente en la funcionalidad física son precisamente las redes de apoyo social, dando como resultado en los adultos mayores independencia y un alto nivel de participación con su familia y en comunidad²³.

II.6 Redes de apoyo social y calidad de vida en los adultos mayores

La Organización de las Naciones Unidas ONU y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL señalan en el manual de indicadores de calidad de vida en la vejez sobre la

preocupación de la situación de las personas mayores y ponen de manifiesto en la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en el 2002 el propósito de lograr una calidad de vida que permita a las personas envejecer con seguridad y dignidad así como garantizar la continuidad de su participación como ciudadanos⁶².

En la actualidad hay un interés por elevar la expectativa de vida de los adultos mayores, las políticas en salud pública se han de concentrar en las grandes estrategias como lo son el uso óptimo las redes de apoyo social, debido a los estudios que demuestran que estar integrado en una red pronostica un mejor nivel de funcionalidad, autonomía y bienestar⁶³.

Hablar de calidad de vida, es un tema muy complejo, pero fundamental en cualquier etapa de la vida, y toma particular importancia en la vejez por todas las implicaciones y cambios de índole biológico, psicológico y social que se dan en el envejecimiento, aunado a la prevalencia de enfermedades no transmisibles y circunstancias que convergen en esta etapa del ciclo vital⁶⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS el término calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones⁶¹.

En la literatura los apoyos sociales se relacionan de manera estrecha con el tema calidad de vida del adulto mayor porque ambos conceptos se identifican como complejos y multidimensionales, los cuales se evaluarán de acuerdo con valores, estándares o perspectivas que varían dependiendo de la persona, grupo o lugar donde vivan, la estructura conceptual de calidad de vida la integran aspectos que experimentan las personas y representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas⁶⁴.

Fernández Ballesteros en el (2004) “enfatisa en las condiciones que integran el concepto de calidad de vida de las personas mayores. Incluye factores tales como; la salud (tener buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones económicas (tener una buena pensión), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos, la actividad, mantenerse activo), la calidad en el propio domicilio y en el medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas)”⁶⁵.

Es decir la calidad de vida del adulto mayor es la satisfacción de las necesidades de la especie humana y se relaciona con su proceso que incluye su pasado y la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social⁶⁶.

México se caracteriza por una alta tendencia a la pobreza e inequidad social, baja cobertura de seguridad de salud y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo para el adulto mayor. Estos factores sociales afectan negativamente tanto a la salud como a la calidad de vida de cualquier persona ⁶⁷⁻⁶⁸.

Diferentes investigaciones sobre calidad de vida en adultos mayores han demostrado que las redes de apoyo social son estrategias básicas y recursos para que las personas optimicen su estado de salud, autonomía, su salud mental, actividad física, recreativa y bienestar⁶⁸.

Un estudio realizado en Chile 2011 encontró que la participación social contribuye a mejorar la calidad de vida debido a que disminuye la dependencia de los adultos mayores. Además que a mayor edad la percepción de calidad de vida es más baja, lo que podría asociarse al incremento de limitaciones físicas⁶⁹.

El pertenecer a una red de apoyo de tipo formal e informal contribuye en gran medida para el mantenimiento de la autonomía, al aumento de la autoestima, tiene efecto en la identidad social y contribuye al intercambio de información. Poder convivir, compartir y sentirse acompañadas de la familia, amistades así como tener seguridad social resulta ser positivo en la vida de las personas mayores. Por el contrario, las pérdidas de contactos familiares y sociales, el aislamiento, así como tener limitaciones funcionales, empeoran la calidad de vida⁷⁰.

Diferentes estudios han demostrado el impacto positivo que tienen las redes de apoyo social como potenciador de la calidad de vida, existe una relación positiva y de soporte cuando los adultos mayores pertenecen, a grupos sociales como: núcleos gerontológicos grupos de auto ayuda, a una organización social, lo cual contribuye al intercambio de información para cuidarse mejor, para el afrontamiento de las pérdidas, resolución de problemas y ayuda a mejorar las relaciones familiares, pues las personas logran un envejecimiento activo y una buena funcionalidad física, es decir se hacen más independientes lo que permitirá a la persona sentirse útil y valorizado por su medio incrementando así su autoestima⁶⁴.

En éste sentido la evaluación de la calidad de vida se considera fundamental como una nueva estrategia introducida para el análisis de los programas terapéuticos, reforzando el consenso de indicadores del área de la salud. La cual debe evaluarse de manera periódica⁵⁷.

Para evaluar la calidad de vida se requiere de un instrumento completo y práctico que nos permita obtener información del individuo en dimensiones como salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y ambientales para poder diseñar e implementar programas de intervención con el fin de mantener una buena calidad de vida⁷¹.

Considerando la multidimensionalidad sobre el tema calidad de vida, suscita varios componentes que incluyen: la satisfacción con la vida, autoestima, salud, funcionamiento y

posición económica; bienestar psicológico, actividades de libertad, estado emocional, interacción social; funcionamiento espiritual y familiar⁷².

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, el instrumento WHOQoL-BREVE en español, puede ofrecer la medición de las diferentes variables de tipo subjetivo y obtener un valor cuantitativo, por medio de preguntas que evalúan un dominio a la vez, se da un valor a cada pregunta para obtener una calificación global⁵⁵. Por lo cual es un instrumento de confiabilidad y constituye una herramienta fundamental para la investigación sobre éste tema⁵⁶.

II.7 La enfermería y las redes de apoyo social durante el envejecimiento

Uno de los pilares filosóficos de la profesión de enfermería es el cuidado; esta es la acción dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía y que necesitan la ayuda de otros para realizar actos esenciales de la vida diaria⁷³.

Por ello el profesional de enfermería debe participar de manera conjunta con el equipo de salud en la atención integral y el cuidado que beneficie al adulto mayor, las acciones que realice deberán estar dirigidas a, prevenir y conservar su salud, mantener prolongar y o recuperar su funcionalidad física mental y social. Es importante resaltar, que preservar la funcionalidad en las personas mayores es fundamental, se traduce en autonomía e independencia bienestar y calidad de vida, evita el maltrato y la institucionalización.

De ahí la importancia de fortalecer sus capacidades residuales para potenciar su funcionalidad, una muy buena estrategia es fomentar la práctica de las actividades de la vida diaria es en el hogar y en su comunidad el mayor tiempo posible, además de promover e incrementar la

actividad física, así como , la implementación de programas educativos , sobre estilos de vida saludables y fomentar el aprendizaje en las personas mayores de manera continua y permanente, con el fin de incorporar a su vida cotidiana conductas de salud física, social, mental y espiritual que favorezcan su funcionalidad física y bienestar⁷⁴.

La Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE) desde hace algunos años diseño los estándares para la práctica de enfermería gerontológica. La cual se define de la siguiente forma: servicio de salud que incorpora los conocimientos específicos de enfermería especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan aumentar conductas saludables, minimizar y compensar pérdidas de salud y limitaciones relacionadas con la edad, proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez y facilitar el tratamiento de las enfermedades⁷⁵.

La demanda de las personas mayores que necesitan cuidado se ha incrementado en los últimos años lo que está muy relacionado con las enfermedades no transmisibles que son factores de riesgo y amenazas para la calidad de vida y la funcionalidad física de este grupo etario. Ante este contexto la población requiere de atención especializada donde no solo se busque combatir alguna enfermedad sino contribuir y dar una evaluación integral al anciano, donde se pueda observar cómo se desenvuelve en sus actividades diarias, así como promover el bienestar con base en la visión holística del cuidado que solo el profesional de enfermería puede brindar⁷⁶⁻⁷⁷.

Investigaciones de Enfermería respaldan la influencia que tiene el apoyo social en la salud física y calidad de vida del adulto mayor. El papel de la Enfermera como miembro de la red social formal incluye intervenciones tales como la valoración del estado de salud, diseñar planes de acción, instrumentos que permitan la evaluación integral de las personas mayores.

Este enfoque constituye una gran estrategia de mayor alcance y aplicabilidad, que van dirigidos hacia la restauración, óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social, que beneficiaran la salud del adulto mayor, su familia y comunidad³⁹.

Un aspecto importante que debe tener en cuenta el profesional de enfermería es la identificación de las fortalezas personales que tienen las personas mayores, su sistema de apoyo familiar, comunitario y económico para planear las alternativas que le permitan obtener un máximo grado de desarrollo y bienestar⁶⁶.

Es así, el rol del profesional de enfermería que brinda cuidados gerontológicos tiene como metas; preservar la calidad de vida, cuidado, planificación y coordinación de servicios, en este sentido debe ofrecer apoyo social a los adultos mayores con dedicación, profesionalidad y sensibilidad de tal forma que se beneficie de forma positiva en los siguientes aspectos; emocional, instrumental, material e informativo⁴².

Por tal motivo el personal de enfermería debe conocer, potenciar y fortalecer las redes de apoyo social por medio de iniciativas que vayan enfocadas hacia un modelo de intervención que genere cambios en las conductas y actitudes de este grupo etario así como familia y comunidad con la finalidad que estas ayuden a preservar la funcionalidad física y calidad de vida⁶⁴.

Estudios realizados en varios países de América Latina reportan que son los familiares quienes se hacen cargo de los adultos mayores que tienen alguna limitación física, sin embargo no tienen la orientación requerida para brindar cuidados. El ejercicio profesional del profesional de enfermería debe extender su campo de acción a través de cuidado o asistencia directa, planificación y coordinación de servicios, así como también enseñanza y evaluación de aquellas personas que ejecutan cuidados⁴¹.

Con base en lo anterior y tomando en cuenta que en México son escasos los estudios sobre redes de apoyo y su relación con la funcionalidad física y la calidad de vida en adultos mayores, es fundamental llevar a cabo estudios que evalúan los tipos de apoyo con los que cuentan los adultos mayores, con la finalidad de promocionarlos, fortalecerlos y optimizarlos de ahí que es conveniente que el profesional de enfermería identifique, dé a conocer, potencie y difunda la relevancia del uso de las redes de apoyo social de formales, lo cual impactará en la funcionalidad, bienestar y calidad de vida de los adultos mayores.

Cuadro II.2 Estudios sobre redes de apoyo social en adultos mayores.

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Pelcastre-Villafuerte BE et al. (2011) ²	México	103 adultos mayores (49 hombres y 63 mujeres).	Analizar y describir las características principales de los apoyos sociales, formales e informales de los adultos mayores.	Los adultos mayores que viven acompañados y reciben apoyo informal, refirieron una mejor experiencia de envejecimiento. Las principales necesidades de los adultos mayores son; tener techo, alimentación, acompañamiento y traslado a consultas o estudios médicos. Se resalta que el apoyo es diferenciado según el género, los hombres reciben apoyo económico con mayor frecuencia y menos emocional.
Cardona D et al. (2012) ³	Colombia	276 adultos mayores	Analizar el apoyo social del adulto mayor en los centros de Bienestar del anciano	Las redes de apoyo son fuentes primordiales dentro de la institución y los adultos mayores perciben un mejor trato por parte de los cuidadores institucionales que de los familiares. Los principales motivos de institucionalización fueron: problemas de salud y decisión familiar; sin embargo se hace necesario el apoyo familiar ya que más de la mitad de los participantes tenía sentimientos de soledad.
Proenza (2013) ²³	RZ. Cuba	200 adultos mayores	Identificar los elementos que caracterizan los sistemas de apoyos de los adultos mayores.	Se encontró que la mayoría de las integrantes en los sistemas de apoyo formal son mujeres, una parte fundamental de los adultos recibe y brinda ayuda de manera recíproca, se observa más en el sistema informal, las principales transferencias que participan son las cognitivas, emocionales e instrumentales, relacionadas con el cuidado y compañía. Se muestra que los mayores son más receptores de ayuda que proveedores.

Synder (2005) ⁸	México	392 mayores	adultos	Analizar los factores sociales asociados al estado de salud de hombres mayores de 60 años	Se encontró que una tercera parte de los participantes coincidió que los problemas de salud interfieren en las actividades de la vida diaria o su funcionamiento, (Guerrero=27.3%; Morelos=38.0%; Jalisco=32.2%). No acudir al médico, ignorancia de signos y síntomas de enfermedades y el no acceso a los servicios de salud son los factores para problemas de salud que requieren de atención inmediata.
----------------------------	--------	----------------	---------	---	--

Cuadro II.3 Estudios funcionalidad física en adultos mayores.

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Gallegos et al. 2006) ⁵	México	7322 adultos mayores	Analizar y evaluar el estado de salud de adultos mayores mexicanos.	Se encontró que el 19% reporto su estado de salud como malo o muy malo, los factores que se asocian a la mala salud fueron edad, sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo y enfermedades no transmisibles.
Menéndez J et al. (2005) ⁹	América Latina	10891 personas de 60 años y mas	Identificar la relación entre las enfermedades crónicas y la discapacidad.	Se encontró que la proporción de personas de 60 años o más manifestaron tener dificultades para realizar ABVD en un 13% se pudo observar una similitud en todas las ciudades estudiadas, así mismo para las AIVD en un 40%. Se observó una asociación directa ente la dificultad para realizar AIVD y la edad, sexo femenino y tener enfermedades no transmisibles.

Cuadro II.4 Estudios sobre redes de apoyo social en adultos mayores.

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Matud P et al. (2002) ¹⁴	España	2169 personas	Analizar la relación entre apoyo social y salud en mujeres y hombres de la población en general.	Se encontró que las personas con que perciben como escaso apoyo social tienen peor salud, tanto física como mental. Las mujeres con mayor número de hijos y menor nivel de estudios tienen menor apoyo social. Se observó que sus niveles de apoyo dependen más de la edad, factores sociales y familiares, como el estado civil, el número de hijos, el nivel educativo, laboral y no por el género.
Ellwardt L et al.(2015) ²⁰	USA	2.911 personas	Indagar cuales son las características de la redes de apoyo	Los hallazgos de este estudio sugieren que la soledad emocional y social están directamente asociadas con una reducción de mortalidad, por otro lado el contar con un amplio número de contactos o redes de apoyo tiene efectos protectores.

Cuadro II.5 Estudios sobre redes de apoyo social en adultos mayores

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Acuña G MR et al. (2010) ¹⁶	México	100 adultos mayores con una edad de 60 años y más.	Describir la autoeficacia de los individuos de la tercera edad para realizar actividades de la vida cotidiana.	Se encontró que la red de apoyo social es un elemento que puede influir en la autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria por que propicia la experiencia de identidad, bienestar y protagonismo de los adultos mayores para realizar actividades de ña vida diaria.
Panillos PY et al. (2012) ¹⁸	Colombia	469 adultos mayores.	Determinar la funcionalidad física de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.	Se encontró que los adultos mayores institucionalizados tienen mayor riesgo para realizar actividades de la vida diaria ABVD y las actividades instrumentales AIVD en comparación con los que viven en su hogar y son visitados frecuentemente por sus hijos.

Cuadro II.6 Estudios sobre redes de apoyo social en adultos mayores

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Levasseur et al. (2015) ³⁵	Canadá	9 bases de datos	Proporcionar una comprensión completa sobre cómo está asociada la movilidad y participación social en adultos mayores	Para fomentar la participación social se deben tener en cuenta la proximidad de los recursos y las instalaciones recreativas, transporte y seguridad. Se exhorta que los estudios futuros vallan encaminados a servicios, sistemas y políticas en los adultos mayores en desventaja.
Everard et al. (2000) ⁴⁰	Reino Unido	244 adultos mayores	Evaluar la relación entre el compromiso activo con la vida y el funcionamiento de los adultos mayores.	El tener actividades de ocio cercano a las viviendas de los adultos mayores está asociado con la independencia funcional. Lo cual sugiere que la intervención temprana de programas puede retrasar la discapacidad además que reduce el riesgo de costos en el cuidado a la salud.

Cuadro II.7 Estudios sobre redes de apoyo social y funcionalidad física en adultos mayores

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Rybertt C et al. (2015) ⁴⁵	Chile	69 personas	Determinar la relación entre parámetros de funcionalidad y velocidad de marcha en adultos.	Dado que todos los evaluados eran completamente independientes, los resultados obtenidos en el índice de Barthel se comportaron de forma homogénea dentro del grupo. Pese a que la mayoría de los adultos mayores evaluados presentaban sobrepeso, no pareció un factor relevante que determinara la velocidad de marcha a la cual camina una persona mayor. La velocidad de la marcha depende de la fuerza de extremidades inferiores y de la capacidad de la persona.
Ashida S et al. (2012) ⁴⁷	Houston	475 adultos mayores de origen mexicano en los EE.UU.	Evaluar si la influencia de los miembros de la red social se asocia con motivación para cambiar hábitos de alimentación y actividad física.	Los datos encontrados indican que la mayoría de los miembros no proporcionan motivación para participar en comportamientos saludables. Los datos sugieren la importancia de al menos un animador en la motivación de los cambios de comportamiento.

Cuadro II.8 Estudios sobre funcionalidad física en adultos mayores.

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Manrique EB et al. (2011) ³⁰	México	360 287 adultos mayores se generó una muestra probabilística en tres etapas y representativa nivel internacional.	Determinar la prevalencia de dependencia funcional de los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza en México.	Se encontró que el 31% de los AM tenían dificultad para realizar al menos una de las AVD. La prevalencia de dependencia funcional se incrementó con la edad. En todos los grupos la actividad que presentó mayor dificultad fue caminar. Existe una mayor proporción de dependencia funcional de mujeres. Sin embargo el contar con algún seguro médico resultó ser un factor protector para no presentar dependencia en la realización de ABVD.
Toepoel V et al. (2013) ⁵³	Canadá	La muestra se dividió en cuatro grupos: de 3.892 adultos mayores.	Investigar la relación entre las actividades de aislamiento social y de ocio.	El grupo de mayor edad tuvo puntuación más alta en sentimientos de soledad. Sin embargo tener actividades de ocio, como lectura, ejercicio físico pueden evitar el aislamiento social.

Cuadro II.9 Estudios sobre redes de apoyo social en adultos mayores.

AUTOR	PAIS	POBLACION	OBJETIVO	HALLAZGOS
Levasseur M et al. (2015) ³⁵	Canadá	50 artículos bases de datos diferentes	Difundir los conocimientos actuales sobre las asociaciones o influencia del entorno en la movilidad y la participación social en el envejecimiento.	La funcionalidad y la participación social fueron positivas con la cercanía de recursos y servicios de recreación, lo cual es beneficioso para la salud y puede llevar a una vida más larga independiente. Lo que hace relevante considerar el contexto de las personas con discapacidad, lo que merece una mayor atención.

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las redes de apoyo social RAS son un sistema de intercambio, a través de estos el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. Sin embargo en nuestro país las RAS que se proporcionan en la etapa de envejecimiento han sido poco investigadas y apenas se empieza a dar la relevancia que estas tienen, contrario a los países que iniciaron antes el envejecimiento de sus poblaciones, donde se han realizado diversos estudios los cuales concluyen que las personas que experimentan mayor bienestar son las que cuentan con redes de apoyo social. En México la seguridad social de este grupo etario se ve amenazada por la pobreza y la desigualdad. El crecimiento tan acelerado de las personas mayores, nos plantea el gran desafío de contar en un futuro inmediato con redes de apoyo social potenciales, como una estrategia de atención, de salud, para mantener una buena funcionalidad, bienestar y calidad de vida para las personas que envejecen.

Sin embargo en nuestro país son escasas las investigaciones sobre la influencia y cómo actúan las redes de apoyo social en la funcionalidad y calidad de vida en las personas mayores, de ahí la relevancia del presente estudio por lo cual se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influyen las redes de apoyo social en la funcionalidad física y calidad de vida de adultos mayores?

IV. HIPÓTESIS

Tomando en cuenta los estudios reportados sobre redes de apoyo social de tipo formal e informal en adultos mayores, suponemos que los que cuenten con un buen apoyo social mostrarán mayor funcionalidad física y percibirán mejor calidad de vida.

V. OBJETIVO

Determinar la influencia de las redes de apoyo social en la funcionalidad física y calidad de vida en adultos mayores.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico y comparativo.

VI.2 Universo de estudio

Se estudiaron 150 adultos mayores de la Ciudad de México.

VI.3 Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para muestras infinitas.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p q}{d^2}$$

$$p=0.1$$

$$\frac{(1.96)^2 (0.1) (0.9)}{0.05}$$

$$q=1-p=0.9$$

$$d=0.05$$

$$\frac{(3.8416) (0.1) (0.9)}{0.0025} = \frac{0.3457}{0.0025}$$

$$Z_{\alpha}=1.96$$

$$n= 138$$

I.4 Criterios de inclusión

Adultos mayores de 60 años y más

Adultos mayores sin distinción de sexo

Adultos mayores que cuenten con consentimiento informado

VI.5 Criterios de exclusión

Adultos mayores que no se les hayan aplicado todos los instrumentos.

Adultos mayores que no deseen participar.

VI.6 Variables

Independiente

- Redes de apoyo social

Dependientes

- Funcionalidad física
- Calidad de vida

Intervinientes

- Edad
- **Sexo**
- Estado civil

VI.6.1 Operacionalización de variables

Cuadro VI.1 Operacionalización de variable independiente.

Variable Independiente	Definición	Nivel de Medición	Categoría
			Puntaje de familiar RAS
Redes de apoyo social	Contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. Evaluado a través de la Escala de redes de apoyo social para adultos mayores.	Cualitativa ordinal	Puntaje de extrafamiliar RAS
			Puntaje de institucional RAS

Cuadro VI.6.2 Operacionalización de variables dependientes.

Variab les	Definición	Nivel de Medición	Categoría
Funcionalidad física	Capacidades físicas del individuo que le permiten llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Medida a través de la escala Barthel.	Cuantitativa discreta	Puntaje máximo 100 puntos.
		Cualitativa nominal	Independiente Dependiente
	Medida a través de la escala Rosow-Breslaw.	Cuantitativa discreta	Puntaje máximo 9 puntos.
		Cualitativa nominal	Independiente Dependiente
	Medida a través de la escala Nagi.	Cuantitativa discreta	Puntaje máximo 27 puntos
		Cualitativa nominal	Independiente Dependiente
	Medida a través de la escala Lawton y Brody.	Cuantitativa discreta	Puntaje máximo 21 puntos
		Cualitativa nominal	Independiente Dependiente

Cuadro VI.6.3 Operacionalización de variable dependiente.

VARIABLES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
Calidad de Vida	Percepción objetiva y subjetiva del cumplimiento de las expectativas que tiene el individuo respecto a su estado de salud, condiciones de vivienda, ambientales y bienestar.	Cualitativa ordinal	Baja: 26 a 60 puntos
			Promedio: 61 a 95 puntos
			Alta: 96 a 130 puntos

Cuadro VI.6.4 Operacionalización de variables intervinientes.

Edad	Edad que refiere el sujeto al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos.	Cualitativa nominal	Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado Unión libre

VI.7 TÉCNICAS

Se evaluarán 150 adultos mayores de la Ciudad de México previa firma del consentimiento informado, a los cuales se les aplicó a través de interrogatorio directo los siguientes instrumentos:

Para la evaluación de redes de apoyo social se utilizó:

Escala de redes de apoyo social para adultos mayores

- Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas, permite detectar el tipo de apoyo y grado de satisfacción de las redes de apoyo social, con el fin de fortalecerlas o complementarlas (Anexo 1).

Para la evaluación de la funcionalidad física se utilizaron los siguientes instrumentos:

Escala Barthel

- Es una escala que evalúa y monitoriza la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a través del tiempo.
- Evalúa la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como: baño, vestido, aseo personal, ir al sanitario, deambulación, traslado sillón-cama, subir escaleras, micción, deposición y alimentación. En total evalúa 10 capacidades físicas que dan un puntaje máximo de 100 puntos (Anexo 2).

Escala Rosow Breslaw

- Evalúa el tipo y grado de dependencia de los individuos en las actividades básicas de la vida diaria en su hogar y en la comunidad.
- Es un cuestionario que evalúa 3 capacidades físicas; trabajo familiar pesado, caminar (más de 1 km), subir y bajar escaleras (Anexo 3).

Escala Nagi

- Evalúa la capacidad funcional física de manera más precisa para establecer programas de prevención y rehabilitación en la comunidad.
- Es un cuestionario que evalúa la capacidad para realizar 9 actividades físicas; extender los brazos, permanecer sentado y parado por tiempo prolongado, mover objetos grandes, encorvarse, agacharse y arrodillarse (Anexo 4).

Escala Lawton y Brody

- Es un cuestionario que evalúa la capacidad de 7 actividades instrumentales de la vida diaria, como el uso del teléfono y del transporte, realizar compras, preparar sus alimentos, realizar los quehaceres del hogar, manejo de su medicación y del dinero (Anexo 5).

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el instrumento:

Calidad de vida de la OMS (WHOQoL breve en español)

- Determina la percepción de calidad de vida, tomando como indicadores a la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medioambiente. Se conforma por 2 apartados que en conjunto suman 26 reactivos en formato tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Las dos primeras preguntas corresponden a calidad de vida en general y percepción del estado de salud en general, con puntuación cada una de 1 a 5 puntos; las preguntas de la 3 a la 26 corresponden a 4 áreas: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medioambiente (Anexo 6).

VI.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS V.20.0.
- Frecuencias, porcentajes, promedios, desviación estándar, como prueba de comparación X^2 al 95% y como estimador de riesgo, razón de momios con un Intervalo de Confianza al 95%. Finalmente se realizó una prueba de correlación de Pearson.

VI.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El consentimiento informado fue firmado por los participantes y el responsable del estudio, con base en lo dispuesto en la Ley General de Salud y los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki (Anexo 7).

VII. RESULTADOS

Con respecto a las características sociodemográficas de la población de estudio, se encontró predominio del sexo femenino con un (66%), la edad promedio fue de 69 ± 7 años. El 35% de la población actualmente viven solos, el 31% comparte su casa con el conyugue o pareja, el 25% con el conyugue e hijos y solo el 7% vive solo.

Al evaluar a los adultos mayores se dividieron en quienes tienen amplias redes de apoyo 37(25%) y quienes tienen escasas redes de apoyo social 113(75%); la clasificación se determinó con base en el percentil 75 del instrumento Redes de Apoyo Social para adultos mayores. (Cuadro VII. 1).

En relación con la escala Barthel se detectó que los adultos mayores que tienen escasas redes de apoyo tienen riesgo de depender de alguien para realizar actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, asearse, ir al sanitario, deambular, trasladarse, subir escaleras; al relacionar la misma escala pero ahora con cada dimensión de las redes de apoyo encontramos que el no contar con apoyo familiar, extrafamiliar y poco contacto social constituyen factores de riesgo para que los adultos mayores sean dependientes de alguien para realizar actividades básicas de la vida diaria, (escaso apoyo familiar: $RM=3.25$ $IC_{95\%}=1.06-9.92$, $p= 0.03$), (escaso apoyo extrafamiliar $RM=2.64$ $IC_{95\%}=1.0-7.36$, $p= 0.05$); y contacto social ($RM=3.70$ $IC_{95\%}=1.0-13.0$, $p= 0.03$) (Cuadro VII. 2).

En la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de Lawton y Brody, se observó que el 64% de las personas evaluadas las realizan de manera independiente y el 36% son dependientes en alguna de las actividades instrumentales (uso de teléfono y del transporte, realizar compras, preparar sus alimentos, realizar los quehaceres del hogar, manejo de medicación y del dinero). También se encontró que los escasos de redes de apoyo social familiar y extrafamiliar constituyen un factor de riesgo para la afectación de las AIVD (familiar: RM= 3.32 IC_{95%} 1.19-9.22 p=0.01; extrafamiliar: RM=2.83, IC_{95%}1.08-7.36, p=0.02). Igualmente se detectaron como factores de riesgo para la dependencia de una o más AIVD, el escaso apoyo institucional (RM=6.96, IC_{95%} 1.57-30.7, p=0.004), el escaso contacto social (RM=5.02, IC_{95%} 1.44-17.5, p=0.006) y la insuficiente satisfacción del apoyo recibido (RM=2.70, IC_{95%} 1.03-7.03, p=0.03). (Cuadro VII. 3).

Con relación a la capacidad física evaluada con escala de Rosow, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de funcionalidad física con la cantidad, tipo y satisfacción de redes de apoyo social. (Cuadro VII. 4).

Al evaluar la funcionalidad física de la escala Nagi y la relación con las dimensiones de RAS, se detectó que las personas que tienen escaso apoyo extra familiar, 69% son independientes y 31% dependientes, diferencia estadísticamente significativa (RM de 3.70, IC_{95%} de 1.21-11.2, p=0.01); así mismo, para los que tienen escaso contacto social y escaso apoyo recibido, el 70% son independientes y el 30% dependientes, con una asociación estadísticamente significativa (RM de 3.85, IC_{95%} de 1.10-13.5 p= 0.02) y (RM de 2.95, IC_{95%} de 1-9.04, p=0.05) respectivamente. (Cuadro VII. 5).

Con la finalidad de determinar si existe una asociación correlacional entre las escalas de funcionalidad física evaluadas y las dimensiones de RAS se realizaron pruebas de correlación encontrando una asociación positiva y estadísticamente significativa en las dimensiones de RAS y la funcionalidad física de Barthel (apoyo familiar ($r=0.242$), apoyo extra familiar ($r=0.231$), satisfacción de apoyo ($r=0.238$), apoyo recibido ($r=0.265$), y contacto social ($r=0.341$); sin embargo para el apoyo institucional no se encontró relación. (Cuadro VII. 6)

Existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre las RAS y las siguientes AIVD de Lawton y Brody, apoyo familiar ($r=0.342$), apoyo extra familiar ($r=0.410$) apoyo social institucional ($r=0.168$), satisfacción de apoyo ($r=0.389$), apoyo recibido ($r=0.351$) y el contacto social ($r=0.457$). (Cuadro VII. 6).

En el caso de la asociación entre las RAS y las actividades físicas Rosow se encontró asociación positiva con una diferencia significativa en; apoyo familiar ($r=0.233$), apoyo extra familiar ($r=0.238$), satisfacción de apoyo ($r=0.225$), apoyo recibido ($r=0.226$) y el contacto social ($r=0.265$) (Cuadro VII. 6).

Con respecto a las RAS y la asociación que tiene con capacidad física de actividades avanzadas de Nagi, se observó que existe una asociación positiva con una diferencia significativa en: apoyo familiar ($r=0.312$), apoyo extra familiar ($r=0.441$), apoyo social institucional ($r=0.188$), satisfacción de apoyo ($r=0.402$), el apoyo recibido ($r=0.378$) y el contacto social ($r=0.417$). (Cuadro VII. 6).

Al evaluar la calidad de vida de los adultos mayores, en la dimensión de salud física se encontró que el 80% de los que tienen escasas redes perciben su calidad de vida como baja o promedio (RM de 2.66, IC_{95%}=1.17-6.03, p=0.01).

Así mismo, el 96% de los adultos mayores con escasas redes de apoyo perciben como baja o promedio la dimensión de aspectos psicológicos, lo que nos indica que existe un riesgo para experimentar sentimientos de tristeza, ansiedad y temor (RM de 30.9, IC_{95%}=3.66-685.36, p=0.000004); en el caso de la dimensión medio ambiente el 83% de la población de estudio la percibe como baja o promedio (RM de 3.37, IC_{95%} =1.48-7.66 p=0.03), es decir, presentan riesgo de no sentirse seguros en su vida diaria, no tener oportunidades para realizar actividades recreativas, falta de información para su vida diaria y no sentirse satisfechos con las condiciones del lugar donde viven. (Cuadro VII. 7)

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas de la población de estudio.

Variables	n	%
Sexo		
Mujeres	99	66
Hombres	51	34
Edad	69±7 años	
Estado Civil		
Con pareja	70	47
Sin pareja	80	53
Con quién vive		
Conyugue	46	31
Hijos	11	7
Ambos conyugue e hijos	15	10
Familiares	25	17
Solo	53	35
Amplias redes	37	25
Escasas de redes	113	75

n=150

Cuadro VII.2 Funcionalidad física Barthel relacionado con redes de apoyo social.

VARIABLE	Amplias redes n= (%)	Escasas redes n= (%)	RM	IC 95%	Valor de p
Apoyo familiar					
Independientes	31(89)	81(70)	3.25	1.06-9.92	*0.03
Dependientes	4(11)	34(30)			
Extra familiar					
Independientes	32(87)	80(71)	2.64	1.0-7.36	0.05
Dependientes	5(13)	33(29)			
Apoyo institucional					
Independientes	24(89)	88(72)	3.18	0.90-11.2	0.06
Dependientes	3(11)	35(28)			
Contacto social					
Independientes	27(90)	85(71)	3.70	1-1.3	*0.03
Dependientes	3(10)	35(29)			
Apoyo recibido					
Independientes	28(88)	84(71)	2.83	0.92-8.69	0.06
Dependientes	4(12)	34(29)			
Satisfacción de apoyo					
Independientes	31(86)	81(71)	2.52	0.90-7.05	0.07
Dependientes	5(14)	33(29)			

RM = Razón de momios, IC_{95%} = Intervalo de confianza al 95% *p<0.05

Cuadro VII.3 Funcionalidad física Lawton y Brody relacionado con redes de apoyo social.

VARIABLE	Amplias redes n= (%)	Escasas redes n= (%)	RM	IC 95%	Valor de p
Apoyo familiar					
Independientes	30(86)	74(64)	3.32	1.19-9.92	*0.01
Dependientes	5(14)	41(36)			
Extra familiar					
Independientes	31(84)	73(65)	2.83	1.08-7.36	*0.02
Dependientes	6(16)	40(35)			
Apoyo institucional					
Independientes	25(93)	79(64)	6.96	1.57-30.7	*0.004
Dependientes	2(7)	44(36)			
Contacto social					
Independientes	21(90)	77(64)	5.02	1.44-17.5	*0.006
Dependientes	3(10)	43(36)			
Apoyo recibido					
Independientes	26(81)	78(66)	2.22	0.84-5.83	0.09
Dependientes	6(19)	40(34)			
Satisfacción de apoyo					
Independientes	30(833)	74(65)	2.70	1.03-7.03	*0.03
Dependientes	6(17)	40(35)			

RM = Razón de momios, IC_{95%} = Intervalo de confianza al 95% *p<0.05

Cuadro VII.4 Funcionalidad física Rosow-Breslaw relacionado con redes de apoyo social.

VARIABLE	Amplias redes n= (%)	Escasas redes n= (%)	RM	IC 95%	Valor de p
Apoyo familiar					
Independientes	22(63)	62(54)	1.44	0.66-3.14	0.30
Dependientes	13(37)	53(47)			
Extra familiar					
Independientes	24(65)	60(53)	1.63	0.755-3.52	0.20
Dependientes	13(35)	53(47)			
Apoyo institucional					
Independientes	18(67)	66(54)	1.72	0.72-4.14	0.20
Dependientes	9(33)	57(46)			
Contacto social					
Independientes	21(70)	63(53)	2.11	0.89-4.98	0.80
Dependientes	9(30)	57(47)			
Apoyo recibido					
Independientes	22(69)	62(53)	1.98	0.86-4.55	0.10
Dependientes	10(31)	56(47)			
Satisfacción de apoyo					
Independientes	23(64)	61(54)	1.53	0.70-43.33	0.20
Dependientes	13(36)	53(46)			

RM = Razón de momios, IC_{95%} = Intervalo de confianza al 95% *p<0.05

Cuadro VII.5 Funcionalidad física Nagi relacionado con redes de apoyo social

VARIABLE	Amplias redes n= (%)	Escasas redes n= (%)	RM	IC 95%	Valor de p
Apoyo familiar					
Independientes	29(83)	82(71)	1.94	0.739-5.11	0.10
Dependientes	6(17)	33(29)			
Extra familiar					
Independientes	33(89)	78(69)	3.70	1.21-11.2	*0.01
Dependientes	4(11)	35(31)			
Apoyo institucional					
Independientes	23(85)	88(72)	2.28	0.737-7.09	0.10
Dependientes	4(15)	35(28)			
Contacto social					
Independientes	27(90)	84(70)	3.85	1.10-13.5	*0.02
Dependientes	3(10)	36(30)			
Apoyo recibido					
Independientes	28(88)	83(70)	2.95	1.0-9.04	*0.05
Dependientes	4(12)	35(30)			
Satisfacción de apoyo					
Independientes	29(81)	82(72)	1.61	0.64-4.00	0.30
Dependientes	7(19)	32(28)			

RM = Razón de momios, IC_{95%} = Intervalo de confianza al 95% *p<0.05

Cuadro VII.6 Correlación redes de apoyo social y funcionalidad física

	Barthel	Lawton y Brody	Rosow	Nagi
Apoyo familiar	.242*	.342*	.233*	.312*
	.003	.0001	.004	.0001
Apoyo extra familiar	.231*	.410*	.238*	.441*
	.004	.0001	.003	.0001
Apoyo social institucional	.138	.168*	.051	.188*
	.091	.040	.535	.021
Satisfacción de apoyo	.238*	.389*	.225*	.402*
	.003	.0001	.006	.0001
Apoyo recibido	.265*	.351*	.226*	.378*
	.001	.0001	.005	.0001
Contacto social	.341*	.457*	.265*	.417*
	.0001	.0001	.001	.0001

* Prueba de Correlación r de Pearson

Cuadro VII.7 Relación de las redes de apoyo social y calidad de vida por dimensión

VARIABLE	Amplias redes n= (%)	Escasas redes n= (%)	RM	IC 95%	Valor de p
Salud física					
Alta	14(40)	23(20)	2.66	1.17-6.03	*0.01
Baja y promedio	21(60)	92(80)			
Aspectos psicológicos					
Alta	8(22)	1(1)	30.9	3.66-685.3	*0.000004
Baja y promedio	29(78)	112(99)			
Relaciones sociales					
Alta	13(35)	24(21)	2.00	0.89-4.52	0.08
Baja y promedio	24(65)	89(79)			
Medio ambiente					
Alta	15(40)	19(17)	3.37	1.48-7.66	*0.03
Baja y promedio	22(60)	94(83)			

RM = Razón de momios, IC_{95%} = Intervalo de confianza al 95% *p<0.05

VIII. DISCUSIÓN

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento recomendó a los países miembros de la ONU, promover, difundir y potenciar el uso de las redes de apoyo social con la finalidad de mantener mayor funcionalidad física, mental y social, mayor productividad, mejor bienestar y calidad de vida para los adultos mayores⁷⁴.

Por su parte la CEPAL señala que en América Latina el estado se ha ido deslindando del cuidado y la atención de la población envejecida y el cuidado ha pasado a ser responsabilidad de las familias, lo cual hace visible la necesidad de que en un futuro inmediato la familia funja como el principal agente proveedor de apoyo y cuidado hacia las personas mayores, de ahí la relevancia de contar con este tipo de apoyo, pues según estudios realizados, los ancianos consideran que es la más importante red de apoyo social y con la que refieren sentirse más satisfechos¹⁸.

Por lo anterior, es fundamental proveer a los mayores de apoyos y contactos sociales que les ayuden a envejecer en las mejores condiciones posibles. En este sentido Pelcastre 2011², señala que los adultos mayores que viven acompañados y reciben apoyo informal, refirieren una mejor experiencia de envejecimiento. De ahí la necesidad de contar en cualquier etapa de la vida con redes sociales ya que son un apoyo importante en la salud y bienestar, en particular en la vejez para que esta población tenga la posibilidad de vivir digna y plenamente, así como de alcanzar más años de vida saludables y activos¹⁷.

Por otra parte, es importante señalar que en México son escasos los estudios sobre la influencia de las redes de apoyo en la funcionalidad física y calidad de vida en las personas mayores de ahí la relevancia de continuar realizando estudios al respecto¹⁴.

En relación a los resultados obtenidos en este estudio, al analizar las características de la población se observó un predominio del sexo femenino (66%), lo cual es similar a lo que reporta la encuesta del estudio multicéntrico sobre salud, bienestar y envejecimiento (Encuesta SABE) realizado en 7 países de América Latina, en la que refiere que existe un mayor número de mujeres debido a que la esperanza de vida es mayor que la de los hombres, lo cual señala la OPS, y enmarca la feminización del envejecimiento en casi todos los países del mundo ⁴⁷. El aumento en la esperanza de vida permite especialmente a las mujeres, la convivencia con sus hijos y los nietos en la etapa de niños, adolescentes, jóvenes e incluso como padres y madres y esto genera un intercambio mutuo de apoyo que beneficia ampliamente al adulto mayor en su bienestar y calidad de vida⁷⁸.

Al evaluar la variable con quién viven los adultos mayores se observó que el 35% de los participantes viven solos, lo cual tiene similitud con lo que ocurre en la mayor parte de los países de América Latina, donde han ocurrido cambios importantes en los tipos de familia, observándose con más frecuencia familias nucleares, monoparentales, aumento en la proporción de uniones consensuales y altas tasas de divorcio, menor responsabilidad económica de los hijos o migración por mejores condiciones laborales. Esto genera que no haya una solidaridad intergeneracional, limitando los contactos y apoyos para los adultos mayores lo que conlleva a que se debiliten las redes de apoyo informal y se incremente el número de personas que viven solas ⁷⁹⁻⁸¹. Sin embargo, investigaciones realizadas por Montes de Oca afirman que vivir bajo un mismo techo y contar con la compañía de algún miembro de la familia o del conyugue es fuente de bienestar y seguridad, pues mientras más extensa y diversa sea la red de apoyo familiar, su eficacia será mayor, además de reducir el riesgo de mortalidad ⁸⁰.

Al analizar las redes de apoyo social de los adultos mayores, se encontró que sólo el (25%) cuenta con amplias redes y (75%) tiene escasas redes, lo cual evidencia que tal condición traerá repercusiones en su funcionalidad física, bienestar y calidad de vida y más aún cuando encontramos que hay escasa satisfacción con la cantidad o la calidad del apoyo social recibido se incrementa la vulnerabilidad para la presencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones por la falta de control y adherencia terapéutica⁸². Un estudio realizado por Trento en el 2007⁸⁶ cuyo objetivo fue determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia en pacientes no insulino dependientes, encontró que el apoyo familiar que recibe el paciente se asocia con una glicemia menor de 140 mgs/ dl.

Acuña, et al en 2009⁸⁹ realizaron un estudio en México donde describen las funciones de las redes de apoyo en el adulto mayor y encontraron que el poseer diversas redes de apoyo mantiene su salud. Esto puede estar sustentado en que a través de las redes de apoyo se dan los intercambios o interconexiones entre las personas, que pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros de acuerdo con las necesidades de las personas, pero que finalmente constituyen contactos y apoyos que van a beneficiar a las personas mayores con enfermedades y los cuales son esenciales en la vejez.

En un estudio realizado en Cuba 2013⁴¹ se observó que la mayoría de la muestra investigada recibe apoyo principalmente emocional (95%), instrumental (81%) y cognitivo (94.5%).

La literatura señala que cuando las personas mayores necesitan apoyo, generalmente lo reciben del conyugue, un hijo(a), otros familiares y por ultimo de las instituciones⁸³. Sin embargo la red o apoyo institucional para las personas que envejecen son fundamentales y son complementarias con la red de apoyo familiar y extra familiar, pues está demostrado que

entre mayor número de redes y apoyos tengan los adultos mayores, tendrán mejor salud, funcionalidad, bienestar e independencia y por lo tanto serán más autónomos y productivos⁸⁴. Al respecto “La OMS en 1984 estableció como un estado aceptable de salud para el adulto mayor, la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, asimismo que sea capaz de realizar de manera independiente sus actividades de la vida diaria”⁴.

Sin embargo, en este estudio se encontró que los adultos mayores siguen teniendo escaso apoyo en lo que respecta a la escala Barthel en las dimensiones; familiar (RM=3.25 IC_{95%}=1.06-9.92, p= 0.03), extrafamiliar (RM=2.64 IC_{95%} =1.0-7.36, p=0.05) y escaso contacto social (RM=3.70 IC_{95%}=1-13, p= 0.03), lo que evidencia riesgo de depender de alguien para realizar actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, asearse, ir al sanitario, deambular, trasladarse, subir escaleras y alimentarse, lo cual es similar con el estudio realizado en Jalisco en 2015⁷³, donde se observó que el 72% de la población estudiada presento algún grado de dependencia funcional.

Está demostrado que a mayor edad, los adultos mayores presentan mayor grado de alteraciones en la funcionalidad física y esto puede limitar el intercambio entre los apoyos que él pueda brindar y los que puede recibir, va a depender también de las condiciones de salud, funcionalidad y recursos que tenga⁷⁸.

Sin embargo, es importante resaltar que las redes de apoyo no deben anular la actividad individual ni suprimir el protagonismo de las personas en la construcción de independencia y toma de decisiones para definir sus propios rumbos y mantenerse activo en todos los ámbitos, sino que deben potencializar las habilidades de las personas mayores lo cual pueda redundar en su bienestar y calidad de vida⁷⁹.

Uno de los hallazgos más relevantes de éste estudio está relacionado con la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody y la relación con los escasos apoyos familiares ($R=3.32$ $IC_{95\%}=1.19-9.92$ $p=0.01$), apoyo extra familiar ($R=2.83$ $IC_{95\%}=1.08-7.36$, $p=0.02$), apoyo institucional ($R=6.96$, $IC_{95\%}=1.57-30.7$, $p=0.004$), contactos sociales ($R=5.02$, $IC_{95\%}=1.44-17.5$, $p=0.006$) y el grado de satisfacción ($R=2.70$, $IC_{95\%}=1.03-7.03$, $p=0.03$) que tienen los adultos mayores y constituyen un factor de riesgo de depender de alguien para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, tales como manejar dinero, realizar compras, realizar quehaceres pesados y ligeros, manejar medicamentos, lo que es similar con lo revelado en la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor dependiente, donde el tipo de actividad en la cual demandan mayor ayuda es en las actividades instrumentales de la vida diaria. Así también las AIVD se afectan más tempranamente que las ABVD, y son actividades con mayor grado de complejidad que necesitan uso de la memoria y de cálculo por parte del individuo⁷²⁻⁸¹.

En relación a la escala de Rosow-Breslaw es importante resaltar que no se encontraron resultados estadísticamente significativos, lo cual se puede relacionar con lo encontrado en la ENASEM en 2012, quien reportó que sólo un 13% de los adultos mayores Mexicanos tienen al menos una limitación en ABVD y 26% no realiza este tipo de actividades, por temor a caídas o dolores musculo esqueléticos⁸⁵.

Así mismo, al evaluar la funcionalidad física de los adultos mayores con la escala de Nagi se encontró que los que tienen escaso apoyo; extra familiar ($R=3.70$, $IC_{95\%}=1.21-11.2$, $p=0.01$), contacto social (RM de 3.85, $IC_{95\%}=1.10-13.5$, $p=0.02$), escaso apoyo recibido (RM=2.95, $IC_{95\%}=1-9.04$, $p=0.05$) tienen riesgo de ser dependientes para realizar actividades como

levantar objetos pesados (menor o mayor a 5 Kg), levantar los brazos, agacharse, encorvarse o arrodillarse, resultado que es similar a lo encontrado en un estudio realizado por Elosúa 2010⁴⁵ donde comprobó que la salud se determinaba en gran medida por el apoyo familiar y social, por la autonomía para realizar actividades de la vida diaria, si estos elementos permanecen constantes se puede tener bienestar y calidad de vida.

En cuanto a la evaluación de la calidad de vida, se encontró relación entre tener escasas redes y la salud física ($R=2.66$ $IC_{95\%}=1.17-6.03$, $p=0.01$), los aspectos psicológicos con una ($RM=30.9$, $IC_{95\%}= 3.66-685.3$, $p=0.000004$), lo cual coincide con lo reportado por Synder⁴⁷ donde señala que contar con redes de apoyo social es vital en el proceso de envejecimiento ya que esto ayuda a los adultos mayores a lidiar con sus enfermedades y problemas emocionales.

En este sentido, otro estudio realizado por Flores Bello en la Ciudad de México 2015⁹⁰ dentro de sus hallazgos observó que el estado de salud es una determinante para percibir su calidad de vida como satisfactoria, pues los adultos mayores muestran mejor control de su enfermedad ($RM=0.1$, $IC_{95\%} 0.02-0.36$, $p=0.001$)

Por otra parte sabemos que la vivienda proporciona la estructura básica de confort y seguridad para los adultos mayores. Al analizar la dimensión medio ambiente se encontró que las personas que cuentan con pocas redes perciben su medio ambiente como promedio o bajo. Por su parte la OMS ha propuesto iniciativas para mejorar la vivienda y los entornos (Vivienda saludable, barrio saludable) para las personas mayores, lo cual promueve el fortalecimiento de actividades en el ámbito de la vivienda y su medio ambiente para la protección de la salud⁷².

En este sentido es fundamental promover y difundir programas educativos a nivel hospitalario y comunitario para fomentar el uso de las redes de apoyo social. De ahí que es imprescindible

que los profesionales en salud en especial el profesional de enfermería como piedra angular dentro del equipo de salud, potencie e incremente acciones que fortalezcan las redes formales e informales, pues estas contribuirán a que los adultos mayores mantengan una buena salud, funcionalidad física y con ello perciban como alta su calidad de vida⁵³.

IX. CONCLUSIONES

Hipótesis

Tomando en cuenta los estudios reportados sobre redes de apoyo social de tipo formal e informal en adultos mayores, suponemos que los que cuenten con un buen apoyo social mostrarán mayor funcionalidad física y percibirán alta su calidad de vida.

Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren que el contar con escaso contacto social constituye un factor de riesgo de dependencia para los adultos mayores al realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y perciben su calidad de vida como baja o promedio en la salud física, aspectos psicológicos y medio ambiente.

X. PERSPECTIVAS

-Es necesario continuar con ésta línea de investigación, realizar más estudios enfocados a la influencia y el impacto de las redes de apoyo social en los adultos mayores, así como difundir los resultados obtenidos, pues permitirá a los profesionales de la salud identificar la importancia del uso de las redes de apoyo social para ayudar a mantener la funcionalidad, bienestar y calidad de vida en esta etapa de la vida, así mismo a establecer programas de intervención con el apoyo de sus redes sociales que impacten en la funcionalidad física y calidad de vida de la población adulta mayor.

-Se sugiere que se realicen estudios en población rural y urbana sobre la influencia de las redes de apoyo social en la salud, funcionalidad física y calidad de vida en personas mayores para tener resultados más concluyentes.

XI.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

-El tamaño de la muestra de los grupos en estudio no fue del todo homogénea en cuanto a los sujetos que tienen amplias y escasas redes, por lo que es importante homogenizar la muestra para obtener resultados del todo concluyentes.

XII. REFERENCIAS

1. Mendoza-Núñez VM, Maldonado-Martínez ML. Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Gutiérrez RLM, Kershenobich SD. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM; 2012. p. 261-274.
2. Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes. México: FES Zaragoza, UNAM; 2004. p. 5-12.
3. Consejo Nacional de Población. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Crecimiento poblacional futuro [monografía en internet]. México: SEGOB-CONAPO; 2014. [Consultado Febrero 2015]. Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf
4. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Salud Pública Panamá [Revista en internet]. 2012 [Consultado Febrero 2015]; 17(5/6): 307-22. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500003
5. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, División de Población CEPAL. El proceso de envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe. En: UN. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas; 2009. p. 13-18.
6. Toepoel V. Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People?. Soc. Indic. Res. Canadá. [Revista en internet]. 2013 [Consultado Marzo 2016]; 113:355-72. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696179/>
7. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León DEM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Salud Pública Panamericana. [Revista en internet]. 2005

- [Consultado Febrero 2015]; 17 (5/6): 353-61. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
8. Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Serrano-Márquez M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Salud Pública Rio de Janeiro*. [Revista en internet]. 2011 [Consultado Febrero 2015]; 27(3):460-70. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n3/07.pdf>
 9. Cardona D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte Barranquilla Colombia*. [Revista en internet]. 2012 [Consultado Febrero 2015]; 28 (2): 335-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a15.pdf>
 10. Cruz MA. En México sufren de maltrato hasta 40% de adultos mayores, aseguran expertas. *La jornada*. 16 de junio 2016; p. 35 Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2016/06/16/sociedad/035n1soc>
 11. Fernández BR. *La psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada*. España: Universidad Autónoma de Madrid, Pirámide; 2008. p. 20-32.
 12. Hamm-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud pública México*. [Revista en internet]. 1996 [Consultado Febrero 2015]; 38 (6): 409-18. Disponible en : <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/viewFile/5953/6765>
 13. Garay VS, Montes de oca V, Macinas ES. ¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor. En: Gutiérrez RLM, Kershenobich SD. *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: UNAM; 2012. p. 152-56.
 14. Panillos PY, Prieto SE, Herazo BY. Nivel de participación en actividades sociales y recreativas de personas mayores en Barranquilla, Colombia. *Salud pública*. [Revista en internet]. 2013 [Consultado Febrero 2015]; 15(6): 850-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751005>
 15. Puga C, Peschard J, Castro T. *Sociología y sociedad*. En: Puga C, Peschard J, Castro T. *Hacia la sociología*. México: Pearson; 2007. p. 5-10.

16. Montes de Oca ZV. El envejecimiento en México: un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores [Tesis doctoral]. México; 2001.
17. Montes de Oca ZV, Macedo de la Concha L. Las redes sociales como determinantes de la salud. En: Gutiérrez RLM, Kershenobich SD. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM; 2012. p. 165-69.
18. Arronte RA, Beltrán CN, Correa ME, Martínez ML, Mendoza VN, Rosado JP, et al. Manual para la Evaluación Gerontológica Integral en la comunidad 2da. México: FES ZARAGOZA, UNAM; 2008. p. 153-60.
19. Montes de Oca ZV. Cuidados y servicios sociales frente a la dependencia en el marco de envejecimiento demográfico en México. En: Huenchuan S, Rodríguez RI. Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Naciones Unidas. p. 169-76.
20. Jáuregui OB, Poblete TE, Salgado SV. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En: Salgado SN, Wong R. Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. México: CONACYT-SALUD; 2006. p.85-95.
21. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia psicológica Chile [Revista en internet]. 2012 [Consultado Febrero 2015]; 30 (2): 23-29 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>
22. Consejo Nacional de Población. Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México. México: 2011 [Consultado Febrero 2015]
23. Wong R. Marco conceptual para estudiar envejecimiento en México urbano. En: Salgado SN, Wong R. Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. México: CONACYT-SALUD; 2006. p. 25-36.
24. Angarita VOM, González EDS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería global. [Revista en internet]. 2009 [Consultado Marzo 2016]; 8(2): p. 1-5. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision2.pdf>

25. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. En: Simposio Viejos y Viejas. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del estado, la familia y la comunidad. Chile: CEPAL; 2012. p. 157-165.
26. Acuña GM, González CR. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. [Revista on-line]. 2010 [Consultado Febrero 2015]; 2 (2): 71-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720007>
27. Huenchuan S. ¿Qué más puedo esperar a mi edad? Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En: Huenchuan S, Rodríguez RI. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: 2014. p. 153-60.
28. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental España*. [Revista en internet]. 2002 [Consultado Febrero 2015]; 25(2): 32-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58222505.pdf>
29. Panohaya HA. *Redes de apoyo social en pacientes adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 21* [Tesis de especialidad]. México: Posgrado UNAM; 2014.
30. Jáuregui OB, Poblete TE, Salgado SV. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En: Salgado SN, Wong R. *Envejecimiento, pobreza y salud en una población urbana*. Chile: 2015
<http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/BV0025poblacionurbanaWong.pdf>
31. Louro BI. La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cubana salud Pública* [Revista en internet]. 2003 [Consultado Abril 2015]; 29: 48-51.
32. Instituto Nacional de Estudios sobre la familia. *La familia como agente de salud. La familia como principal red de protección para cubrir las necesidades de las personas en situación de dependencia*. España: 2012. p.2-10. Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe2012.pdf>

33. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, División de Población CEPAL. Características de los hogares de las personas de edad. En: El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Chile: Naciones Unidas; 2009. p.36-8.
34. Pinillos-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Salud pública [Revista en internet]. 2012 [Consultado Marzo 2015]; 14(3): 438-47. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>
35. Ávila TJ. Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y la calidad de vida. Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología [Revista en internet]. 2009 [Consultado Marzo 2015]; 2(2): 65-73.
36. Fernández-Ballesteros R. En: Zarco P, Martínez JM. Corazón, cerebro y envejecimiento. España: Triacastela; 2002. p. 35-53.
37. Gobierno Federal SEDESOL. Por una cultura del envejecimiento. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; 2010. p. 11-20.
38. Ellwardt L, Creswell JD, Van TT, Aartsen M, Wittek R, Steverink N. Personal Networks and mortality Risk in older adults: A twenty-year Longitudinal Study. Plos ONE [Revista on-line]. 2015 [Consultado Abril 2015]; 10(3): 1-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4348168/>
39. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud pública México [Revista en internet]. 2007 [Consultado Febrero 2016]; 49:437-45. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a02.pdf>
40. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. Notas de población [Revista en internet]. 2003; 29(77):35-45.

41. Proenza RZ. El sistema de apoyo formal para los adultos mayores en el municipio Camagüey. *Novedades de la población* [Revista en internet]. 2013 [Consultado Febrero 2015]; (17):24-37. Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/24-37.pdf>
42. Salgado-Snyder NV, González-Vázquez TT, Jáuregui-Ortiz B, Bonilla-Fernández P. No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud. *Salud pública de México* [Revista en internet]. 2005 [Consultado Mayo 2015]; 47(4):294-301.
43. Murad Saad P. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el caribe: estudio comparativo de encuesta. En: Bravo J, Chackiel J, Guzman JM, Sanchez R, Schkolnij S. *Notas de población* [Revista en internet]. 2003; p.175-85.
44. Begum AF. Género, envejecimiento y políticas con enfoque de derechos humanos. En: Huenchuan S, Rodríguez RI. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: 2014. p. 235-45.
45. Jiménez R. Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma. La cultura de la dependencia por sobre la autonomía personal. En: Huenchuan S, Rodríguez RI. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: 2014. p.77-80.
46. Mendoza-Nuñez VM. Funcionalidad. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. *Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria*. México: FES Zaragoza, UNAM; 2013. p. 351-56.
47. Pedrero NL, Pichardo FA. Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. En: González MF, Pichardo FA, García L. *Geriatría*. México: Interamericana; 2009. p. 32-53.
48. Curcio BC. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. Hacia la promoción de la salud. [Revista en internet]. 2008 [Consultado Diciembre 2015]; 13: 52-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126690004>
49. Manrique EB, Salinas RA, Moreno TK, Téllez RM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud*

- Pública México [Revista en internet]. 2011 [Consultado Marzo 2015]; 53: 26-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n1/05.pdf>
50. Proyecciones de la población de México 2005-2050 [Página de internet]. México: CONAPO [Consultado Enero 2015]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>
51. Díaz TV, Díaz TI, Rijas CG, Novogrodsk R. Evaluación geriátrica en la atención primaria. Rev. Med Chile [Revista en internet]. 2003 [Consultado Julio 2016]; 131: 895-901 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n8/art09.pdf>
52. Gutiérrez RL, Caro LE. Recomendaciones para la acción propuesta para un plan de acción de envejecimiento Saludable. En: Gutiérrez RM, Kershenobich SD. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM; 2012. p. 321-25.
53. García-Madrid G, Landeros-Olvera E, Arrijoa-Morales G, Pérez-Garcés AM. Funcionalidad familiar y capacidad física de adultos mayores en una comunidad rural. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. [Revista en internet]. 2007 [Consultado Julio 2016]; 15:21-26.
54. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud [Monografía en internet]; 2015 [Consultado Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
55. García MG, Landeros OE, Arrijoa MG, Pérez GA. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Enfermería Inst. Mex. Seguro Soc. [Revista en internet]. 2007 [Consultado Febrero 2015]; 15 (1): 21-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071d.pdf>
56. Pardo MP, Moreno MJ, Belando PN, Orquin CF. Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. Cuadernos de psicología del deporte [Revista en internet]. 2015 [Consultado Marzo 2016]; 14: 149-56.
57. Levasseur M, Génereux M, Bruneau JF, et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. BMC Public Health [Revista on-line]. 2015

- [Consultado Diciembre 2015]; 15(4): 2-19. Disponible en:
file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/12889_2015_Article_1824.pdf
58. González RA. La autoeficacia en las actividades cotidianas. En: Gutiérrez RI, Kershenobich SD. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM; 2012. p.179-882.
 59. López OM. Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación de México. En: Gutiérrez RL, Kershenobich SD. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM; 2012. p. 221-22.
 60. Aosta QC, González-Celis RA. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: experiencia de dos grupos focales. Enseñanza e investigación en psicología [Revista en internet]. 2010 [Consultado Junio 2015]; 15(2):394-401.
 61. Bejarano E. Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. Rev Multidisciplinaria de Gerontología [Revista en internet]. 2005 [Consultado Junio 2015]; 15 (3): 144-54.
 62. Aguilar MJ, Álvarez J, Lorenzo JJ. Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo adulto y envejecimiento. Revista de psicología [Revista en internet]. 2011 [Consultado Junio 2015]; 4: 161-68.
 63. Salgado-Synder VN, González VT, Juaregui OB, Bonilla FP. “No hacen viejos los años, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales. Salud pública de México [Revista en internet]. 2005 [Consultado Junio 2015]; 47 (4): 294-302.
 64. Orley J, Saxena S. La gente y la salud ¿Qué calidad de vida?. En: Foro Mundial de la Salud. Suiza: 1996. p. 385-87.
 65. Fernández AR, Manrique A. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería global [Revista en internet]. 2010 [Consultado Febrero 2015]; (19):1-7.
 66. Villavicencio FM, Cervantes CG, Cruz AM, Cerquera CM. Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor. En: Villavicencio FM, Vega LM, González PG.

- Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia. México: Universidad de Guadalajara; 2011. p.89-91.
67. González VTT, Salgado SVN. El bienestar subjetivo y la salud en los adultos mayores de zonas urbanas empobrecidas de cuatro ciudades de México. En: Salgado SN, Wong R. Envejecimiento, pobreza y salud en una población urbana. México: CONACYT-SALUD; 2006. p. 97-99.
68. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex. [Revista en internet]. 2002; 44:349-61. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
69. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev Med Chile [Revista en internet]. 2011; 139:106-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n8/art05.pdf>
70. Estrada A. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica [Revista en internet]. 2011; 31:492-502. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/843/84322449004.pdf>
71. Torres HM, Quezada VA, Rioseco HR, Ducci VM. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Revista Médica [Revista en internet]. 2008; 13(6): 325-33.
72. Robinson RF. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Rev. Colombiana de Cardiología [Revista en internet]. 2007;14 (4): 207-9.
73. Domínguez AC. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. Índex Enferm [Revista en internet]. 1998; 23: 15-21. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/16213324.pdf>
74. Anzola PE. Servicios para la atención de los adultos mayores. En: Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. OPS; 1993. p. 69-74.
75. Anzola PE. Enfermería gerontológica. En: Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. OPS; 1993. p. 35-42.

76. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* [Revista en internet]. 2003; 9 (2): 9-21. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
77. Correa-Muñoz E. La enfermera en la comunidad. En: Martínez-Arronte F editor. *Tópicos de gerontología*. México: FES Zaragoza UNAM. 2004. p.183-89.
78. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. *Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial* [Monografía en internet]. 2002 [Consultado Julio 2015].
79. Uribe DP. Modernidad contexto de la conformación de hogares unipersonales. *Tend retos*. 2010; 15: 57-68.
80. Bronfman, M, Tuiran R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Chile: CELADE; 1992: 7-50.
81. Pérez PA. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Universidad de Salamanca; 2015. p. 201-210
82. Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA. Análisis y difusión de resultados científicos. México: UNAM. 2013. p.261-74.
83. Mendoza-Núñez VM, Romo-Pinales M, Sánchez-Rodríguez MA, Hernández-Zavala M. Investigación introducción a la metodología. México: UNAM. 2011. p. 58-132
84. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMP. *Metodología de la investigación*. 5ed. Mc Graw Hill. 2010. p. 510-526.
85. López OM. Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México. En: Gutiérrez RM, Kershobich SD. *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: UNAM; 2012. p. 215-30.
86. Trento M, Tomelini M. The locus of control in patients with type 1 and type 2 diabetes management by individual and group care. *Diabetic medicine* 2007; 25:86-91.
87. Elousa P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Esp Gerontol* 2010; 5(2): 67-71.

88. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML. Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Gutiérrez RM, Kershenobich SD. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM; 2012. p. 261-275.
89. Acuña-Gurrola MR, Hernández-Pozo MR. Reflexiones sobre la investigación actual de redes de apoyo social en adultos mayores. Journal of Behavior, health & Social Issues 2009 [Consultado 9 de octubre 2015]; Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=282221718007>.
90. Flores BC. Factores asociados al control de Diabetes Mellitus tipo 2 en una población de adultos mayores. México: UNAM. 2016. p.66-77

ANEXOS



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A * UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____

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

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

* ¿Cuál(es)? _____

** ¿Cuál(es)? _____

RED INFORMAL FAMILIAR (Marque con una X el número correspondiente).

Cónyuge 1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	No lo(a) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ³ (1)	Apoyo Material ⁴ (1)	Apoyo Informativo ¹ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (²)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Materia ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a)	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0

¹ **Apoyo informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencias.

² **Apoyo emocional:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

³ **Apoyo instrumental:** Cuidado, transporte, labores del hogar.

⁴ **Apoyo material:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)				
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

I. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR

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

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
---	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Apoyo comunitario

1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo. (0)		Menos de una vez al mes. (1)		1 o dos veces al mes. (2)		1 vez a la semana o más. (3)	
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) apoyo que le proporciona el grupo con el que acude?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

II. RED FORMAL INSTITUCIONAL

Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

Observaciones:

_____ Supervisor(a): _____

Evaluador(a):



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES
FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Folio: _____

Nombre: _____

FAMILIAR			EXTRAFAMILIAR			INSTITUCIONAL			TOTAL	
<i>Contacto social</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Contacto social</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Contacto social</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Contacto social</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma						<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Apoyos recibidos</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma						<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Satisfacción de apoyos recibidos</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma						<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Total apoyo familiar</i>	<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>	<i>Total apoyo extrafamiliar</i>	<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>	<i>Total apoyo social institucional</i>	<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>		
Puntaje Global							<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>		

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.

*Fuente: Este instrumento fue desarrollado y validado por la Unidad de Investigación en Gerontología.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

	Fecha				
Baño 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc.) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total					
Vestido 10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar la ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total					
Aseo personal 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total					

<p>Ir al sanitario</p> <p>10. Independiente</p> <p>8. Supervisión</p> <p>5. Moderada ayuda</p> <p>2. Continua ayuda</p> <p>0. Dependencia total</p>					
<p>Deambulaci3n</p> <p>15. Independiente</p> <p>12. Supervisi3n continua o no camina m3s de 50 m</p> <p>8. Ayuda de una persona (ocasional)</p> <p>3. Ayuda continua de una o m3s personas</p> <p>0. Dependiente</p>					
<p>Traslado sill3n-cama</p> <p>15. Independiente</p> <p>12. Supervisi3n</p> <p>8. Ayuda ocasional de una persona</p> <p>3. Ayuda continua (colabora algo)</p> <p>0. Ayuda de dos personas (no colabora)</p>					
<p>Escaleras</p> <p>10. Independiente (al menos sube un piso)</p> <p>8. Supervisi3n ocasional</p> <p>5. Supervisi3n continua o ayuda ocasional</p> <p>2. Ayuda continua</p> <p>0. Incapaz de subir escaleras</p>					
<p>Incontinencia urinaria</p> <p>10. Continente e independiente</p> <p>8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día)</p> <p>5. Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc.</p> <p>2. Incontinente día y noche (algunas veces controla la micci3n)</p> <p>0. Incontinente y dependiente (utiliza sonda vesical)</p>					

<p>Incontinencia fecal</p> <p>10. Continente e independiente</p> <p>8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día)</p> <p>5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal)</p> <p>2. Incontinencia frecuente (algunas veces controla la evaluación)</p> <p>0. Incontinencia y dependencia total</p>					
<p>Alimentación</p> <p>10. Independiente</p> <p>8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve</p> <p>5. Come solo con supervisión</p> <p>2. Ayuda de otra persona (puede comer algo)</p> <p>0. Dependiente</p>					
<p>TOTAL</p>					

Fuente: Shah S, et al. J Clin Epidemiol 1989; 42 (8):703-709.

Observaciones:

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____

Anexo 3



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE ROSOW-BRESLAW

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

ACTIVIDAD	LA PUEDE REALIZAR SIN AYUDA	REALIZA AGUNAS TAREAS O REQUIERE AYUDA	NO LA PUEDE REALIZAR
1. Capacidad de realizar trabajo familiar pesado (lavar ropa, limpiar los pisos, limpieza de cocina y baño, limpieza de recámaras, barrer, arreglar el jardín.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Capacidad de caminar un kilómetro (10 cuadras aproximadamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacidad de subir y bajar escaleras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Rosow & Breslaw et al. J Gerontology 1966; 21: 556- 559.

Trabajo familiar pesado			Caminar un Km			Subir y bajar escaleras		
SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO
3	2	1	3	2	1	3	2	1

SI = Capaz de realizarlo sin dificultad; DIF = Capaz de realizarlo con dificultad, parcialmente o con ayuda; NO = No es capaz de realizarlo

Puntaje total: _____

Observaciones:

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____

Anexo 4

ACTIVIDAD	CAPAZ DE REALIZARLA SIN DIFICULTAD	CAPAZ DE REALIZARLA CON DIFICULTAD	NO LA REALIZA
1. Extender los brazos por debajo de los hombros. (Demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Extender los brazos por arriba de los hombros. (Demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Levantar objetos de un peso menor de 5 Kg. (Demostrativo, de 2 a 4 kg aproximadamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Permanecer sentado por más de una hora. (Autoreporte, no es demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos. (Demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Permanecer parado por más de 15 minutos. (Autoreporte, no es demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mover objetos grandes. (Autoreporte, no es demostrativo: sillas, muebles, cajas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg. (Demostrativo, máximo 10 Kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Encorvarse, agacharse y arrodillarse. (Demostrativo, si no puede, no forzar la ejecución)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Nagi SE. Milbank Mem Fund Q Health a Society 1976: 54 (4): 439 – 468.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____ Calificación

1			2			3			4			5			6			7			8			9		
SI 3	DIF 2	NO 1																								

SI = Capaz de realizarlo sin dificultad DIF = Capaz de realizarlo con dificultad NO = No es capaz de realizarlo Puntaje total _____

Observaciones:



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY.

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	CON ASISTENCIA	DEPENDIENTE
1. TELÉFONO.	Capaz de identificar los números y marcar, hacer y recibir llamadas sin ayuda. <input type="checkbox"/>	Capaz de responder el teléfono, marcar un número en caso de urgencia, pero necesita ayuda para marcar algún número en particular. <input type="checkbox"/>	Incapaz de usar el teléfono. <input type="checkbox"/>
2. TRANSPORTE.	Capaz de conducir su propio auto o viajar solo en autobús o taxi. <input type="checkbox"/>	Capaz de viajar en autobús o taxi, pero acompañado. <input type="checkbox"/>	Incapaz de viajar en autobús o taxi. <input type="checkbox"/>
3. COMPRAS.	Realiza todas las compras con independencia. <input type="checkbox"/>	Realiza todas las compras pero necesita que lo acompañen. <input type="checkbox"/>	Incapaz de realizar sus compras. <input type="checkbox"/>
4. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.	Planea, prepara y sirve los alimentos (adecuadamente) solo. <input type="checkbox"/>	Capaz de preparar comidas sencillas, pero no puede cocinar todos los alimentos solo. <input type="checkbox"/>	Incapaz de preparar cualquier alimento. <input type="checkbox"/>

5. QUEHACERES DEL HOGAR.	Capaz de hacer quehaceres del hogar pesados como fregar los pisos. <input type="checkbox"/>	Capaz de realizar quehaceres del hogar ligeros (lavar medias o calcetines), pero necesita ayuda con las tareas pesadas. <input type="checkbox"/>	Incapaz de llevar a cabo cualquier quehacer del hogar. <input type="checkbox"/>
6. MEDICACIÓN.	Capaz de tomar sus medicamentos en la dosis y tiempos correctos. <input type="checkbox"/>	Puede tomar sus medicamentos, pero necesita que se lo recuerden o que alguien se los prepare. <input type="checkbox"/>	No puede responsabilizarse de sus medicamentos. <input type="checkbox"/>
7. MANEJO DE DINERO.	Maneja los asuntos de dinero con independencia (cobra, elabora cheques, realiza pagos en el banco, realiza sus compras.) <input type="checkbox"/>	Puede realizar sus compras cotidianas, pero necesita ayuda para elaborar cheques o cualquier trámite de banco y pago de servicios. <input type="checkbox"/>	Incapaz de manejar su dinero. <input type="checkbox"/>

Fuente: Lawton and Brody. Gerontologist 1969; 179 – 186.

Calificación

1			2			3			4			5			6			7		
I 3	A 2	D 1																		

I = Independiente A = Con Asistencia. D = Dependiente

PUNTAJE TOTAL _____

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL*²

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha _____ de nacimiento

Sexo: _____ Fecha _____ de aplicación:

Nivel más alto de estudios (marque con una x)	Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior
No. de años de escolaridad (anote el número)					

Estado civil (marque con una x)	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	Viudo
------------------------------------	---------	----------	--------	------------	------------	-------

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

Ahora puede comenzar:

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre Ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

	personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5

14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1

*Fuente: González-Celis R A L. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM 2001.

I
Observaciones: _____

Evaluador (a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL
FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Nombre: _____

REACTIVOS								Puntaje Crudo	Calidad de vida (alta, promedio, baja)	Puntaje Ponderado
SALUD FÍSICA (SF)	3*	4*	10	15	16	17	18			
Anote el puntaje para cada reactivo										
ASPECTOS PSICOLÓGICOS (AP)	5	6	7	11	19	26*				
Anote el puntaje para cada reactivo										
RELACIONES SOCIALES (RS)	20	21	22							
Anote el puntaje para cada reactivo										
MEDIOAMBIENTE (M)	8	9	12	13	14	23	24	25		
Anote el puntaje para cada reactivo										
*No olvidar que los reactivos 3, 4 y 26 se califican en orden inverso										
Puntaje Global (Sume el puntaje obtenido en SF, AP, RS, M y el puntaje de los reactivos 1 y 2)										

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO: “INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA FUNCIONALIDAD FISICA Y CALIDAD DE VIDA DE UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

Antecedentes

Una característica de los adultos mayores es la necesidad de ayuda, ésta población sufre en cierta medida algún nivel de incapacidad por lo cual requiere del apoyo de su familia, amigos o vecinos. Estudios indican que las redes sociales de los adultos mayores están compuestas principalmente por los cónyuges, los hijos y enseguida, por otros parientes consanguíneos, además se ha establecido que las redes de apoyo son capaces de proveer una gran cantidad de apoyo social en forma cotidiana, ya sea de manera instrumental, emocional o de información.

Objetivo

Determinar la influencia de las redes de apoyo social en la funcionalidad y calidad de vida de adultos mayores.

Procedimiento

Se conformaran grupos de adultos mayores a los cuales se les aplicaran instrumentos que evalúan las redes de apoyo social, funcionalidad física y calidad de vida

Condiciones para ingresar al estudio

- Edad: mayores de 60 años, sin distinción de sexo.
- Adultos mayores que deseen participar en el estudio.
- Firmar o poner su huella digital en el consentimiento informado.

Beneficios

Los resultados nos permitirán conocer la influencia de sus redes de apoyo social para poder potenciarlas o fortalecerlas.

Confidencialidad

Toda la información obtenida es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**, por lo que sólo se le proporcionará al participante.

Derecho a rehusar

La aceptación a participar en este estudio es enteramente **VOLUNTARIA**, puede decidir abandonar el estudio en el momento que usted lo considere conveniente.

CONSENTIMIENTO

DECLARO QUE HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO EN PRESENCIA DE UN FAMILIAR RESPONSABLE EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO, COMPRENDO LOS COMPROMISOS QUE ASUMO Y LOS ACEPTO EXPRESAMENTE. POR ELLO, MANIFESTO MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN CON TÍTULO: “INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA FUNCIONALIDAD FISICA Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES.” Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Nombre y firma del participante _____

Nombre y firma de un familiar (testigo): _____

Nombre y firma del investigador: _____

México D. F. a ____ de _____ del _____.

En caso de no saber leer y escribir poner huella digital en el cuadro después de haberle leído el documento al participante en presencia del familiar

