



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**RELACIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL CON EL ESTADO DE SALUD
FÍSICO, DETERIORO COGNITIVO Y DISTIMIA EN UNA POBLACIÓN DE
ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

NOEMI JUDITH GARCÍA PIÑA

TUTOR:

**DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., JUNIO DE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

*Deja en manos de Dios todo lo que haces,
y tus proyectos se harán realidad.*

Proverbios 16:3

A mi tutor, el Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez por su invaluable apoyo para la realización de esta tesis. Por compartir sus saberes y conocimientos conmigo, por inspirarme con su ejemplo y pasión para realizar investigaciones útiles socialmente, permeadas de un alto sentido ético y humano.

A la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por la inclusión en el Programa de Envejecimiento Activo y Saludable: “Impacto en la calidad de vida y estado de salud de un programa de envejecimiento saludable a nivel comunitario” para la realización de la presente investigación.

Al Programa de Maestría en Trabajo Social por la supervisión académica y el constante interés en promover el desarrollo de investigación social de alta calidad.

Al programa de becas de mi *alma mater*, la Universidad Nacional Autónoma de México por el apoyo económico durante mis estudios de maestría.

Al maestro José Miguel Sánchez Nieto, la maestra Beatriz Hernández Monjaraz y la maestra Beatriz García Hernández por el tiempo dedicado a las revisiones del proyecto, los tiempos de lectura, observaciones y retroalimentación sobre el presente documento.

Dedicatoria

*¿A quién tengo en el cielo? ¡A nadie más que a ti!
Contigo a mi lado, nada me falta en este mundo.*

Salmos 73:25

Nada hay en este mundo que yo pueda jactarme de hacer sin el respaldo y provisión de parte de mi Dios. Mi padre eterno, mi amoroso salvador y al Espíritu Santo que me guía. No hay duda: eres tú. Doy testimonio y agradezco tu amor inagotable y tu presencia desde el minuto uno hasta el punto final de este proyecto.

Una frase que me gusta mucho expresa: “lo más importante es siempre creer en uno mismo, pero una ayuda de los demás es una gran bendición.” Agradezco a todas aquellas personas que siempre están a mi lado, dándome palabras de ánimo, impulsándome, motivándome, simplemente, creyendo en mí.

A mis hijos:

♥ Ángel Jezrel, por siempre tener abrazos y palabras de ternura para mí; porque cada día me contagias tus energías y me sorprendes con tu capacidad de amor. Todo tu ser es un regalo que me alienta a seguir en cualquier circunstancia.

♥ Natán Benjamín, mi “hijo pequeño”, por tu esencia dulce y serena que me profesa calma en los días difíciles; porque tus abrazos de parte de Dios y tu sonrisa contagiosa son un motor para mí.

A mi familia, que confía en mí, me enseña y levanta siempre. A mis padres, Oralia y Víctor por su apoyo y estímulo; su vida es una muestra constante de amor para mí. A mi hermana Eunice, por inspirarme con su ejemplo y vocación. Eres mi maestra de vida. A mi hermana Diana, que siempre tiene la palabra precisa para llevarme a explorar un nuevo horizonte. A mi hermano Omar, que me demuestra con su ejemplo que intervenir en lo social no tiene sentido si no se antepone la calidad humana y el corazón.

A mis pastores, Brenda, César y a Betsabé, por sostenerme siempre en oración, por interceder por mí con amor. Le doy gracias infinitas a Dios por su vida.

A mis maestros, por compartir su experiencia conmigo, por regalarme saberes invaluable.

A los adultos mayores que compartieron conmigo sus experiencias y parte de su vida, demostrándome que no hay recetas para la vida; que lo mejor es ir siempre hacia adelante y por enseñarme que, cuando viene un momento difícil, siempre podemos mirarnos en el otro y fortalecernos con y a través de él.

A mis amigas y amigos, que compartieron conmigo esta etapa. Gracias Cynthia Santoyo por ser un reflejo de amor para mí; Samantha Vega, Marisol Pérez, Nancy de la Cruz, por compartir conmigo su esencia y entrelazarnos en un vínculo de confianza y solidaridad; Marco Osorio por siempre tener tiempo, una palabra motivante y una sonrisa para mí. Les amo.

Abreviaturas

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

AL:América Latina

AVAD: Medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad.

AM: Adulto(a) mayor.

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

ERASAM: Escala de redes de apoyo social.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud.

GDS: Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica.

MMSE: Mini Examen del Estado Mental de Folstein.

PM: Persona mayor o personas mayores (cuando el contexto sintáctico requiera el plural).

RAS: Redes de apoyo social.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNIE: Psico-Neuro-Inmuno-Endocrinológica.

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

Índice

Agradecimientos.....	2
Dedicatoria	3
Abreviaturas	5
Índice.....	6
Índice de cuadros	9
Índice de figuras.....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
I.Introducción.....	12
II.Marco teórico.....	14
II.1. Redes de apoyo social (RAS)	17
II.1.1. Antecedentes	18
II.1.2. Redes de apoyo social desde la mirada sociológica	22
II.1.3. Tipología de redes.....	31
II.1. 4. Investigaciones que vinculan las redes de apoyo social son la salud de las personas mayores.....	36
II.1.5. Redes en la vejez.....	56

II.1.6. Trabajo social y redes de apoyo social en la vejez	62
II.2. Concepto de salud	65
II.2.1. Dimensiones de la salud de las personas mayores	70
II.2.1.1. Dimensión física de la salud de las personas mayores	71
II.2.1.1.1. De acuerdo a un diagnóstico clínico	72
II.2.1.1.2. La funcionalidad física	73
II.2.1.1.3. La salud percibida por las personas mayores	75
II.2.1.2. Dimensión mental de la salud de las personas mayores	77
II.2.1.2.1. Deterioro cognitivo	79
II.2.1.2.2. Distimia	82
II.2.1.3. Dimensión social de la salud de las personas mayores	84
II.3. La salud de las personas mayores	88
III. Problema	98
IV. Hipótesis	100
V. Objetivos	101
VI. Material y métodos	102
VI.1. Tipo de estudio:	102
VI.2. Descripción de la muestra:	102
VI.3. Criterios de inclusión y exclusión:	102

VI. 4. Variables	103
VI.5. Operacionalización de variables	104
VI. 6. Técnicas e instrumentos	106
VI.7. Consideraciones éticas.....	108
VI. 8. Análisis estadístico.....	108
VII. Resultados.....	109
VIII. Discusión	119
IX.. Limitaciones del estudio.....	131
X. Conclusiones	131
XI. Perspectivas	133
XII. Referencias.....	134
XIII. Anexos.....	157
Anexo 1. Consentimiento Informado	158
Anexo 2. Mini Examen Mental de Folstein (MMSE)	161
Anexo 3. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).....	167
Anexo 4. ERASAM	172

Índice de cuadros

Cuadro II. 1. Conceptualización de las redes de apoyo social	26
Cuadro II. 2. Relación de las redes de apoyo social y salud	433
Cuadro II.3. El Concepto de salud y sus dimensiones	67
Cuadro II.4. Distintas aproximaciones al envejecimiento	911
Cuadro VII.1. Características sociodemográficas de la población de estudio	112
Cuadro VII.2. Relación entre redes de apoyo social y estado de salud	113
Cuadro VII.3. Relación entre redes de apoyo social y deterioro cognitivo	114
Cuadro VII. 4. Relación entre redes de apoyo social y distimia.....	115
Cuadro VII.5. Correlación entre los puntajes de la ERASAM con el de Mini Examen Mental de Folstein	116
Cuadro VII. 6. Correlación entre los Puntajes de la ERASAM con el de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage.....	117
Cuadro VII.7. Relación contacto social y salud	118

Índice de figuras

Figura 1. Síntesis del concepto de red de apoyo social.	35
--	----

Resumen

Antecedentes: Las redes de apoyo social (RAS) se constituyen por las conexiones y los contactos de las personas mayores; a través de éstas, obtienen apoyo material, emocional, informacional e instrumental. Se ha demostrado que las RAS tienen un efecto positivo sobre el estado de salud física, emocional y cognitiva; no obstante, los estudios sobre la temática son escasos y se deben llevar a cabo en diferentes contextos para proponer programas de intervención comunitaria acorde a las características y necesidades específicas de la población.

Objetivo: Determinar la relación de las redes de apoyo social con el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia en una población de adultos mayores de la Ciudad de México

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal analítico en una muestra a conveniencia de 244 personas adultas mayores entre 60 y 89 años de edad en la Ciudad de México. Se midieron las redes de apoyo social a través de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM); la condición afectiva a través de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage; el estado cognitivo a través del Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE) y el estado de salud a través de un auto-reporte. Se analizaron estadísticamente las variables de salud y las variables sociales para comprender su relación. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron t de Student y correlación de Pearson al 95%.

Resultados: Se observó un puntaje significativamente más alto en la escala institucional de las RAS en el grupo de enfermos (sanos, 31 ± 28 vs. enfermos, 42 ± 26 , $p < 0.05$). Con relación a la distimia y las redes de apoyo familiar, extrafamiliar contactos sociales y satisfacción de apoyos recibidos, se observó un puntaje significativamente más alto en el grupo de adultos mayores sin distimia ($p < 0.05$). También, se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre el número de amigos y el puntaje del Mini mental ($r = 0.226$, $p < 0.01$) y una correlación negativa con el puntaje de la escala de depresión geriátrica ($r = -0.318$, $p < 0.01$). Respecto a la asociación de las RAS con el deterioro cognitivo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin deterioro cognitivo ($p > 0.05$).

Conclusiones: los hallazgos sugieren que las redes de apoyo social tienen un efecto positivo estadísticamente significativo sobre el estado de salud de las personas mayores. Asimismo, el puntaje de redes de apoyo social familiar y extrafamiliar, el número de contactos sociales y la satisfacción de los apoyos recibidos, tuvieron un efecto protector estadísticamente significativo contra la distimia.

Palabras clave: personas mayores, redes, apoyo social, salud, envejecimiento saludable.

Abstract.

Background: Social support networks (SSN) are made up from connections and contact between older people, through which they obtain material, emotional, informational and instrumental support. It has been shown that SSN have a positive effect on physical, emotional and cognitive health of the elderly, however, studies on the subject are scarce and must be carried out in different contexts to propose community intervention programs according to the characteristics and specific needs of the population.

Objective: To determine a correlation between social support networks and with physical health status, cognitive impairment and dysthymia of a population of older people in Mexico City

Material and methods: An analytical cross-sectional study was carried out in a non-statistical simple of 244 elderly persons with ages between 60 and 89 years old in Mexico City. Social support networks were measured through the Social Support Networks Scale for Older Adults (SSN-Older); the affective condition through the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS); the cognitive status through the Mini Folstein Mental State Examination (MMSE) and health status through self-report. Statistical analyzes were performed on health variables and social variables to understand their relationship, the statistical tests used were Student's t and Pearson's correlation at 95%.

Results: A significantly higher score was observed on the institutional network support in the group of patients (healthy, 31 ± 28 vs. patients, 42 ± 26 , $p < 0.05$). With regard to dysthymia and family support networks, extra-family social contacts and satisfaction with the received support, a significantly higher score was observed in the group of elderly without dysthymia ($p < 0.05$). We also found a statistically significant positive correlation between the number of friends and the Minimental score ($r = 0.226$, $p < 0.01$) and a negative correlation with the geriatric depression scale score ($r = -0.318$, $p < 0.01$). Regarding the association of SSN with cognitive impairment, no statistically significant differences were observed between groups with and without cognitive impairment ($p > 0.05$).

Conclusions: The findings suggest that social support networks have a statistically significant positive effect on the health status of older adults. Likewise, the gradient of family and extra-family social support networks, number of social contacts and satisfaction with the received support have a statistically significant protective effect against dysthymia.

Keywords: older people, networks, social support, health, healthy aging.

I. Introducción

El aumento de la población de personas mayores (PM) en México y en el mundo, aunado al incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), presupone un mayor riesgo de dependencia física, cognitiva y afectiva de las personas mayores; por lo cual, las redes de apoyo social (RAS) constituyen una alternativa para ampliar y fortalecer la protección social y asistencia en salud de dicho sector de la población.

Las redes de apoyo social (RAS) se refieren a las conexiones y contactos que tienen unas personas con otras; a través de dichos lazos obtienen apoyo material, emocional, informacional e instrumental. Por un lado, las redes informales están conformadas por los integrantes de la familia, parientes y amigos, siendo el vínculo afectivo el factor que determina el apoyo mutuo y la reciprocidad; por otro, las redes formales incluyen grupos comunitarios y asociaciones civiles organizadas, cuyos integrantes se adhieren al grupo a través de una membresía que establece compromisos, guías y reglas de trabajo y organización jerárquica establecida por los mismos.

Al respecto, el Trabajo Social, por su carácter multidisciplinario, juega un papel central en la generación y optimización de las RAS, para lo cual requiere contar con una comprensión fundamentada de las mismas que le permita diseñar e implementar programas para la población de adultos mayores que se traduzcan en un incremento en sus años de vida saludable.

Las RAS cobran especial relevancia en situaciones de enfermedad, incapacidad, abandono, maltrato, dependencia física y/o afectiva; por lo que conviene que el análisis de éstas se lleve a cabo desde aspectos contextuales y profundizando en sus componentes dentro de poblaciones específicas considerando sus particularidades. Por tal motivo, el propósito del presente estudio fue determinar la relación de las redes de apoyo social con el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia en una población de adultos mayores de la Ciudad de México.

II. Marco Teórico

Cada vez se cuenta con mayor evidencia sobre la estrecha relación que existe entre los componentes psicológicos, culturales y sociales con la biología y la salud, tanto de individuos como de comunidades. La salud y la enfermedad, como mecanismos de adaptación ante factores del medio, son influidas por aspectos sociales y culturales; por lo cual, dichos procesos han sido objeto de numerosos estudios y se le dedica tanto presupuestos como espacios en la agenda de investigación alrededor del mundo; no obstante, la investigación acerca de los determinantes sociales de la salud no se equipara con la investigación biomédica que es preponderante en este ámbito. (Laurell, 1986; Borrell y Malmusi, 2010)

El envejecimiento de la población global representa un reto importante para todas las sociedades y tiene profundas consecuencias en la vida individual y comunitaria; así como repercusiones en las esferas de la existencia humana como la social, la económica, la política, la cultural y la sanitaria. En México, 10.4% de la población total (12.4 millones) es mayor (≥ 60 años) y la esperanza de vida promedio a los 60 años es de 22 años (INEGI, 2016). Esta situación demográfica tiene implicaciones legales, sociales, económicas y riesgos en la salud. Además, existe una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas vinculadas a la discapacidad y la pobreza, lo que repercute en la calidad de vida de los ancianos y sus familias. Por ello, es necesario proponer y desarrollar programas para promover el envejecimiento saludable en la comunidad, considerando cada contexto sociocultural.

La vejez ha sido tradicionalmente asociada a condiciones desfavorables de salud. Durante mucho tiempo se legitimó que la enfermedad forma parte del proceso de envejecimiento. Con el tiempo se ha evidenciado que la vejez está inmersa en contextos sociales y temporales, por lo que es determinada en gran medida por la cultura, las políticas sociales y económicas y el entorno (Gray, 2009).

Es por ello, que se considera importante profundizar en los componentes sociales que se relacionan con un mejor estado de salud física, un mejor desempeño cognitivo y una mayor independencia en edades avanzadas. Desde el campo de la gerontología se ha logrado modificar el paradigma de la vejez como sinónimo de enfermedad y se ha trasladado a un nuevo enfoque donde, si bien se reconoce el declive biológico, éste no se considera inherente a la misma.

El primer capítulo del presente trabajo aborda el concepto de las redes de apoyo social (RAS); es decir, los vínculos de los individuos con su familia, amigos, grupos comunitarios o instituciones que constituyen un componente de interés general para la salud de individuos y colectivos.

También, se realiza una aproximación al origen de las redes y su uso en el contexto sociológico para posteriormente abundar en su conceptualización y caracterización. Asimismo, se establece su aplicación en personas mayores (PM) y su aplicación específica en trabajo social.

En el caso de las personas mayores, las RAS juegan un papel primordial debido a las condiciones de vulnerabilidad social que conciernen a esta población.¹ Es trascendente subrayar que dicha vulnerabilidad no es propia de la vejez, sino que es producto de las condiciones que rodean a dicha etapa las cuales son construidas y reproducidas socialmente.

En el segundo apartado se presentan los hallazgos respecto a las RAS y su relación con la salud, considerando su impacto general y las aproximaciones entre ellas desde diversas perspectivas.

El tercer y último apartado examina la salud de las personas mayores en México, partiendo de tres dimensiones básicas: la dimensión física, la dimensión mental y la dimensión social, poniendo énfasis en las dos primeras las cuales constituyen el eje de análisis del presente trabajo.

¹ No se considera que un adulto mayor es vulnerable socialmente *per se*, ya que la vulnerabilidad social se atribuye a una persona o grupo de personas cuya identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal, el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes. En el caso de los adultos mayores la edad, el deterioro físico asociado a la misma, inactividad laboral y/o discriminación son algunos factores a considerar (Caro, 2003).

II.1. Redes de apoyo social (RAS)

En este capítulo se presenta una aproximación teórica al concepto de redes de apoyo social (RAS), las cuales se definen como un espacio donde se suscita el intercambio de apoyos para la satisfacción de las necesidades de un grupo y que permiten la supervivencia del mismo. Estos apoyos en circunstancias no adversas se mantienen como una reserva, por lo que se emplean de forma desahogada; sin embargo, ante una situación de crisis o necesidad, se observa una mayor disposición tanto de los apoyos como de los mecanismos que permiten intercambiar recursos para dar respuesta a las carencias o los problemas dados. De esta manera, el concepto de red ostenta la presencia de un vínculo que funge como puente para el intercambio de apoyo social y la reciprocidad en un acto social continuo y permanente.

Son muchos los elementos que pueden considerarse al reflexionar sobre el tema de las RAS; no obstante, para los fines de este trabajo se puso especial atención en los antecedentes teóricos y prácticos, en una breve valoración bajo la mirada sociológica, los tipos de redes, el abordaje específico de las mismas durante la vejez y a la luz de trabajo social. Dichas nociones se exponen a continuación.

II.1.1. Antecedentes

Algunos autores atribuyen la primera noción acerca del término *red social* a Jhon A. Barnes (1954), quien estudió las relaciones de los parroquianos de un pueblo de Noruega, señalando que cada persona está en contacto con cierto número de personas, algunas de las cuales están en contacto entre sí y otras no, aplicando así el término “red” a un campo social de este tipo (Terán, 2011).

Sin embargo, Jacob Moreno y Helen Jennings, desde un ámbito terapéutico, fueron los primeros en desarrollar una técnica de intervención utilizando las redes como una estrategia; se le conoce a esta técnica como sociometría. Moreno y Jennings publicaron, en 1934, hallazgos del estudio de relaciones interpersonales en grupos terapéuticos de índole psiquiátrico; además, presentaron una técnica para un proceso de clasificación de la sociometría a través de cálculos matemáticos, que se ocupa de medir las relaciones interpersonales: desarrollo y organización del grupo y la posición de los individuos en él. (Moreno y Jennings, 1934, Sánchez, 2002; de la Rúa, 2008; Terán, 2014)

De acuerdo con Moreno, existen leyes que se pueden aplicar a los grupos y afirma en su ley sociodinámica que: cuanto mayores son los contactos, a los cuales denomina “teles”; tanto mayor es la estabilidad de la estructura del grupo, lo que permite que los roles dentro de éste sean especializados y, a su vez, lo dota de mayor capacidad de supervivencia. Asimismo, él propugnaba por la conformación espontánea de las redes, ya que consideraba que de esta manera el individuo se

adapta a la realidad del otro, sin parámetros predefinidos; esto facilita el contacto y maximiza la eficacia de la red. También sugiere que cada individuo conforma su red de acuerdo a sus necesidades específicas, que él conoce, o bien, intuye. (Moreno y Jennings, 1934)

En la década de los sesenta se comienzan a utilizar las redes sociales como orientación e instrumento de análisis (Terán, 2014). Antes de ello, el uso de las redes para estudiar las relaciones sociales y sus pautas se hizo de manera rudimentaria puesto que no se trataba de un método atractivo y comprensible para los investigadores. En buena medida todo cambia a finales de los sesenta y durante los setenta con un mayor desarrollo de la base matemática, concretamente de la teoría de grafos (Lozares, 1996).

En América Latina, uno de los estudios pioneros de las redes se desarrolló desde la antropología. Larissa Lomnitz, en su obra *Cómo sobreviven los marginados*, explica que los mecanismos de supervivencia comportan la totalidad del sistema de relaciones sociales en esta población. Para ella, las redes sociales representan un sistema paralelo a la economía de mercado en el cual se aprovechan los recursos sociales a partir de un intercambio recíproco entre iguales. El sistema opera a partir de relaciones de amistad, compadrazgo o familia y, de acuerdo con la autora, es una respuesta evolutiva, vital y vigente ante condiciones extremas de vida marginal (Lomnitz, 1975).

De esta manera, Lomnitz se aproxima al concepto de red como una "acción social solidaria" donde se toma en cuenta al apoyo social y a la reciprocidad, elementos

cruciales para su estudio. A partir de este análisis se considera que una de las finalidades de la acción social de las redes consiste en hacer frente a las condiciones de explotación, exclusión, marginación que el sistema capitalista impone a la mayoría la población y que no está supeditada a los mandatos gubernamentales o las imposiciones de organismos internacionales. La riqueza de las RAS reside justamente en que se trata de un recurso que se activa desde la propia sociedad; la red es una acción social generalmente espontánea.

Un componente fundamental de las redes, y justamente donde se observa posibilidades de medición, es el apoyo social. Las redes funcionan bajo la lógica de un mecanismo de intercambio de recursos para dar respuesta a las necesidades o problemas. La red es el espacio donde dicho intercambio se configura y ésta se constituye por nodos relacionales de parentesco, amistad y/o instituciones que brindan ayuda, lo que se intercambia en estas redes es el apoyo social.

En la red ocurren transacciones simultáneas de apoyo social de diversos tipos entre sus nodos; dichos intercambios se realizan bajo el principio de reciprocidad y sobre la base de la solidaridad con la finalidad de permitir la supervivencia del grupo social y, en muchos estudios, se ha evidenciado la importancia de las redes para hacer frente a situaciones adversas.

El apoyo social ha sido estudiado en múltiples investigaciones de salud donde se identifica, como hipótesis principal, que se trata de un amortiguador ante condiciones estresantes (Lin et al., 1985). El apoyo social consiste en las

transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Desde un punto de vista estructural se define al apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Fernández, 2005; Khan y Antonucci, 1980).

II. 1.2. Redes de apoyo social desde la mirada sociológica

Puesto que, desde su nacimiento, el ser humano se encuentra inmerso en procesos indirectos de socialización y, en etapas subsecuentes de la vida, el individuo coexiste a partir del establecimiento de relaciones, valiéndose de las RAS, se considera conveniente enmarcar esta investigación sustentando el concepto primario de RAS en nociones sociológicas más vastas que nos permiten comprender su origen y significado desde la materia de esta disciplina. En un sentido amplio, las RAS se circunscriben a una categoría social denominada integración social, la cual se define como:

Estado variable de una sociedad –o bien de un sistema social, de un grupo u ora colectividad– caracterizados por la tendencia y disponibilidad constantes de la gran mayoría de los individuos que la componen a coordinar regular y eficazmente sus propias acciones sociales con las de los demás en diversos niveles de la estructura de la misma sociedad (u otro sistema), haciendo que se registre un grado relativamente bajo de conflicto, o bien procediendo normalmente a resolver los casos de conflicto por medios pacíficos. El estado de integración no es necesariamente el mismo en todos los niveles y en todos los sectores de una sociedad o de cualquier otra colectividad compleja; es posible que sea elevado en ciertos niveles (por ejemplo dentro de la familia) y bajo en otros (por ejemplo el sistema político), aunque la copresencia de grados altos y grados bajos de integración es por sí sola índice de una integración general relativamente escasa. (Gallino, 1995).

La integración social es uno de los principios de las relaciones sociales: la sociedad existe en interacción por lo que las redes de apoyo constituyen un

mecanismo que permite hacer frente a lo que Gallino denomina conflictos y que se pueden equiparar a crisis y/o necesidades de grupos y comunidades. Este afrontamiento se hace a partir de la solidaridad y el intercambio de apoyo entre sus miembros. La solidaridad juega entonces un papel trascendental en esta concepción sociológica.

La integración social se remonta a 1893. Durkheim la acuña como la presencia en la sociedad de lo que él llama *lazos sociales*, mismos que dan lugar a la solidaridad. En su obra, *La división del trabajo social (1893)* el sociólogo se centra en explicar cómo los miembros de una sociedad cada vez más diferenciada se mantienen cohesionados. Su planteamiento se dirige a la explicación de una cohesión social fuerte o débil según el tipo de sociedad (mecánica u orgánica).

Durkheim esbozaba los principios teóricos de las redes sociales al explicar que la existencia de un lazo social permite la unión de los grupos sociales, por lo cual, consideró a la solidaridad como un mecanismo esencial para la integración social y como la base para el orden social. (Contreras, 2003; Mota y Sandoval, 2011).

Para el sociólogo francés, a mayor vinculación de los individuos con su grupo social, mayor solidaridad (denominada mecánica, igual que la sociedad a la que la relaciona). Este tipo de solidaridad se produce de manera espontánea, no se trata de un vínculo forzado ni asociado a situaciones de crisis o necesidad. Por otro lado, a medida que hay una mayor especialización de la sociedad se produce lo que él denomina como solidaridad orgánica, en la cual ésta es el resultado de un

contexto social industrializado y complejo, lo que debilita los vínculos y la autonomía que adquiere el individuo en la sociedad moderna. (Durkheim, 1897).

Entonces, las sociedades mecánicas son primitivas y carentes de industrialización, su magnitud es menor por lo que presentan cierto grado de igualdad espiritual, de ideas y sentimientos comunes entre los integrantes, es decir, una mayor cohesión social; en contraste, las sociedades orgánicas, más avanzadas e industrializadas, más extensas en cuanto a población y lazos sociales, presentan mayor competencia por los recursos escasos, lo cual acentúa sus diferencias en pos de la supervivencia de modo que la cohesión social es menor. (Isorni, 2008)

Con base en lo anterior se concluye que el lazo social está presente en todas las sociedades y es la base de la integración social, ya que a través de él se mantiene el contacto social y se intercambian recursos, lo cual se hace más evidente en contextos de crisis, carencia o marginación.

Al respecto Lomnitz (1975) explica que son las condiciones estructurales (la marginalidad) las que llevan al grupo social a buscar mecanismos de supervivencia y subsistencia. Se considera que la relevancia de este tema radica en destacar que las redes son un mecanismo social que permite mantener la cohesión de un grupo determinado a partir de la solidaridad cuya expresión tangible es la reciprocidad. Las redes funcionan como un mecanismo de protección o bien como un mecanismo de afrontamiento positivo que brinda al adulto mayor una mayor integración social y se traduce en años de vida saludable, comprendiendo que la salud presenta una dimensión subjetiva de orden social.

Desde el enfoque sociológico, las RAS se basan en principios de reciprocidad como un mecanismo básico en cualquier tipo de intercambio social que permite la continuidad y la permanencia de las relaciones sociales (Montes de Oca, 2005).

En lo tocante al concepto de las RAS se realizó una búsqueda teórica que permita comprender las distintas perspectivas y los elementos que lo componen. A continuación se presenta un cuadro con dichas aproximaciones.

Cuadro II. 1. Conceptualización de las redes de apoyo social

Autor (año)	Concepto de red-de apoyo social.
Lozares (1996).	Conjunto bien delimitado de actores –individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales – vinculados unos a otros a través de una relación o conjunto de relaciones sociales.
Dabas y Perrone (1999).	La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivamente. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.
Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003).	Una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto.
Montes de Oca (2005).	Colectivo de personas vinculadas entre sí por amistad, empatía, vecindad, interés, entre otros. Estas redes comunitarias pueden tener la siguiente definición: un conjunto de personas que interactúan regularmente y que están unidas por un sentido de pertenencia e identidad social a un territorio definido, por un interés compartido o una combinación de ambos. Dentro de las redes comunitarias se reciben y proporcionan diferentes formas de apoyo, intercambios que se realizan con cierta reciprocidad y cuya finalidad colectiva es mantener o mejorar su calidad de vida.

Autor (año)	Concepto de red-de apoyo social.
Fernández (2005).	Desde el punto de vista de la salud, cuando los profesionales utilizan o hacen referencia a la red social, se centran en los vínculos sociales con los que cuenta un individuo.
Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor – Costa Rica (2008).	Las redes se pueden definir a partir de aspectos individuales o comunitarios. En todas, sin embargo, está presente la idea de los intercambios, que se perciben como interconexiones de las personas. Éstos pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros, de acuerdo con las necesidades de las personas. En general, ninguno funciona de manera aislada.
Medellín et al. (2012).	La forma en que un miembro de la misma percibe su entorno social organizado para recibir ayuda en situaciones de crisis.

De acuerdo con el Cuadro II.1, el concepto de red de apoyo social contiene los siguientes elementos comunes:

- 1) Para la presencia de la red se observa una interacción entre dos o más individuos, misma que puede o no ser voluntaria.
- 2) En una red social las personas y/o entidades involucradas constituyen nodos; éstos se conectan entre sí a partir de un vínculo que permite observar la estructura de las relaciones presentes en la red tomando como eje su tamaño y el intercambio de recursos que se llevan a cabo en ella.
- 3) Sobre el apoyo social se entiende que: a) este intercambio de recursos aparece como un elemento de solidaridad y reciprocidad partícipe de la cohesión social; b) estos recursos pueden ser de índole material, instrumental, afectiva o informativa y

su función es servir de soporte o apoyo a los nodos que se encuentran debilitados ante una situación de crisis o problemas.

Los elementos básicos del concepto de red son: dos o más actores y por lo menos un lazo que los vincula. Así, entonces, se pueden configurar diversas relaciones de acuerdo al número de actores que integren la red: diadas, triadas, sub grupos y grupos (Lozares, 1996; Terán, 2014).

Esta aproximación al concepto de red social nos lleva a la interrelación de dos perspectivas: la primera desde el punto de vista estructural, considera que las redes representan microestructuras que se insertan en una estructura macro: se trata de relaciones individuales que ocupan un lugar en entornos más amplios (familias, vecindarios, comunidades, la sociedad misma).

La segunda perspectiva está vinculada a la funcionalidad de la red, desde donde se plantea que cada miembro de la red juega un papel dentro de la misma, así el establecimiento de vínculos responde al cumplimiento de ciertas funciones, principalmente el intercambio de recursos para permitir la supervivencia, afrontamiento o amortiguamiento ante situaciones de crisis.

Es muy importante resaltar que cuando se refiere al concepto de red se alude, intrínsecamente, a comunidad. Algunas críticas postulan que el enfoque de red desdibuja la existencia de relaciones verticales entre los grupos sociales que por su naturaleza suponen relaciones de poder o privilegio. Sin embargo, una de las ventajas del estudio de las redes es precisamente que permite ubicar los vínculos verticales y las relaciones de apoyo existentes entre grupos empresariales,

comunidades científicas, grupos de poder, etcétera, lo que Lomnitz denominó, redes informales en sistemas formales (Lomnitz, 1975). Se pone de manifiesto la desigualdad entre los grupos sociales y la consecuente necesidad de la red para conservar los recursos existentes (Guzmán et al., 2003). Lo anterior se reafirma en una de las aseveraciones más prominentes del trabajo de Dabas: “la desestructuración en lo macro conlleva una estructuración en lo micro” (Dabas, 1995).

Dabas y Najmanovich (1995) aportan que el estudio de las redes comunitarias no debe hacerse desde la perspectiva del individuo o la familia sino desde la comunidad misma; para ello sustentan su postura en varios ejemplos en los cuales se han presentado respuestas colectivas a problemas comunitarios concretos y plantea una cuestión que sugiere reflexión: las redes comunitarias en algunas ocasiones están alrededor de una institución, tal vez motivadas por éstas o como respuesta a las insuficientes acciones de su parte. Para las autoras, las redes superan los límites de las estructuras, por lo que se instalan en la unidad y en la especificidad de las subjetividades de grupos u organizaciones, trascendiendo así, de una identidad individual a una identidad colectiva. (Montes de Oca, 2005).

Para el presente trabajo se parte de la definición de las redes de apoyo social (RAS) como los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. (Mendoza- Núñez et al., 2008)

De acuerdo con este concepto existen cuatro tipos de apoyo social:

1. el apoyo **material** se refiere a la ayuda en especie; es decir, dinero, alimento, ropa, vivienda, medicamentos, etcétera;
2. el apoyo **instrumental** es el transporte, la asistencia para bañarse, preparar alimentos, limpieza del hogar, auxilio en la compra de suministros y la realización de transacciones bancarias, etcétera;
3. el **emocional**, abarca afecto, compañía, empatía, reconocimiento, confianza, etcétera;
4. el **informativo**, incluye la orientación referente a las direcciones y procedimientos para el acceso a las redes de apoyo social, conocimientos sobre autocuidado, derechos, recreación, etcétera. (Mendoza-Núñez et al., 2008)

Es importante distinguir que existen niveles de análisis para estas transacciones de apoyo social en el ámbito extrafamiliar. Partiendo de lo general a lo particular, se considera en primer plano a la comunidad como un espacio que brinda estructura, orden y significado a la persona, la comunidad proporciona sentido de pertenencia y por ende, identidad al individuo. En un segundo plano se encuentran las redes de amistad caracterizadas por ser relaciones significativas, elegidas y próximas, sobre todo en el aspecto afectivo. El tercer nivel de análisis sería el correspondiente al más íntimo, al que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros, es decir, la familia o la pareja (Gracia, 1997).

II.1.3. Tipología de redes

De acuerdo con la función que cumplen, se encuentra una primera tipología en la que se habla de la existencia de tres tipos de redes:

1. **Redes basadas en la de reciprocidad**, en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera;
2. **redes basadas en la redistribución de bienes y servicios**, que se centran primero en un individuo o institución para enseguida distribuirse en la comunidad o sociedad y, finalmente,
3. **redes basadas en el mercado**, en las que los bienes y servicios se intercambian con base en la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo. (Guzmán et al., 2002)

Se destaca la reciente dominación del intercambio de mercado, por sobre otras formas de intercambio. Sin embargo, en ningún sistema social se excluye algún tipo de intercambio, más bien coexisten unos con otros. (Guzmán, et, al., 2002)

De manera complementaria, según el grado de interconexión se definen dos tipos de redes:

1. **Redes basadas en contactos personales**, en las que cada persona se relaciona con individuos separados de la constelación de posibilidades. Esta red también es conocida como red egocéntrica, debido que se basa en

las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas.

2. **Redes basadas en contactos grupales**, la persona se relaciona con personas de grupos estructurados en torno a agrupaciones y/u organizaciones de las cuales forma parte. Este tipo de red favorece las relaciones polidiádicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red; se acerca a las redes de intercambio recíproco que en sí constituyen pequeñas estructuras colectivas. Pueden ser de tipo “democráticas”, en las que todos “valen” lo mismo, o pueden ser redes más o menos dirigidas por una o más personas. (Guzmán et al., 2002).

Asimismo, en el *I informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica* (2008) se define una tercera clasificación de acuerdo al tipo de organización con que se establece la red de la siguiente manera:

1. **La red o el grupo primario** es una red informal que se basa en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo.

La familia se considera una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores; esta relación se centra en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad. Las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para las personas mayores; se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas.

2. **El grupo secundario** es formal donde sus miembros desarrollan roles concretos basados en una organización determinada y estructurada que considera objetivos específicos en áreas precisas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas mayores (Fernández y Robles, 2008).

Para efectos de la presente investigación se retoma esta última clasificación considerando dos tipos de red:

1. Redes de apoyo informales: mismas que consideran a las redes familiares (contacto y apoyo de parte de la pareja, hijos, familiares próximos) y extrafamiliares (contacto y apoyo de parte de amigos, vecinos, grupos religiosos o comunitarios).
2. Redes de apoyo formales: considerando a las entidades que, desde una estructura institucionalizada, proporcionan servicios a la población adulta mayor.

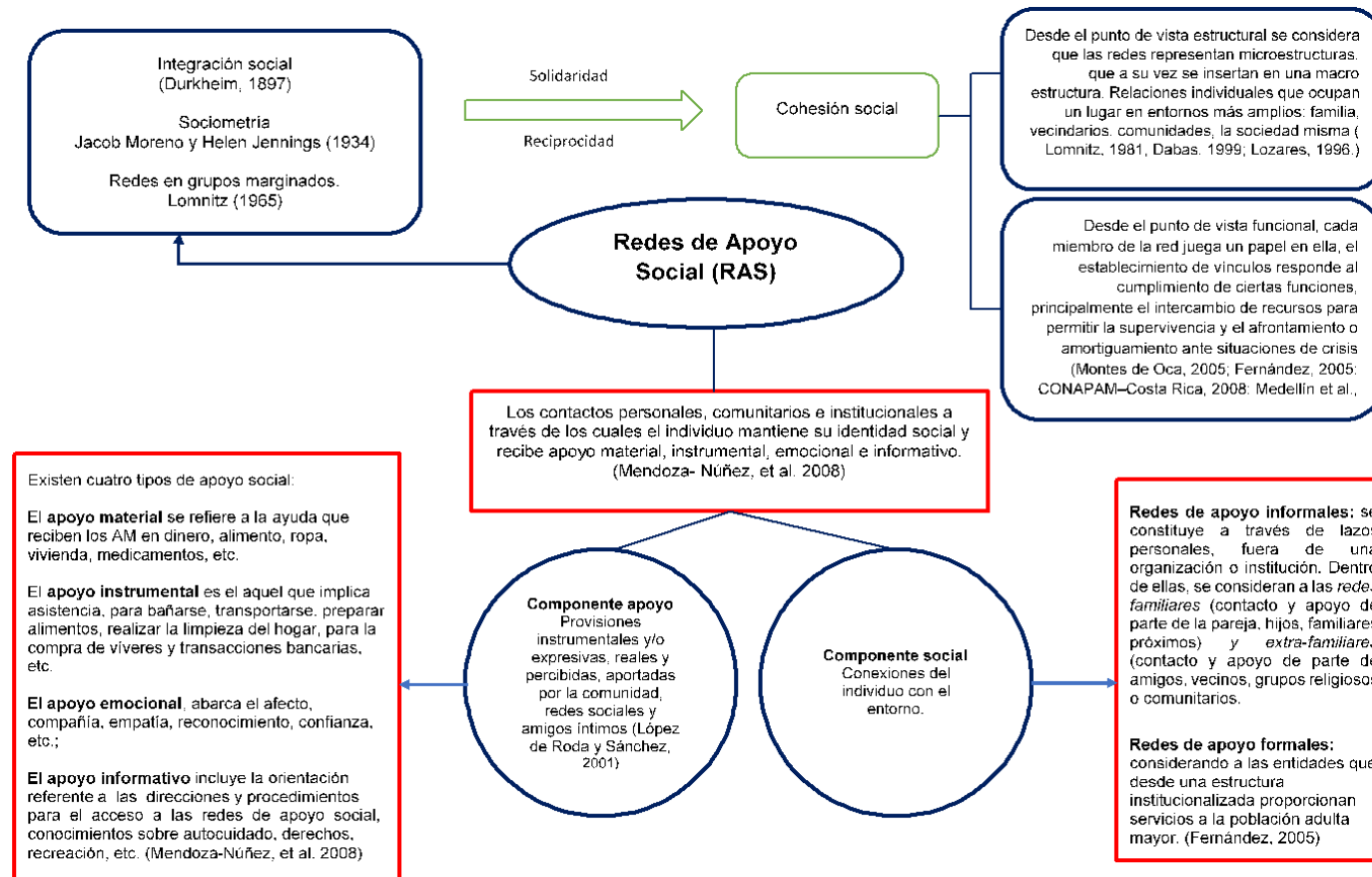
Cabe mencionar que se han presentado nociones sobre las RAS y sus distintos elementos que tras los objetivos del presente trabajo se consideran relevantes; sin embargo, es necesario advertir que el tema es vasto y que aún quedan otros atributos de la red y otras posibles aproximaciones teóricas y de aplicación que no han sido abordadas bajo el criterio de consistencia metodológica.

Para efectos del presente trabajo se considera que la red de apoyo social tiene su origen en la categoría de integración social basada en la solidaridad y reciprocidad que existe la sociedad y que genera cohesión social para la continuidad y permanencia de las relaciones sociales. Usualmente las RAS se circunscriben a situaciones donde predominan necesidades sociales y/o en contextos de crisis, de este modo subyace la idea de que las redes funcionan como un sistema paralelo al de mercado y constituye un mecanismo de acción social o de respuesta ante este contexto.

Se contemplan las redes como los contactos a través de los cuales se realiza intercambio de apoyos sociales: material, instrumental, emocional e informativo (componente apoyo) considerando, además, que este apoyo implica la relación de los individuos con otros (componente social) a través de los distintos tipos de redes; formales e informales. (Figura 1)

A continuación, se presenta una síntesis gráfica del uso del concepto de red de apoyo social para efectos de la presente investigación

Figura 1. Síntesis del concepto de red de apoyo social.



En la parte superior se observan los antecedentes de la red que se remontan al concepto integración social y la sociometría. Específicamente en América Latina, se han estudiado las RAS en contextos de marginación social. Las RAS se fundan en la solidaridad y reciprocidad como elementos necesarios para la cohesión social. En la parte inferior de la figura se presenta una definición de las RAS donde se señala que éstas consisten en los contactos a través de los cuales se realiza intercambio de apoyos sociales: material, instrumental, emocional e informativo (componente apoyo) considerando que implican la relación de los individuos con otros (componente social) a través de dos tipos de redes: formales e informales.

II.1. 4. Investigaciones que vinculan las redes de apoyo social con la salud de las personas mayores

Una vez definido y caracterizado el concepto de las redes de apoyo social, se considera conveniente profundizar en las aproximaciones desde la investigación sobre éstas, tomando como eje de análisis la evidencia disponible respecto a su relación con la salud.

La investigación de Durkheim fue precursora en los trabajos que relacionan la cohesión e integración social con la salud. En su obra *El suicidio* (1897) el autor demuestra cómo los hechos sociales pueden ser utilizados para explicar los patrones cambiantes de la tendencia hacia el suicidio, fenómeno que se consideraba resultado de perturbaciones mentales y se circunscribía a la psicología (Fernández, 2005).

De tal manera que las investigaciones que relacionan la salud y los componentes sociales son necesarias para ampliar la perspectiva sobre dicho vínculo, debido a que se retoma la dimensión física y mental y se confirma que la salud es un hecho social que interacciona lógicamente e íntimamente con la acción de las RAS.

Al respecto, algunos estudios han mostrado que los ancianos que poseen un adecuado soporte social (familiar, amigos, instituciones de apoyo) son más resistentes al estrés y cuentan con un importante modulador de éste para enfrentar de manera exitosa los problemas y conflictos de la vida cotidiana (Arias, 2001; Puga et al., 2007; Thanakwang y Soonthordha, 2011; Medellín et al., 2012;) Una investigación realizada en 2001 (Cuadro II.2) encontró que la efectividad de las RAS favorece los

niveles de salud, incrementa el bienestar físico y emocional de los individuos y el apoyo social hace que el anciano se sienta atendido y valorado como persona (Villavicencio et al., 2004).

En este sentido vale la pena destacar un estudio realizado por Puga y colaboradores, quienes encontraron que la coresidencia de una pareja durante la vejez tiene efectos positivos en la salud y pone de manifiesto el elemento simbólico de las redes de apoyo social:

La autopercepción de la salud parece tener mayores efectos negativos que la convivencia con otras personas distintas de la pareja [...] quizá el sentimiento de 'depender' de otras personas, o de 'sentirse una carga' para ellas, empeora la autopercepción de la propia salud. La frecuencia de contactos con los hijos, fuera del hogar, también presenta asociaciones positivas con prácticamente todos los indicadores de salud salvo con la morbilidad crónica. Estas asociaciones parecen mucho más evidentes entre los adultos mayores británicos que entre los españoles o Costarricenses. Los resultados parecen sugerir que el efecto positivo de la fortaleza de las redes familiares es mayor en aquellas estructuras de relaciones sociales en las que dicha fortaleza es más infrecuente (Puga et al., 2007).

En el caso concreto de los estudios de género se ha reportado que la posición de la mujer presenta efectos negativos en cuanto a vinculación de sus redes de apoyo social con salud, ya que se observa una carga mayor de apoyo desde ella hacia los demás, que puede explicarse por el rol tradicional limitado al ámbito doméstico, una esperanza de vida más alta y el rol de cuidadora (Matud et al., 2002; Montes de Oca, 2003).

En general, se ha observado que las redes de apoyo social están relacionadas con la salud y el bienestar en cualquier grupo etario y socioeconómico (Cuadro II.2). Fernández (2005) plantea cinco dimensiones de las redes que guardan relación con la salud de la siguiente manera:

Tamaño: Referido al número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central. En general, esta variable se relaciona positivamente con el bienestar y la salud. Algunos autores han encontrado diferencias significativas entre el tamaño de la red social de individuos que padecen algún tipo de trastorno mental siendo en general menores en comparación con sujetos sin estos problemas de salud.

Densidad: Interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central. En este punto, los resultados son contradictorios, ya que no puede establecerse una densidad ideal al depender ésta de otras variables como son los propios sujetos, sus necesidades y su situación concreta.

Algunas investigaciones otorgan a las redes sociales más densas una mayor capacidad para proveer apoyo emocional, si bien su aceptabilidad dependerá de los sujetos y situaciones. Por otro lado, las redes sociales densas no serían adecuadas en determinadas situaciones como la viudedad ya que impiden la creación de nuevos contactos sociales y perpetúan de este modo, el modelo social previo (Montes de Oca, 2005).

Reciprocidad: Grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes; se refiere al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. Los resultados demuestran que las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquéllas en las que el sujeto central inicia siempre el contacto. Algunas investigaciones registran un gran número de relaciones desequilibradas y no recíprocas en pacientes con problemas de salud mental.

Esta reciprocidad no se trata de procesos enteramente definidos en los que uno da al otro en función de lo que recibe, sino de un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras, en el cual el equilibrio hacia la suma cero, que caracterizaría a un intercambio balanceado, es algo indeterminado, entre otras razones, porque no es posible establecer un valor preciso de lo intercambiado.

La medida en que el equilibrio en la permuta de apoyos sea un factor que influya sobre la calidad de los vínculos y fortalezca las redes con que cuentan las PM, tiene que ver con los efectos psicológicos positivos en las personas involucradas, lo cual sucede cuando el intercambio es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe, se producen sentimientos de estar sobrecargado y frustrado. Al otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da, podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento (Guzmán et al., 2002).

Parentesco: Variable que contempla si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictora de un buen ajuste ante las crisis vitales. En

algunos trabajos, el número de no parientes en la red se ha relacionado positivamente con estados de felicidad, bajo la idea de que estas relaciones fueron elegidas libremente.

La familia es considerada una fuente de apoyo por excelencia en redes de tipo informal. Al respecto, Montes de Oca (2005) especifica que la cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, especialmente en cuanto al apoyo material y emocional. Sin embargo, no deja de mencionar que a futuro se detectan tres hechos fundamentales que ponen en duda la capacidad de la familia para asumir responsabilidades que pueden sobrepasarla.

- a. Los cambios demográficos - en particular la baja de la fecundidad - tendrán efectos significativos al disminuir el número de miembros potenciales dadores de apoyos.
- b. En segundo lugar, la mayor participación de la mujer en la actividad económica y la tendencia hacia una mayor independencia de ésta en el plano social ponen en duda la continuidad de un modelo de cuidado y apoyo instrumental dado por las mujeres del hogar (Montes de Oca, 2005).
- c. Finalmente, si bien es cierto que una de las formas más comunes de apoyo familiar es la cohabitación de los adultos mayores con sus familias y que esto no parece haber cambiado sustancialmente (Montes de Oca, 2005); este patrón puede modificarse en el futuro producto de cambios en la

nupcialidad y de las mayores necesidades de una población de la cuarta edad creciente y demandante de recursos médicos costosos.

Por otra parte, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y otros organismos internacionales (CELADE et al., 2003), existen fuertes evidencias de que las personas mayores cumplen bien la función de transferir recursos hacia las generaciones más jóvenes y de que la disponibilidad de recursos en las generaciones más viejas genera externalidades positivas en términos de cohesión familiar y social.

Homogeneidad: Semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etcétera. Algunos autores señalan que las personas que forman parte de redes homogéneas tienen interacciones más reforzantes; sin embargo, es necesario señalar que tales afirmaciones son cuestionables, ya que obvian la posibilidad de la existencia de conflictos asociados a las relaciones sociales y a la polémica, pero consistente distinción entre las dimensiones objetivo/subjetivo del apoyo.

Existen cada vez más investigaciones que confirman un puente entre el apoyo social con la enfermedad; es decir, existen mediaciones de los componentes sociales de las redes con procesos fisiológicos relevantes, en funciones cardiovasculares, endocrinas e inmunológicas (Uchino, 2006).

Sin embargo, aún existen estudios que cuestionan esa influencia considerando precisamente que la red tiene influencias positivas y negativas por lo que, sobre todo

en estudios cualitativos, se puede observar a la misma como una fuente de maltrato o como un espacio de demanda hacia el adulto mayor (Matud et al., 2002; Montes de Oca, 2003; Puga et al., 2007; Arias, 2001).

A continuación se presenta el Cuadro 2 donde se condensan las distintas investigaciones que vinculan a las RAS con la salud.

Cuadro II. 2. Relación de las redes de apoyo social y salud

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
Martín y Dávila (2008).	Menores de entre 8 y 18 años en situaciones de acogida.	<p>102 menores, de entre 8 y 18 años que viven en 19 residencias y hogares de protección gestionados por cinco asociaciones diferentes en la isla de Tenerife, España.</p> <p>Se utilizaron dos instrumentos: cuestionario de apoyo social y test auto-evaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI).</p> <p>Correlación entre las variables de adaptación y las de apoyo social. Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal simple sobre las variables de inadaptación con aquellas variables de apoyo social que correlacionaron de manera significativa con las primeras.</p>	<p>En primer lugar, observamos cómo las redes de apoyo en el contexto familiar no guardan relación con las puntuaciones de inadaptación, a pesar de ser el mayor proveedor de apoyo. Parece lógico pensar que, aunque es un contexto vital para el menor en lo que a identidad y vinculación afectiva se refiere, la calidad y la funcionalidad del apoyo social que recibe de su contexto familiar no es la más adecuada para favorecer mejoras en su adaptación, debido a que fue precisamente en ese contexto en el que se dieron episodios de maltrato.</p> <p>También es destacable el papel que juegan los adultos del contexto residencial. Así, la ayuda por parte de los educadores guarda una relación significativa con la adaptación escolar. La relación con los educadores es reconocida por los propios menores como una dimensión importante en la atención que reciben.</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
López de Roda y Sánchez (2001).	Adultos de diversos grupos socioeconómicos, no se especifica edades.	<p>Diseño transversal. Muestreo no probabilístico de 401 personas con diferentes posiciones sociales.</p> <p>Se utilizaron 6 instrumentos para medir las variables de salud mental, depresión, sucesos vitales estresantes, integración comunitaria y apoyo social percibido.</p> <p>Para contrastar el modelo teórico se utilizó el análisis de ecuaciones estructurales. El uso de este tipo de análisis permite considerar e introducir en nuestras estimaciones el papel del error de medición en la recogida de datos y estimar empíricamente modelos teóricamente contruados. En otras palabras, el uso de ecuaciones estructurales permite rechazar modelos que son inconsistentes con los datos.²</p>	<p>La posición social se relaciona con las diferentes medidas de salud mental a través de su relación con ciertas variables mediadoras. Algunas de ellas pertenecen al nivel colectivo y ambiental.</p> <p>Existe una relación positiva entre posición social e integración comunitaria, de forma que las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico lo que repercute beneficiosamente sobre su salud mental. Existe una asociación positiva entre apoyo social percibido y bienestar psicológico.</p>

² Dado que el principal objetivo de la presente investigación es ofrecer un modelo teórico de la salud y la enfermedad mental, esta técnica de análisis de datos se presenta como la más adecuada para la contrastación empírica de los fundamentos teóricos.

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
Medellín et al., (2012).	Padres de familia (adultos).	192 adultos (17% hombres y 83% mujeres) con un rango de edad de 21 a 70 años y una media de 42 años quienes respondieron a la calidad de Red adaptada de Nava y la escala de FACES II de Olson et al.,	<p>Una Red de apoyo social que se relacionó directamente y de manera estadísticamente positiva con el funcionamiento familia fue la red de apoyo familiar.</p> <p>En su mayoría las correlaciones entre funcionamiento familiar y las redes de apoyo social fueron estadísticamente significativas, pero bajas. Las redes de apoyo familiar y de amigos fueron las que más apoyo social aportaron a la mayoría de los tipos de familia.</p>
Matud et al., (2002).	Adultos de 18 a 65 años.	<p>Participaron mil 256 mujeres y 913 hombres de los 18 a los 65 años, residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, España.</p> <p>Las pruebas se realizaron de manera individual, en general, con un cuestionario autoaplicado.</p> <p>Se analizaron las variables de apoyo social de las escalas de síntomas somáticos y disfunción social y del número de hijos; también se buscó el logaritmo de la escala de depresión grave y del número de enfermedades autorreportadas.</p>	<p>Los resultados muestran la importancia de los factores sociodemográficos en el apoyo social de la mujer ya que, en comparación con el hombre, sus niveles de apoyo parecen depender más de la edad y de factores sociales y familiares como el estado civil, el número de hijos o el nivel educativo y laboral. Estos resultados parecen confirmar las hipótesis de que algunas de las diferencias de género en apoyo social pueden provenir del hecho de que las redes sociales son una fuente de demandas que de apoyo para la mujer.</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
Martínez et al., (2001).	Inmigrantes .	<p>Se utilizaron como instrumentos de medida el Cuestionario Mannheim de Apoyo Social, la Escala CES-D de depresión y la Escala de Problemas en distintas áreas vitales de Die y Seelbach.</p> <p>Se entrevistaron 173 inmigrantes de los cuales 81 eran marroquíes, 69 filipinos y 23 senegaleses. El 47% de los sujetos eran varones y como promedio los encuestados tienen una edad de 37.60 años.</p>	<p>El coeficiente de correlación múltiple ($R = .357$; $p < 0.01$) así como la suficiencia de apoyo y la interacción de apoyo y problemas resultaron significativos.</p> <p>Los resultados revelan una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre los inmigrantes, probablemente como consecuencia del importante reajuste personal que tienen que realizar los sujetos.</p> <p>La suficiencia del sistema de apoyo social se muestra como un recurso positivo que, al ayudar a los sujetos a afrontar los retos del ambiente y la satisfacción de sus necesidades emocionales, informativas y materiales, actúa protegiendo a los mismos de la depresión.</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
Puga et al., (2007).	Adultos mayores. Estudio comparativo en tres países: Costa Rica, Inglaterra y España.	<p>El estudio cuenta con tres fuentes de información específicas diseñadas para el análisis de la salud en los adultos mayores en tres poblaciones de estudio: Costa Rica, Inglaterra y España.</p> <p>Todas ellas, realizadas mediante entrevista personal domiciliar, recogen información sobre diversos aspectos de la salud en la vejez, así como relativos a las redes sociales y familiares de los mayores, ofreciendo información comparable.</p> <p>Las fuentes de información fueron:</p> <p>La encuesta Costarricense –que forma parte del proyecto CRELES– fue realizada de 2005a 2006 a una muestra nacional de tres mil individuos mayores de 60 años, con un sobremuestreo en los grupos de edades más avanzadas.</p> <p>La encuesta británica “<i>English Longitudinal Study of Ageing</i>” se realizó entre Marzo de 2002 y Marzo de 2003, entrevistando a 12 mil cien individuos de 50 y más años (incluyendo cónyuges más jóvenes).</p> <p>La muestra fue tomada de la “<i>Health Survey for England</i>” de 1998, 1999 y 2001. La encuesta</p>	<p>La coresidencia apunta a tener un efecto positivo sobre la salud, porque reduce las probabilidades de aparición de diversos problemas sanitarios cuando se trata de convivencia con la pareja. Estas asociaciones parecen más marcadas en las sociedades europea, británica y española, que en la costarricense.</p> <p>Sin embargo, la convivencia con otras personas, distintas de la pareja, no parece tener tan claros efectos positivos. Posiblemente, en gran parte de los casos de coresidencia intergeneracional, la convivencia con los hijos se deba a la necesidad de cuidados por parte de los adultos mayores, por lo que en estos casos estamos ante una relación causal de orden inverso: son aquellos adultos mayores con peor estado de salud los que conviven con sus hijos.</p> <p>La cohabitación con personas distintas a la pareja muestra efectos positivos sobre la salud emocional, debido a que ésta parece verse favorecida por la convivencia de cualquier tipo.</p> <p>Las dimensiones de la salud que se muestran más beneficiadas por la fortaleza de las redes</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
		<p>realizada a la población española “Procesos de Vulnerabilidad en la Vejez” se llevó a cabo durante la primavera de 2005 en las áreas metropolitanas de Madrid y Barcelona. Se entrevistaron a mil 244 individuos de una cohorte que contaba en el momento en que se realizó este sondeo entre 70 y 74 años.</p>	<p>familiares son la depresión (sobre la que tienen efectos positivos tanto la convivencia como la frecuencia de los contactos), la salud percibida (sobre la que tienen efectos positivos la frecuencia de los contactos, pero no así la convivencia) y los problemas funcionales e instrumentales, primeras etapas del proceso de discapacidad. Por el contrario, indicadores de estados avanzados de deterioro de la salud, como la discapacidad básica o el desgaste cognitivo, parecen verse favorecidos en menor medida por la fortaleza de las redes familiares.</p>
Villavicencio et al.,(2004).	Adultos mayores.	<p>Estudio con diseño descriptivo basado en una muestra de 305 ancianos escogidos mediante un muestreo estratificado bietápico (13.14% del grupo básico de trabajo) en la ciudad de Santa Clara, Villa Clara, Cuba.</p> <p>Entrevista estructurada para diversas fuentes: ancianos, miembros de la red, médicos y enfermeras de la familia, triangulando la información obtenida.</p>	<p>Las redes de apoyo social se caracterizaron por tener una baja diversidad en la composición y se centró en los hijos, el cuidado de las PM con una funcionalidad deficiente y una conducta de apoyo que no satisface las necesidades específicas de los adultos mayores, por lo que el grado de efectividad de la red es insuficiente. Respecto a la diversidad y composición de la red, los resultados coinciden con estudios realizados por Kaplan y colaboradores, quienes destacan el aumento del riesgo de morir en aquellos que tienen pocas personas a quien dar y de quien recibir apoyo.</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
Montes de Oca (2003).	Mujeres adultas mayores.	Análisis de tres entrevistas a profundidad realizadas en la Ciudad de México a tres mujeres de edad avanzada con situaciones familiares y residenciales diferentes: 1) Doña A y Doña G viven con familiares y otras personas; y 2) Doña W vive sola.	Las historias de vida hacen evidente que la condición de género y su trayectoria familiar e individual condicionaron su situación femenina en la vejez. A pesar de tener familiares, incluso residir junto a ellos, algunas mujeres no cuentan con apoyo familiar constante que permita garantizar su bienestar en esta etapa de la vida. En las mujeres que viven solas, su sistema de apoyo puede considerarse más débil en contraste con el de las mujeres que tuvieron más hijos o viven en compañía de algunos.
Thanakwang y Soonthorndhad a (2011).	Adultos mayores.	El objetivo del estudio fue examinar las relaciones entre la familia, las redes de amistad y los apoyos, los comportamientos que promueven la salud y el envejecimiento saludable. Se analizó una muestra de 469 personas mayores tailandesas mediante muestreo aleatorio en varias etapas. Se realizó un modelo de ecuación estructural basado en el modelo conceptual de Berkman.	<p>Las redes familiares no influyeron directamente en los comportamientos promotores de la salud, sino que tuvieron un efecto indirecto a través del apoyo familiar. Las redes de amistad tuvieron tanto un efecto directo significativo en las conductas de promoción de la salud de los ancianos como un efecto indirecto a través del apoyo de la amistad. Las amistades tuvieron influencias directas e indirectas sobre el apoyo familiar de los ancianos.</p> <p>Las conductas promotoras de la salud tuvieron una poderosa influencia sobre el envejecimiento saludable y desempeñan un papel importante en la</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
			mediación de la relación entre la familia y los apoyos de la amistad y el envejecimiento saludable. Los hallazgos demuestran la importancia de los roles de familia y amistad en los comportamientos que promueven la salud y en el envejecimiento saludable. Los programas de intervención deben ser diseñados para incluir un enfoque de colaboración que involucre a miembros de la familia y amigos.
Potts (1997).	Adultos mayores.	Se seleccionó una muestra al azar de 400 casas usando la guía telefónica de las comunidades de retiro. En los casos de matrimonios, un miembro de la casa fue seleccionado al azar. Pidieron a los integrantes de la muestra que participaran completando un cuestionario autoaplicable. Los análisis presentados en este artículo estuvieron basados sólo en residentes que viven solos. La muestra final consistió en 99 personas.	<p>Los puntajes en la escala de cantidad de red eran considerablemente más altos para amigos dentro de la comunidad de retiro que para amigos que viven en otra parte.</p> <p>Los puntajes, tanto de la calidad percibida como de la relación de confidente, fueron considerablemente más altos para amigos que viven fuera de la comunidad de retiro que para amigos dentro de ella.</p>
Uchino (2006).	Adultos mayores.	Estudio transversal de escala nacional en Kosovo en 2011, a una muestra representativa de mil 890 individuos mayores de 65 años. Las redes sociales fueron evaluadas mediante el número de amigos y miembros de familia con que los	93% de participantes del estudio divulgó que tenía contactos semanales (como mínimo) con más de un miembro de su familia; 97% relató contacto diario con amigos. Sólo 14% de participantes refirió un vínculo con agrupaciones sociales.

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
		<p>participantes tenían contacto mientras que la participación social de acuerdo a la participación en agrupaciones/organizaciones sociales. Se recabó información sobre el estado de salud autopercebido y características demográficas y socioeconómicas.</p>	<p>Generalmente, los individuos que tenían contactos con amigos y también tenían un vínculo con organizaciones sociales, hicieron un informe de un mejor estado de salud.</p>
Kaplan et al., (1993).	356 adultos mayores.	<p>Este estudio prospectivo analiza los factores de riesgo asociados con cambios en el funcionamiento físico de adultos mayores en el transcurso de 6 años.</p> <p>Los datos del estudio del Condado de Alameda (Alameda County) fueron recolectados por el Laboratorio de Población Humana del Departamento de Servicios de Salud de California,</p>	<p>Se hallaron asociaciones estadísticamente significativas para la edad basal, el ingreso familiar, la salud percibida, el número de afecciones crónicas, el accidente cerebrovascular prevalente, el ataque cardíaco prevalente, el ejercicio, el estado civil, las redes sociales, la depresión y el locus de control interno de salud. Se encontraron asociaciones relativamente fuertes (pero no estadísticamente significativas) para la</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
		<p>Estados Unidos.</p> <p>El estudio del Condado de Alameda comenzó en 1965 como una cohorte poblacional con una muestra aleatoria de hogares estratificados de residentes adultos no institucionalizados del condado.</p> <p>De los encuestados elegibles, 86% devolvió cuestionarios autoadministrados para lograr así una muestra de seis mil 928 encuestados.</p> <p>Una segunda toma se realizó en 1974, de los seis mil 246 encuestados que no se sabían muertos, cinco mil 974 (95.6%) fueron localizados con éxito y cinco mil 722 recibieron cuestionarios. Los cuestionarios resueltos completamente fueron cuatro mil 864 teniendo así una tasa de respuesta del 85.0%.</p> <p>El cuestionario fue diseñado para estudiar la influencia de las prácticas de salud y las relaciones sociales sobre la salud física y mental de la población. El primer cuestionario (1965) indagaba sobre problemas crónicos de salud, conductas saludables, grado de participación social y características psicológicas. El segundo cuestionario (1974) incluyó preguntas sobre la satisfacción marital y de la vida, actividad física, empleo y experiencias infantiles, así como</p>	<p>etnicidad, el tabaquismo y el peso.</p> <p>Los factores de incidencia durante el seguimiento que presentaron asociaciones estadísticamente significativas con algún cambio en el funcionamiento físico de los adultos mayores fueron: fractura de cadera, accidente cerebrovascular, caída grave y ataque al corazón. Las intervenciones dirigidas a los factores de riesgo identificados aquí pueden ser prometedoras para extender el funcionamiento físico independiente en la vejez.</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
		<p>información demográfica de edad, raza, estatura, educación, ingreso y religión.</p> <p>Los análisis presentados se enfocaron en 356 miembros de la Alameda County Study de 65 años de edad en adelante.</p>	
Yen y Kaplan (1999).	Personas adultas, mayores de 20 años de edad.	<p>La investigación examinó el efecto de la residencia en una zona de pobreza sobre el riesgo de desarrollar síntomas depresivos y la disminución del estado de salud percibido en una muestra de mil 737 personas.</p> <p>Los datos eran de una cohorte longitudinal con mediciones en 1965 y 1974 mediante cuestionarios de autorreporte de estado de salud y estilos de vida. Se utilizaron análisis de regresión logística múltiple.</p>	<p>El riesgo ajustado por edad y sexo para los altos niveles de síntomas depresivos en 1974 fue mayor para los residentes del área de pobreza (razón de momios de 2.14 con un intervalo de confianza de 1,49-3,06).</p> <p>Aquellos que reportaron buena salud en 1965 tenían un mayor riesgo de tener salud buena (en un sentido de “suficiente”, “pasable” / mala en 1974, si vivían en un área de pobreza (RM 3.30, ajustado por edad y sexo, IC: 2.32-4.71).</p> <p>Independientemente de los ingresos individuales, la educación, el tabaquismo, el índice de masa corporal y el consumo de alcohol, fue la residencia en un área de pobreza la que permaneció asociada con el cambio en las variables de resultado.</p> <p>Estos resultados apoyan la hipótesis de que las características del lugar afectan las condiciones de salud y el estado de salud.</p> <p>De este estudio puede inferirse que las</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
			condiciones de pobreza tienen una afectación negativa en las redes de apoyo de las personas, lo que a su vez puede tener un efecto negativo prolongado a la salud de las personas que viven en condiciones de pobreza.
Arias (2001).	105 personas mayores. 7 informantes clave.	<p>La investigación tuvo como objetivos generales evaluar y caracterizar la red de apoyo social de personas de edad e identificar si existe relación entre cada una de las características de la misma (estructurales, funcionales y atributos de los vínculos que la componen) y el bienestar psicológico de personas mayores de 65 años de edad de hogares unipersonales, familiares y residencia en Mar de plata.</p> <p>De diseño transversal y correlacional, se aplicó triangulación inter e intrametodológica. Técnicas de recolección de datos: entrevistas a siete</p>	<p>La mayoría de las redes de apoyo social evaluadas presentaban importantes carencias y no cumplían adecuadamente sus funciones; además, se destacó la amplia variabilidad de tipos de redes encontradas.</p> <p>Se comprobó la existencia de diferencias significativas ($p < .05$) en los puntajes de equilibrio afectivo, depresión, satisfacción vital y bienestar psicológico global según las variaciones en tamaño, niveles de densidad, distribución, funcionalidad, multidimensionalidad, frecuencia de contacto e intimidad, así como en el índice de</p>

Autor (es)	Población de estudio.	Método.	Hallazgos.
		<p>informantes clave seleccionados entre profesionales de la salud que trabajan con adultos mayores y las pruebas: Fuentes de apoyo Social Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Equilibrio Afectivo e índice de Satisfacción Vital a 105 personas de edad de tres tipos de hogar (unipersonal, familiar y residencia para adultos mayores).</p>	<p>suficiencia total de la red.</p> <p>Los sujetos que poseían niveles altos en cada una de dichas características presentaban puntajes significativamente superiores en equilibrio afectivo, satisfacción vital y bienestar psicológico global e inferiores en depresión que los que poseían niveles bajos.</p> <p>Estos hallazgos confirmaron el modelo teórico del apoyo social que sostiene que las personas más integradas familiar y comunitariamente poseen mayor bienestar; sin embargo se destacó su naturaleza plurideterminada y la pertinencia de incluir otros factores para el logro de una explicación más completa del mismo.</p> <p>Se concluyó que la medición global de la red de apoyo social es una medida más válida que las obtenidas a partir de la valoración de las distintas características de manera individual.</p>

II.1.5. Redes en la vejez

Las redes de apoyo social están presentes a lo largo de la vida de las personas. En tanto exista contacto social, puede hablarse de la presencia de una red, aunque ésta no forzosamente sea efectiva. Las redes juegan un papel central durante la vejez, ya que en ella se experimentan cambios importantes (jubilación, viudez, enfermedad, entre otros) que tienen un impacto en la salud y calidad de vida de las personas mayores (PM).

El adulto mayor se encuentra inmerso en una trama de relaciones sociales que implican una interrelación social, dichas interacciones, desde la perspectiva de red, se clasifican en informales y formales, lo que lleva a una segunda categorización: las redes informales permiten a las personas mayores relacionarse con su pareja, familia nuclear, parientes próximos, amigos, vecinos y/o grupos comunitarios; en el plano de lo formal, existen lazos institucionales con distintas instancias que proporcionan servicios, información y cuidados a las mismas.

En cada uno de estos espacios de interacción, la PM establece vínculos interpersonales que permiten el intercambio de recursos: Cada persona o institución es equivalente a un nodo de la red y se puede categorizar bajo el concepto de “contacto social”, el cual se retoma con el propósito de comprender qué rol juega esta relación en el sistema de interacción del adulto mayor.

De acuerdo con las teorías gerontológicas clásicas, las personas mayores juegan un rol específico en el contexto social. Si partimos de que lo social se construye en la interacción, por lo que la conceptualización individual y colectiva tiene un efecto en la realidad, vamos a observar que, dependiendo de la conceptualización que se tenga de la vejez, será el rol o papel que se le permitirá jugar al adulto mayor, el tipo de envejecimiento que se le permitirá tener y el o los mecanismos de afrontamiento que serán socialmente aceptados.

En 1961 aparece la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961 citado en Díaz-Tendero, 2012) quienes postulan que las personas mayores tienden al distanciamiento social y a la pérdida de contacto interpersonal. Esta teoría indica que la satisfacción de necesidades básicas es esencial para la persona mayor por lo que la permanencia de la actividad social resulta inútil. En esta perspectiva, el fomento de las redes de apoyo social carece de sentido, ya que se considera que el anciano encuentra mayor satisfacción en el aislamiento social. Como su nombre lo indica, esta teoría asume que en la vejez, la desvinculación es natural y que la soledad es el estado óptimo; es decir, la desvinculación se percibe como saludable socialmente.

En contraste, en este mismo año, Tartler promovió por vez primera el paradigma del envejecimiento activo. De acuerdo a su planteamiento, el individuo que permanece activo, a lo largo del tiempo, tendrá mayor satisfacción y éxito en la vejez. La productividad y autopercepción positiva en la vejez, de acuerdo a esta conjetura, tendrá un efecto positivo en el estado de salud de las PM. La salud

juega un papel central en esta teoría pues considera que se puede lograr un envejecimiento saludable, siempre y cuando se cuente con la permanencia del rol social, un involucramiento activo en las redes de apoyo social y el mantenimiento de funcionalidad social de los individuos viejos. (Pastor, 2005; Oddone, 2013). En su versión clásica, esta teoría pone énfasis en la significación que le proporciona al individuo el mantenimiento de un rol social, puesto que involucra contacto e intercambio social; esta actividad amortigua las pérdidas sociales que aparecen en la vejez (Oddone, 2013).

La teoría de la continuidad (Neugarten et al., 1964) deriva de la teoría de la actividad y se basa en dos supuestos: las personas tienden a mantener su personalidad a través del tiempo; la introversión aparece como la única dimensión que sufre modificaciones y tiende a ser introspectiva; es decir, existe un mayor esmero en mirar hacia sí mismo que hacia los demás (Pastor, 2005). El término continuidad hace referencia a que las condiciones en que se cursa la vejez son simplemente la subsistencia de factores sociales, económicos, culturales y de salud de etapas previas. “La proposición básica es la falta de ruptura o de transición brusca entre la edad adulta y la vejez” (Díaz-Tendero, 2012).

Lo anterior se entrelaza con la perspectiva de curso de vida (Hardy et al., 2013; Potts, 1997) en la cual se postula que la etapa de vida de un individuo en la actualidad tiene correspondencia y coherencia con las condiciones en que se vivieron las etapas previas. Las redes de apoyo social son entonces el resultado de las relaciones que la persona mayor construyó o alimentó a lo largo de su vida.

En relación a esto se asume que una persona con redes de apoyo social fuertes en la vejez fue una persona que mantuvo un rol activo en el establecimiento y mantenimiento del contacto social en la niñez, juventud y adultez.

Sin embargo, esta perspectiva tiende a desdibujar la presencia de otros factores asociados a una red como: la edad, el género, la situación laboral o económica y el estado de salud. Por ejemplo: una persona mayor que supera la edad promedio cuenta con un menor número de contemporáneos vivos que le provean redes de amistad; la mujer suele sobrevivir mayor cantidad de años que el hombre, lo que implica mayor probabilidad de viudez; una persona con seguridad social en el trabajo tendrá más posibilidades de contar con apoyo institucional para la subsistencia y atención médica que una persona que no tiene acceso a seguridad social; una persona enferma encuentra mayores dificultades para salir de su casa y propiciar espacios de socialización entre pares.

Otro elemento a considerar sería el sentido de vinculación, ya que no es lo mismo contar con una red de contactos amplios que considerarlos una fuente de apoyo; así como el hecho de contar con nodos en la red no es garantía de recibir algún tipo de apoyo social de los mismos (Uchino, 2006). De aquí la aseveración de que una red más amplia en cuanto a número de miembros y más heterogénea proporciona mayor soporte social que una red menos numerosa y homogénea.

La teoría del conflicto (Moragas, 1991) postula que, a mayor distancia de edad entre las generaciones, mayor será el choque de intereses que se provocará en

ellos. Menciona que los contactos intergeneracionales se deben a vínculos de consanguinidad o de parentesco, más que por afinidad, interés genuino o por compatibilidad de valores, gustos e intereses personales. No obstante, esta concepción cambió a través del tiempo, ya que este autor reconoce en una publicación posterior que se trataba de una teoría “sin mayor comprobación empírica” y explica que su aparición está más vinculada a procesos socio-históricos dentro de los cuales el conflicto cobra sentido; sin embargo, deja claro que dicho enfrentamiento no se debe a la edad sino a la lucha de clases sociales (Piña y Moragas, 2004).

Al hablar de RAS, la teoría de la desvinculación carece de sentido, puesto que la noción de redes precisamente pone énfasis en la importancia de los vínculos para lograr la integración social. De tal manera que las teorías gerontológicas más compatibles con las RAS son la de la actividad y la de la continuidad. En la teoría de la actividad, el mantenimiento del rol social implica que las relaciones interpersonales del sujeto permanezcan activas en todas las etapas de su vida, esto más allá de simplemente estar “activo” (como sinónimo de estar ocupado) o de tener contacto social, sino que se vincula a una serie de condiciones que permiten que una persona mayor se integre a grupos que le estimulen, le proporcionen satisfacción y coadyuven el intercambio de apoyo social.

Por ello, es relevante señalar que la actividad social a través de los grupos debe favorecer condiciones que contribuyan a un estado de bienestar; es decir, que una red, para que sea efectiva, debe contar con elementos mínimos que permitan

una influencia positiva para la persona mayor. Esta aseveración se realiza partiendo de tres premisas sobre las redes expuestas hasta ahora: i) que la red no resulta protectora por sí misma (Martin y Dávila, 2008; Matud et al., 2002; Uchino, 2006; Montes de Oca, 2003), ii) que la pertenencia a un grupo no forzosamente implica que esto sea un estímulo. Existe evidencia sobre beneficios cognitivos limitados en las diligencias sociales que sólo permiten el contacto interpersonal, sin que propicien actividades cognitivamente exigentes, nuevas y estimulantes para las PM. (Park et al, 2004) y finalmente iii) que el hecho de pertenecer a un grupo no significa que éste proporcione el tipo de apoyo que las PM requieren (Matud et al., 2002; Montes de Oca, 2003; Villavicencio, 2004; Martin y Dávila, 2008).

Dado que la red es un entramado de relaciones que se sostiene por un intercambio de recursos, tangibles e intangibles, esta permuta propicia la reciprocidad pues, aunque la persona mayor es receptora de apoyo social, también constituye un nodo de la red, por lo cual también proporciona afecto, cuidado, materiales e información a otros.

En cuanto a la teoría de la continuidad y las teorías de curso de vida, como ya se dijo, se observa que se derivan del paradigma del envejecimiento activo. En ellas la apuesta de las RAS se inclina por explicar la construcción de los vínculos a lo largo de la vida, logrando un perfeccionamiento de los mismos a través del tiempo (Carstensen, 2002). Los vínculos son el resultado la articulación de ciertos

intereses, necesidades, códigos y significados que cada PM provee a cada grupo en que participa (Moreno y Jennings, 1934; Rivera, 2004).

II.1.6. Trabajo social y redes de apoyo social en la vejez

EL trabajo social, de acuerdo a autores contemporáneos (Tello, 2008; Vélez, 2013; Carballeda, 2010) es una disciplina que se ocupa de la intervención en el campo de lo relacional; entendiendo como lo relacional aquello que conlleva una acción recíproca con otros sujetos sociales. De acuerdo con):

Su acción deviene de lo social y recae en lo social, precisamente en el punto de intersección que genera la relación: sujeto, problema, contexto. La intervención de trabajo social es una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objetivo desencadenar procesos de cambio social. La participación del sujeto es indispensable, para hablar de una acción de trabajo social (Tello, 2008).

Al respecto, Teresa Matus abona que “toda intervención es capturada a partir de un lugar teórico, a partir de un modo de ver. Consecuentemente, no hay intervención sin interpretación social” (Matus, 2007).

Para forjar procesos de cambio social, lo primero que debe hacerse es comprender esta realidad social. El énfasis, desde la investigación social, se pone en el proceso de comprensión e interpretación de una realidad concreta, una vez realizado este ejercicio, se traslada esa comprensión de la realidad a espacios específicos de intervención que se encaminen al cambio social como fin último.

Pensar la salud desde lo social nos obliga a ampliar la mirada de los vínculos y la interacción como formas básicas de la experiencia humana:

El sujeto no es meramente un individuo, es decir un átomo social, ni una sumatoria de células que forma un aparato mecánico, sino que es una unidad heterogénea y abierta al intercambio. El sujeto no es una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales, es una organización emergente. El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad. (Najmanovich, 2001)

Es así que, después de haber revisado el concepto de RAS su fundamento en la integración social y teniendo como elemento sinérgico al apoyo social, este trabajo se adhiere a la postura de que tanto los grupos como el ser humano se constituyen en red: en lo interno, el ser humano está interconectado en todas sus estructuras, existe una red interna biológica psico-neuro-inmuno-endocrinológica (PNIE) que está conectada con la red del lenguaje y la trama emocional-cognitiva que constituyen a cada persona (Zarebsky, 2011).

Lo social y lo biológico son dos caras de una misma moneda, una coproduce a la otra. No se busca ver cuál produce a cuál, ni de separar causa y efecto. Se trata de unir y relacionar. Partiendo de la idea de que cerebro y cuerpo están conectados y se mantienen alertas en la medida en que las actividades y los vínculos lo estimulan para mantener actividades y vínculos (Zarebsky, 2011). Este vínculo se traslada a lo externo, donde también sucede la construcción de redes en las cuales se establecen vínculos con otros a través de grupos familiares,

grupos de amigos, grupos comunitarios, o grupos con y a través de instituciones. Es por ello que la influencia de estos vínculos también es mutua y recíproca.

Para fines de este trabajo, las RAS son entendidas como una acción social visible desde la propia definición de éstas, a través de los lazos que unen el entramado de relaciones y permiten el intercambio de recursos (apoyo social). Todo ello se refiere a un espectro amplio que a la luz de nuestra disciplina denominamos “lo social”.

La aproximación a las RAS que se hace desde este trabajo se sitúa en un contexto particular: la relación que tienen las mismas con la salud y en un sujeto específico: las personas mayores.

Como se puede observar, la definición de las RAS es bastante amplia; sin embargo, en la presente investigación nos basamos en el anclaje de las mismas explicitado a lo largo de este apartado. A continuación, se expondrán los aspectos sobre salud que nos atañen para analizar su relación con las RAS.

II. 2. Concepto de salud

No existe una definición unívoca de salud. Usualmente se alude a la dicotomía salud-enfermedad para conformar el concepto en una relación de exclusión, lo cual provoca su interpretación en un sentido negativo (la enfermedad como ausencia de salud). Algunas acepciones aluden al 'equilibrio' o al 'bienestar' como indicadores de salud, sin embargo, esto sigue generando complicaciones metodológicas ya que se trata de constructos amplios y difíciles de operacionalizar.

Uno de los conceptos más difundidos de salud es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como: "un completo estado de bienestar físico mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedad" (OMS, 1948). No obstante, esta disquisición ha sido objeto de múltiples críticas, por ejemplo, que se trata de un concepto utópico puesto que el estado de salud total es inalcanzable; que es imposible medir el nivel de salud de una población a partir de esta noción de salud debido a que las personas no permanecen constantemente en un estado de bienestar, sino que fluctúan entre la salud y la enfermedad y, por último, se dice que es una definición carente de objetividad (Caponi, 1997).

Al realizar una revisión bibliográfica sobre el concepto de salud se advierte que, en general, los autores lo definen como "bienestar", "nivel de capacidad" o "equilibrio"; por otro lado, también se observa una perspectiva negativa en definiciones como

“nivel de deterioro funcional”, “nivel de declinación de las capacidades funcionales” y, en otros casos, como “grado de disminución del sistema fisiológico”. (Cuadro II.3)

Algunos autores (Brüsow, 2013; Huber et al.,2011) sugieren emplear el concepto de salud como “la capacidad de adaptación y de autogestión”. Brüsow pone énfasis en el término “alostasis” que alude a una recuperación del equilibrio a través de circunstancias dinámicas; además, retoma el concepto de “salutogénesis” que pone en evidencia el mecanismo por el cual un organismo enfermo recupera la salud. Esta definición se considera adecuada ya que reconoce, de manera implícita, una fluctuación entre los estados de salud y de enfermedad y reconoce la existencia de factores externos que inciden en los mismos.

A su vez, el fortalecimiento de la capacidad de adaptación y autogestión a menudo mejora la sensación subjetiva de bienestar y puede producir una interacción positiva entre mente y cuerpo lo que reduce síntomas o malestares físicos (Pilnik, 2010; Huber et al., 2011).

A continuación se presenta un cuadro que contiene aproximaciones sobre el concepto de salud así como su diferenciación a través de distintas dimensiones con la finalidad de identificar las diferencias entre los estados de salud físico, mental y social.

Cuadro II.3. El concepto de salud y sus dimensiones

Autor (año)	Concepto de salud.	Dimensión de la salud.
Brüssow (2013).	Este autor no presenta una definición clara, sino que muestra un enfoque hacia la enfermedad. De acuerdo con él, la salud es una ilusión y de acuerdo con los estrictos estándares de la definición de la OMS, la mayoría de las personas no son saludables la mayor parte del tiempo. Con respecto a la salud física introdujo el término de “alostasis”, es decir, el mantenimiento de la homeostasis fisiológica a través de circunstancias cambiantes. Por otra parte, explica el concepto de “salutogénesis”, que consiste en poner mayor atención en el proceso que permite a un individuo volver del estado de enfermedad al estado de salud.	Física
	En el campo de la salud mental se identificó un sentido de coherencia como criterio de definición y la capacidad del individuo de adaptarse al entorno y a sus propias limitaciones.	Mental
	Desde el enfoque lingüístico, la definición de salud se asocia a bienestar y, a su vez, bienestar y enfermedad se consideran antónimos. Asimismo, el concepto de bienestar se relaciona con un estado de plenitud o de completitud, si se puede llamar así. La salud social incluye la capacidad de las personas para cumplir con sus potencialidades y obligaciones, la capacidad de administrar su vida y participar en actividades sociales, incluyendo el trabajo.	Social
Rodríguez-Marín et al., (1993).	No sólo es una condición o estado del individuo humano considerado como organismo biológico, es un estado valorado y reconocido socialmente en la cultura y en la estructura social de pertenencia.	Social
Castro et al., (1997).	Bienestar emocional y físico, conductas propias del individuo que determinan la causa de situaciones estresantes e impiden procesos psicopatológicos.	Mental
Varela et al., (2004).	Asociación entre la edad de los individuos y las alteraciones cerebrales globales, tales como; demencias, cuadros confusionales, pérdidas de la orientación y la memoria.	Mental

Autor (año)	Concepto de salud.	Dimensión de la salud.
Montes de Oca y Hebrero (2008).	Relación con el nivel de deterioro funcional básico para la vida diaria (caminar, bañarse, comer, ir a la cama, usar el excusado, entre otras) y las actividades instrumentales (preparar comida, ir de compras, tomar medicamentos, manejar dinero, entre otras).	Física
Murillo-Hernández y Loo-Morales (2007).	Media en la cual se dan cambios biológicos que repercuten en la funcionalidad física en la que se encuentra el adulto mayor, asociado a la práctica del ejercicio físico.	Física
Amaris y Arrieta (2012).	Nivel de capacidad o dependencia funcional para realizar el cuidado cotidiano, trabajo pesado, salir de casa, desplazarse por los espacios de la vivienda.	Física
Sanhueza et al., (2005).	Grado de funcionalidad o independencia requerida para el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente.	Física
	Nivel de declinación de las capacidades funcionales para relacionarse, comunicar, aprender, autorrealizarse y dar y recibir afecto.	Mental
Duran, et al. (2007).	Índice de actividad constante en la socialización o involucramiento en grupos que permitan o contribuyan a una aposición y satisfacción de la mejora en la calidad de vida	Social
Schlaepfer-Pedrazzini Infante-Castañeda (1990).	Dimensión del nivel de las funciones biológicas primarias así como de las actividades indispensables para llevar a cabo una vida autónoma en la comunidad.	Física
	Bienestar psicológico, mental o emocional, en los sentimientos inspirados en la vida diaria, en la cual los individuos comparan la percepción de una situación actual con sus expectativas y aspiraciones. Estado de balance que el individuo conserva a pesar de las agresiones externas, conservando sus funciones mentales ante las influencias positivas o negativas del exterior social.	Mental
	Dimensión del bienestar individual que se refiere al modo de interactuar con otras personas, las instituciones sociales y las “mores” sociales.	Social

Autor (año)	Concepto de salud.	Dimensión de la salud.
Laurell (1982).	Proceso o modo biológico de vivir en sociedad el proceso de desgaste y reproducción, destacando como un momento particular la presencia de un funcionamiento diferenciable como consecuencia para el desarrollo regular de las actividades cotidianas.	Social
De Jaeger (2011).	Grado de disminución del sistema fisiológico, de las capacidades musculares y cardíacas, de la fuerza y la masa muscular que está principalmente ligado a la reducción de la actividad física con la edad, pero también a factores nutricionales y hormonales que determinan un envejecimiento óptimo, sin discapacidad.	Física
OMS (1948).	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición socioeconómica.	Física, mental y social
Gómez (2006).	Integridad tanto estructural como funcional de lo orgánico, esto es: la biología, la física y la química del organismo humano como componente de integridad vivencial.	Física
	Es todo aquello en que se desarrolla la infinita complejidad de la vida de los individuos.	Mental
	Integridad del conjunto de interacciones fraternas y críticas que una persona establece tanto con sus congéneres cercanos como lejanos.	Social
García (2013).	Nivel de capacidad funcional, dependencia física que determina la calidad del estilo de vida de un individuo.	Física
	Nivel de capacidad funcional, dependencia psicológica que determina la calidad del estilo de vida de un individuo.	Mental
	Nivel de capacidad funcional, en el apoyo o aislamiento social que determina la calidad del estilo de vida de un individuo.	Social
Caponi (1997).	Equilibrio entre el organismo y el medio. Equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza o de los humores que existen en el ser humano o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales.	Mental

Autor (año)	Concepto de salud.	Dimensión de la salud.
	<p>Un estado de relativo equilibrio de forma y de función del organismo que resulta de su ajuste dinámico y las fuerzas que actúan sobre ella, o dicho de otro modo, una respuesta activa del organismo en el sentido de ajuste.</p> <p>Conjunto de seguridades en el presente y certezas para el futuro como la probabilidad de caer enfermo y recuperarse, “un lujo biológico”.</p>	Física
	Estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos por ella establecidos.	Social

II.2.1. Dimensiones de la salud de las personas mayores

En el presente trabajo se pretende analizar la salud de forma integral por lo que se plantea que el abordaje teórico debe reunir, al menos, tres dimensiones básicas para su comprensión: física, mental y social.

De acuerdo al Cuadro II.3 la salud se identifica como un constructo multidimensional basado en la idea de equilibrio, al propiciar, mantener o recuperar un estado de bienestar. Es una noción dinámica, ya que el individuo no permanece sano o enfermo, sino que todas las dimensiones interactúan constantemente entre sí, con agentes del medio y con otros individuos que las modifican. (Brüsow, 2013)

En cada una de estas tres dimensiones: física, mental y social; se pueden incluir tanto elementos objetivos (diagnóstico clínico, capacidad funcional y/o deterioro, diagnóstico de trastornos afectivos, etcétera), como elementos subjetivos (autopercepción del estado de salud, percepción de bienestar y calidad de vida, etcétera). Podemos afirmar, entonces, que hablar de salud implica captar elementos de la estructura y funcionalidad de la persona ante los desafíos medioambientales. Examinando estos elementos, se observa que la salud puede ser vista como la capacidad de autogestión del individuo para adaptarse con base en su aptitud para soportar, mantener y restaurar la integridad, equilibrio y sentido de bienestar, para lo cual se explican los mecanismos de cada una de estas dimensiones.

II.2.1.1. Dimensión física de la salud de las personas mayores

Aunado a la diversidad conceptual del proceso salud-enfermedad, la aproximación a las definiciones conceptual y operativa del *estado de salud física* también es heterogénea. Cuando se busca una medición del estado de salud físico de las PM, en el campo de la investigación se encontrarán tres vertientes hegemónicas: a) el estado de salud físico dado mediante diagnóstico clínico y/o marcadores de enfermedad, b) mediciones de la funcionalidad a través de pruebas de tamizaje

(ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria y AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) y c) el autoreporte de salud.

En seguida se presentan los precedentes sobre cada una de dichas vertientes dentro del marco de la población de AM (América Latina) y México.

II.2.1.1.1. De acuerdo a un diagnóstico clínico

Desde la perspectiva biológica se presenta esta dimensión en términos de resistencia fisiológica. Se ha explorado la salud al considerar que un organismo es capaz de mantener la homeostasis fisiológica en circunstancias cambiantes (alostasis). Es decir, ante un agente de estrés, los sistemas alostáticos permiten responder activando el sistema nervioso autónomo, el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, el sistema cardiovascular, el metabolismo y el sistema inmunitario. Ante el estrés, el organismo puede adaptarse o bien, si la carga alostática persiste, se produce la enfermedad (Pilnik, 2010).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó en 1999 la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) para evaluar el estado de salud en la población de individuos mayores de 60 años en siete ciudades de América Latina y El Caribe, incluida la Ciudad de México. Las enfermedades registradas con más frecuencia fueron las siguientes: hipertensión arterial, problemas articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis (Shamah-Levy et al., 2008).

En México se observa una alta proporción de prevalencia de ECNT en la población adulta mayor. La prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus se presenta en más de 50% y más de 20% respectivamente en el grupo de mayores de 60 años (Gutiérrez et al.,2012).

Los datos de morbilidad más detallados para esta población son escasos, sobre todo porque los sistemas de información no permiten conocer los casos confirmados de enfermedades con mayor afectación a la población de PM. En nuestro país, de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), se identificaron 10 enfermedades principales, mismas que se enlistan a continuación (Secretaría de salud, 2014): infecciones respiratorias agudas; infecciones de vías urinarias; infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas; úlceras, gastritis y duodenitis; hipertensión arterial sistémica; diabetes mellitus; gingivitis y enfermedades periodontales; conjuntivitis; otitis media aguda y amibiasis intestinal.

Se puede observar que dentro ellas se encuentran algunas ECNT y llama la atención la alta prevalencia de las enfermedades bucodentales, tales como la gingivitis y la enfermedad periodontal (Secretaría de Salud, 2015).

II.2.1.1.2. La funcionalidad física

En cuanto a la capacidad funcional de las PM una referencia obligada es la definición de salud gerontológica de la OMS: “se consideran como sanas a las

personas adultas mayores, sin y con enfermedades crónicas controladas, no terminales, que mantengan su funcionalidad física, mental y social acorde a su edad y contexto sociocultural” (Mendoza et al, 2013). En esta definición se evalúa enfermo al adulto mayor cuando muestra dependencia en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, o bien, cuando presenta un padecimiento incapacitante o descontrolado.

En este sentido, la OMS ha desarrollado la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud, que valora el desempeño de una tarea en una situación real. Esta capacidad funcional se asocia a la dependencia o independencia para realizar las tareas de autocuidado como vestirse, comer, deambular, bañarse, asearse y controlar esfínteres (Reyes-Morales et al., 2009).

La funcionalidad, entonces, se define como: el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de actividades que exige su entorno.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se encontró que más de 70% de los mayores de 60 años son totalmente independientes y sólo 26.9% presenta dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD), mismas que consisten en caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse. Asimismo, 24.6% presentó dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales corresponden a un mayor nivel de complejidad como

usar el teléfono, hacer compras, cocinar, limpiar la casa, utilizar transportes, administrar adecuadamente los medicamentos y al manejo de dinero.

En ambas limitaciones se observó que la prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad y la frecuencia es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (29.6 frente a 23.8%, respectivamente para ABVD y 28.4 frente a 20.3% para las AIVD), (Gutiérrez et al., 2012).

II.2.1.1.3. La salud percibida por las personas mayores

La medición del estado de salud percibido consiste en la referencia que hace una persona cuando se le cuestiona al respecto de su estado de salud, generalmente bajo escalas que consideran desde un *excelente estado de salud* hasta un *mal estado de salud*, que incluyen valores intermedios. Como se puede observar corresponde a una autoevaluación de la salud y no se sabe a ciencia cierta cuál es el criterio que utiliza el sujeto entrevistado al proporcionar una respuesta.

El autoreporte de salud es uno de los indicadores más usados para comparar la salud de los adultos mayores de diferentes países debido a que es un indicador fácil de obtener ya que refleja múltiples aspectos de la salud que pueden resultar difíciles de captar por otros métodos en muestras representativas de la población. (Wong et al., 2005)

No obstante, además de la factibilidad de la obtención de este indicador debe añadirse que se ha constatado como un buen predictor de la mortalidad (Mossey y Shapiro, 1982); asimismo el estado de salud por autoreporte se encontró adecuado para estudios descriptivos de la salud en poblaciones de edad

avanzada (Lichtenstein y Thomas, 1987) y se ha demostrado que existe consistencia entre la autoevaluación de salud que hacen las PM y su estado de salud objetivo, además de que dicha percepción concuerda con la salud objetiva a través del tiempo. (Bush, et al., 1989; Maddox y Douglass, 1973)

Se ha confirmado que esta percepción subjetiva se encuentra en concordancia con la realidad objetiva de la persona. En 2005, Wong y colaboradores demostraron en un estudio multinacional en siete centros urbanos de América Latina (Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; Distrito Federal, México; Ciudad de La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; y São Paulo, Brasil) la utilidad del autorreporte de salud general para conocer distintas facetas del estado de salud de las PM que incluye enfermedades crónicas, el nivel de satisfacción con la vida, su percepción del estado de memoria y problemas con la funcionalidad. Asimismo, existen otros estudios que han asociado la mortalidad con la autopercepción del estado de salud (Gallegos-Carrillo et al., 2006; Fernández-Merino et al., 2000).

En otro estudio se observó que las variables más fuertemente asociadas a la mala percepción de estado de salud son: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades de vías urinarias, insuficiencia renal aguda y de funcionamiento, es decir, estar incapacitados, padecer alguna discapacidad o limitación física o mental (Séculi et al., 2001).

La percepción de la salud de las personas mayores no se limita a aspectos físicos, sino que, sobre todo, está cargada de una percepción del bienestar que en gran parte se origina en una construcción integral puesto que percibe la salud en su totalidad y no de acuerdo a dimensiones particulares. En cuanto a la funcionalidad mental se consideran dos aspectos: los relativos al funcionamiento cognitivo y los que se vinculan al estado afectivo del adulto mayor.

III. 2.1.2. Dimensión mental de la salud de las personas mayores

Se aborda esta dimensión en términos de capacidad para resolver, afrontar circunstancias conflictivas o relativas al desarrollo afectivo y cognitivo. Uno de los elementos básicos para identificar la salud en proximidad a la enfermedad reside en el mantenimiento de un balance, a pesar de que el individuo esté expuesto a circunstancias adversas o agresiones externas (Schlaepfer-Pedrazzini e Infante-Castañeda, 1990) de tal manera que se conserva la capacidad de utilizar las funciones mentales para hacer frente a las mismas considerando una coherencia contextual.

La funcionalidad psicológica no es equivalente a funcionalidad cognitiva, aunque se ha decidido conjuntarlas en una sola dimensión para facilitar su análisis conviene diferenciarlas: la funcionalidad cognitiva se vincula directamente a capacidades mentales superiores como la memoria, el juicio, el razonamiento abstracto, la concentración, la atención y las praxias; mientras que la funcionalidad

psicológica se articula con el bienestar emocional y se encuentra intrínsecamente enlazada a las conductas del individuo sobre las situaciones estresantes, lo que permite inhibir procesos psicopatológicos.

De acuerdo con la OMS, la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en la población de adultos mayores. A nivel mundial se calcula que hay unos 47.5 millones de personas con demencia. Según las proyecciones el número de estas personas aumentará a 75.6 millones en 2030 y a 135.5 millones en 2050. Un agravante es que la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos, lo cual se vincula con los determinantes sociales de la salud planteados por la OMS (OMS, 2013).

La demencia, como trastorno cognitivo, y la depresión, como trastorno del estado afectivo, suponen riesgos a la salud de la población de AM en el contexto actual. Los datos que proporciona la OMS resultan valiosos para el presente trabajo, ya que, si bien no existen en la actualidad estudios contundentes que nos demuestren los efectos de las RAS en el estado cognitivo y emocional, es relevante sentar precedentes en este campo de conocimiento.

La demencia y la depresión tienen un impacto sustancial tanto en las redes informales, ya que el adulto mayor que presenta dichos trastornos demanda cuidados y atenciones específicos que requieren de preparación técnica de la persona que estará a cargo del enfermo; como en los sistemas de salud, los cuales representan redes formales de apoyo, puesto que deben movilizar mayores

recursos para la prevención y a la atención de estas patologías, considerándolas problemas de salud pública. (OMS, 2013)

El impacto más inmediato puede observarse en el indicador de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), el cual señala que 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a los trastornos mentales (OMS, 2008). Los valores más elevados se observan en mujeres de mayor edad, en personas mayores con baja escolaridad y en el ámbito rural. La incidencia de demencia se estima en 30.4 casos por cada 1000 personas al año. Las mujeres mayores pierden 7.2 años de vida por discapacidad debido a esta enfermedad, mientras que los hombres pierden 5.2 años (Gutiérrez et al., 2016).

El presente trabajo se enfoca en dos trastornos mentales que provocan afectaciones al estado de salud de las PM y que pueden constituir un paso previo a la demencia y la depresión: el deterioro cognitivo y la distimia. Identificar esta relación se considera relevante ya que proporciona la posibilidad de intervención preventiva en estas alteraciones de salud mental.

II.2.1.2.1. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se refiere a un: “conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que

incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social” (Gómez et al., 2003).

Entre las causas frecuentes de deterioro cognitivo se encuentran las enfermedades psiquiátricas, los eventos o enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y el Parkinson. Entre los síntomas y/o signos de sospecha de deterioro cognitivo podemos citar las pérdidas de memoria (se olvidan citas, nombres, números telefónicos, etcétera); la desorientación en tiempo y lugar (se olvidan fechas y ocurren pérdidas en sitios perfectamente conocidos); aparecen problemas de pensamiento abstracto (la persona olvida el significado del dinero, muestra dificultades en evaluar semejanzas y en interpretar refranes); son notorios los problemas de lenguaje (se olvidan y sustituyen palabras, hay dificultades para encontrar la palabra apropiada en una conversación); se producen cambios inesperados y frecuentes del estado de ánimo y de conducta (desinhibición, repetición de preguntas y actos, reacciones agresivas y violentas, manifestaciones sexuales inapropiadas, familiaridad con extraños, etcétera); son comunes los cambios de personalidad (hay acentuación de rasgos previos, se vuelven suspicaces, temerosos, parecen "ausentes"); se evidencia la pérdida de la iniciativa (se muestran pasivos y necesitan ser estimulados constantemente); también se acentúan las dificultades en la realización de las tareas familiares (Pérez, 2005).

Por otra parte, es importante mencionar que la demencia puede ocurrir posterior a la presencia del deterioro cognitivo leve, forma parte de los trastornos cognitivos;

se define como un “síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Se reconoce que afecta principalmente a los ancianos, pero no es una parte normal de la vejez” (OMS, 2013). En México, la prevalencia de deterioro cognitivo es de 7.3% de la población, mientras que la demencia alcanza 7.9%. (Gutiérrez et al., 2012)

El “Mini Mental State Examination” (MMSE) fue desarrollado por Folstein y otros colaboradores en 1975 como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos. Es un instrumento de tamizaje de evaluación breve del estado mental (Butman et al., 2001). Los resultados de esta evaluación pretenden mostrar la presencia o ausencia de deterioro cognitivo leve, que a su vez es requisito previo para el diagnóstico de una demencia, mismo que se lleva a cabo con una batería neuropsicológica más extensa.

De acuerdo con Fernández Ballesteros (1998), existe evidencia de que el funcionamiento cognitivo está estrechamente ligado a la capacidad de reserva, que se define como “potencial de aprendizaje” o “la capacidad que tiene un individuo de mejorar su rendimiento cognitivo cuando se le somete a un entrenamiento”, lo que se asocia a la predicción de la aparición de una demencia (Fernández-Ballesteros, 1998). De ahí la importancia de generar desde las redes formales programas de intervención que se encaminen a potenciar las RAS con un enfoque particular en el entrenamiento de habilidades cognitivas y sociales.

II.2.1.2.2. Distimia

La distimia es considerada un trastorno afectivo que se caracteriza por al menos dos años en los que ha predominado un decaído estado de ánimo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo; por lo tanto, se considera un trastorno menor (Secretaría de Salud, 2015); la distimia, para efectos del presente trabajo se midió a través de la escala para Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). Dicha escala es un instrumento de tamizaje que tiene la particularidad de explorar síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo con un patrón de respuesta dicotómica (Gómez-Angulo; Campos-Arias, 2011).

En México, de acuerdo con un estudio de prevalencia de trastornos mentales en América Latina (AL), la depresión mayor mostró una prevalencia media de 8.7% en algún momento de la vida, teniendo una frecuencia de la enfermedad de casi el doble en mujeres. La tasa de prevalencia de distimia fue la mitad de lo observado en el caso de la depresión mayor. (Kohn et al., 2005)

Otro estudio publicado en 2005 en México refiere que la prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta (que se realizó entre noviembre de 2002 y marzo de 2003) fue de 4.5%. De acuerdo con este estudio, la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad; asimismo, se pone de manifiesto la probable subestimación de estos trastornos por la falta de diagnósticos, con base en que “algunas variables que determinan una mayor probabilidad de desarrollar depresión (no contar con cobertura de

salud, vivir en contextos rurales) también se asocian con una probabilidad menor de ser diagnosticados” (Belló et al., 2005).

La depresión, considerado un trastorno afectivo más grave que la distimia, se define como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, culpa, soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), en menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etcétera), por lo que es una afectación global de la vida psíquica (Secretaría de salud, 2015).

Este panorama revela la importancia de prestar mayor atención a la dimensión de la salud para garantizar un estado de mayor bienestar y propiciar una mayor calidad de vida para las PM. La salud mental se vincula con las redes de apoyo social si entendemos que este concepto de reserva cognitiva, y podríamos añadir: de reserva afectiva, interacciona con lo social. Zarebsky (2011) sostiene la hipótesis de que existe una correspondencia entre una red interna, psico-neuro-inmuno-endocrinológica (PNIE) y la red externa de vínculos, donde a mayor riqueza de una habrá mayor riqueza en la otra de manera recíproca y dialéctica. Un cerebro estimulado está más protegido de la aparición de la enfermedad

mental y los vínculos sociales constituyen una fuente de estimulación en cualquier etapa de la vida.

De esta manera, la dimensión social de la salud juega un importante rol en la salud de las personas mayores, no como una dimensión añadida desde el estudio de componentes sociales, sino como un elemento integrado; es decir, que interactúa y retroalimenta la salud, desde una mirada integral del individuo.

II.2.1.3. Dimensión social de la salud de las personas mayores

La salud social no es un concepto acuñado como tal; sin embargo, se introduce en el presente trabajo en el aspecto teórico, esto se plantea considerando dos vertientes: la integralidad de la salud en las esferas bio-psico-social y que la evaluación de las RAS supone una aproximación (subjetiva) a la influencia que tienen las relaciones interpersonales en el bienestar de los individuos, lo que induce a una aproximación a la salud social.

La salud social se plantea como la capacidad del individuo para cumplir con su potencial y obligaciones, administrar la vida independiente y la participación social y se liga al concepto de funcionalidad como la capacidad que tienen las personas para llevar a cabo sus deberes y gestionar su vida diaria independientemente de la presencia de enfermedades crónicas.

Desde la perspectiva de trabajo social, la intervención halla sentido en la interacción que se establece entre un sujeto y otro con el que se encuentra

enlazado a través de un vínculo. Esta es la esencia de lo social: lo relacional (Tello, 2008).

La salud no sólo es una condición o estado del individuo como organismo biológico, afectivo o cognitivo, sino que es un estado valorado y reconocido socialmente en la cultura y en la estructura social de pertenencia. Al recuperar las concepciones revisadas en el Cuadro II.3, se vislumbra que la salud incluye elementos sociales. Brüsow expresa que la salud conlleva la capacidad de las personas para cumplir con sus potencialidades y obligaciones, la capacidad de conducir su vida y participar en actividades sociales, incluyendo el trabajo (Brüsow, 2013).

De acuerdo con Huber, la salud consiste en lograr un equilibrio entre oportunidades y limitaciones (Huber et al., 2011). Asimismo, la noción social se considera necesariamente vinculada a las interacciones que le permiten al individuo gestionar los procesos de salud-enfermedad. Estas oportunidades y limitaciones no están incorporadas al individuo, sino que forman parte del contexto en el cual se desenvuelve, específicamente en las relaciones con los otros y con el entorno.

Esto es lo que se denomina como los determinantes sociales de la salud, mismos que tienen una naturaleza dual: pueden influir negativamente, lo que explica la morbilidad de individuos y comunidades, sobre todo en contextos adversos como pobreza, marginación, violencia, desigualdad, etcétera, o pueden ser una fuente

de protección, al permitir que se logre el tránsito de un estado de malestar a uno de salud e incluso previene la enfermedad.

Lo anterior nos lleva a comprender que la interacción social proporciona ganancias, entre ellas, la información y asistencia en actividades prácticas de la vida cotidiana. Al vincularnos con otros aprendemos y ponemos en práctica la regulación de emociones y nos permite mantener una identidad; sin embargo, también significa costos, como pueden ser el gasto de energía, el riesgo de experimentar emociones negativas e incluso amenazas a la identidad, sobre todo en etapas tempranas de la vida (Potts, 1997). Aunque esto pueda sonar contradictorio, en realidad es lógico pues la existencia de cualquier interacción social afecta positiva o negativamente al individuo, más aún si se consideran los distintos factores que pueden influir en la misma (contexto social, tipo de relación, personalidad, etcétera), es decir, la existencia de una red no implica que ésta sea positiva *per se*.

Sin embargo, debe reconocerse que esta dimensión presenta el problema de ser poco objetiva debido a la dificultad de establecer indicadores que permitan monitorear un estado de salud social.

Precisamente, estudios como el que exponemos ahora permiten aproximarse a la noción de salud social al establecer lazos entre la salud física y psicológica considerando que la estrecha relación entre los componentes sociales y la salud-

enfermedad de individuos, grupos y comunidades puede ser una arista más de la salud.

Dado que ya se ha definido la salud general, ahora nos centraremos en lo tocante a la salud de las personas mayores, sector de la población que atañe al presente trabajo.

II.3. La salud de las personas mayores

La salud de los adultos mayores ha tomado trascendencia en los últimos años debido al incremento de esta población a nivel mundial. El incremento de la esperanza de vida ha propiciado un rápido aumento en la proporción de la población adulta mayor en las últimas décadas, lo cual debe ser considerado un logro para los sistemas de salud. Aunque, también, representa un reto debido al incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Los países de altos ingresos muestran evidencia de una compresión de la morbilidad (una reducción de los años de vida con discapacidad). Sin embargo, se mantiene la incertidumbre sobre la salud de las futuras generaciones expuestas a mayores riesgos y al aumento de la prevalencia de las ECNT. En la actualidad, los países de bajos y medianos ingresos no cuentan con evidencia confiable de compresión y la morbilidad podría incluso estar en expansión, impulsada por factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas (Chatterji et al., 2015).

Ante este panorama, el interés en profundizar en los aspectos que influyen en la salud de este grupo de población ha ido incrementado; por lo cual, los parámetros que permiten evaluar la salud deben ser adecuados a las condiciones particulares de las personas mayores y pertinentes a contextos sociales específicos; que la salud sea medible y estas mediciones sean uniformes, de tal manera que existan posibilidades de comparación entre distintos grupos poblacionales.

La comparación en el ámbito gerontológico es compleja puesto que la vejez es el resultado de una construcción social; es decir, que se transforma en la historia de cada sociedad. Conceptualmente es entendida como una etapa de la vida, posterior a la adolescencia y adultez, previa al fallecer (Montes de Oca, 2010), por lo que cada sociedad atribuye sentidos y significados específicos a esta fase. En México, la edad normativa que marca el inicio de la vejez son los 60 años, aunque algunas instituciones de asistencia la han ampliado hasta los 65-70. A nivel mundial, el estándar es de 65 años, la cual coincide con la edad de jubilación.

En torno al envejecimiento ha habido muchas discusiones teóricas; sin embargo, la intención del presente trabajo no es ahondar en ellas. Puesto que no existe consenso conceptual, es preferible explicitar una postura al respecto:

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, propiciada por la carga genética y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta la persona a lo largo de su historia en un ambiente determinado (Mendoza-Núñez, 2015).

Como ya se mencionó anteriormente, se reconoce que el paso del tiempo conlleva cierto declive biológico, sin embargo, dependerá de circunstancias particulares las condiciones que se viven en la vejez. Se sostiene que los factores extrínsecos al individuo juegan un papel central en el proceso de envejecimiento, sin dejar de reconocer que también existen factores intrínsecos que influyen en las condiciones de vida en la vejez.

Para reforzar esta postura se presenta a continuación el Cuadro II.4 que permite apreciar la distinción entre algunas acepciones del envejecimiento que han sido utilizadas principalmente en políticas sociales dirigidas a las PM. Se refieren cinco tipos de envejecimiento: activo, exitoso, saludable, satisfactorio y competente

Cuadro II.4. Distintas aproximaciones al envejecimiento³

Envejecimiento activo	Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS, 2002).
Envejecimiento exitoso	Esta noción proviene de marcos normativos diversos y tiene como objetivo reconocer la competencia productiva y promover la capacidad emprendedora del adulto mayor. Se describe al adulto mayor como saludable, activo, próspero, sabio y experimentado. Implica el compromiso de atender áreas prioritarias, como la seguridad social, la protección y promoción de la salud, el envejecimiento productivo y las relaciones intergeneracionales (Engler, 2002).
Envejecimiento saludable	De acuerdo con Fernández Ballesteros, fue utilizado en 1990 por la OMS y fue sustituido en 2002 por el concepto de "envejecimiento activo". Alude a un nuevo paradigma del envejecimiento en un sentido positivo (con éxito, activo, positivo, óptimo); sin embargo, es considerado reduccionista por referirse sólo a la salud o a sus componentes (funcionalidad física, motora, bienestar subjetivo o participación social).
Envejecimiento satisfactorio	<p>Fue propuesto por Paul Baltes y Margret Baltes (1990) y busca promover cambios en la conducta y el aprendizaje de comportamientos saludables y adaptativos que, en su sentido más amplio, permite a las personas de edad avanzada satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven.</p> <p>Desde otra postura, se dice que fue propuesto por Rowe y Khan (teoría de la actividad). Se refiere al tipo de envejecimiento en que se está libre de enfermedades graves, con un buen funcionamiento cognitivo y mental que le permiten a la PM vivir de manera autónoma e independiente, así como tener una vida social que le permita mantener relaciones interpersonales satisfactorias y actividades productivas, no en un sentido económico, sino que le permitan una contribución social y un crecimiento personal. En el plano subjetivo se asocia a un estado de bienestar (Villar, 2006).</p>
Envejecimiento competente	Su antecedente inmediato es el envejecimiento exitoso. Se plantea el reto de disminuir las probabilidades de enfermedades y sus discapacidades asociadas, alto funcionamiento cognitivo y funcional con un alto compromiso con la vida (Fernández-Ballesteros, 1998).

³ Cuadro constituido con información de Montes de Oca-Zavala (2010).

Entre estos tipos de envejecimiento, el denominado “envejecimiento saludable” se vincula a la noción de envejecimiento activo, que a su vez retoma la teoría de la actividad. Esto resulta un campo prominente de la investigación en salud, al examinar nuevos desafíos en cuanto a la reducción de la morbilidad a partir de cambios en el estilo de vida y el papel que las personas mayores juegan en el entorno.

Mencionado paradigma apuesta por la capacidad intrínseca del individuo para sobreponerse independientemente de las barreras o facilitadores ambientales que puedan existir en una situación real (Chatterji et al., 2015).

Con fundamento en el modelo de envejecimiento activo y saludable es preciso recordar que, en términos de salud gerontológica, la OMS considera como sanas a las personas que mantienen controladas sus enfermedades crónicas y su funcionalidad física, mental y social acorde a su edad y contexto sociocultural (Mendoza-Núñez et al., 2013).

De esta línea de pensamiento es importante resaltar cuatro postulados básicos:

1. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): Es preciso subrayar que la presencia de ECNT no se considera un problema. La falta de control en las mismas es el indicador de riesgo que se vincula con la funcionalidad.

La alta prevalencia de ECNT en este sector poblacional demuestra la potencialidad de trabajo social en esta área de intervención. Es importante actuar

en el ámbito de promoción de la salud encaminada a la prevención de las mismas a fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida en edades avanzadas.

2. La funcionalidad física, mental y social: Respecto a la funcionalidad del adulto mayor, es importante considerar que se retoma como un indicador de salud, ya que, a mayor edad, es más frecuente la presencia de ECNT y con ello se incrementa la probabilidad de afectación en ciertas capacidades físicas, mentales y sociales.

La funcionalidad física está directamente relacionada con la capacidad de realizar actividades básicas para la vida diaria (ABVD), mismas que consisten en caminar, bañarse, comer, ir a la cama, usar el excusado, entre otras y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que se refieren a funciones que implican mayor especificidad cognitiva como preparar comida, ir de compras, tomar medicamentos, manejar dinero, entre otras (Montes de Oca y Hebrero, 2008; Sanhuenza, 2005; Amaris y Arrieta, 2012; Schlaepfer-Pedrazzini e Infante-Castañeda, 1990).

De ahí la importancia de la funcionalidad física que radica en la independencia del AM, lo que, a su vez, juega un papel predominante en el ejercicio de la autonomía para valerse por sí mismo e integrarse socialmente, lo que se relaciona sustancialmente con su estado de salud psicológico y cognitivo.

3. La edad: no se presentan las mismas condiciones de salud en personas de 60 años, denominados viejos jóvenes, que en viejos longevos de 90 años. El

incremento en la esperanza de vida supone un reto para las disciplinas de la salud, ya que no basta con el incremento en años de vida sino que éstos tengan cada vez mayor calidad y se logre una compresión de la morbilidad.

De acuerdo al INEGI la esperanza de vida para 2015 fue de 74.9 años y se prevé que para 2050 sea de casi de 80 años; asimismo, la esperanza de vida en México es 5.3 años más alta para la mujer que para los hombres. En cuanto a los años de vida saludables, se observa que la esperanza de vida promedio a los 60 años es de 22 años (INEGI, 2016). De los cuales, sólo 17.3 de estos años se viven de manera saludable; alrededor de cinco años se viven con la presencia de alguna enfermedad o con pérdida de funcionalidad en el adulto mayor (Gutiérrez et al., 2016).

4. El contexto sociocultural: permitirá adecuar cada estudio y aportaciones de las especialidades en salud a las circunstancias específicas de cada grupo de adultos mayores. En este aspecto, las RAS han sido una referencia obligada puesto que constituyen los vínculos más significativos del adulto mayor y han sido vistos como una fuente de recursos sociales de los que se puede echar mano para mejorar las condiciones de vida y salud de las personas viejas.

De acuerdo con el INEGI, las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud acentúan el riesgo social que corren las PM. Un indicador de ello son las causas de mortalidad en México las cuales se encuentran asociadas a carencias, tales como la desnutrición calórico-proteica y

anemia, al aumento de ECNT, enfermedades mentales y maltrato (Juárez-Ramírez et al., 2014).

En esta lógica, escenario más preocupante implica la persistencia de las enfermedades crónicas y el aumento de la esperanza de vida, en cuyo caso, la población envejecida presentará mayor probabilidad de vivir en condiciones desfavorables de salud que incluyen la discapacidad, lo que generará un mayor gasto en salud y una merma en las condiciones de vida de las PM. Por tal motivo es que se han comenzado a poner en marcha algunas alternativas de solución para dicha problemática:

- a. En el ámbito de la promoción y prevención se han encaminado acciones para disminuir los factores de riesgo: tanto los asociados al estilo de vida (prevención del consumo de alcohol, tabaco y alimentos dañinos, así como la promoción de la actividad física), como los biológicos (altos niveles de presión arterial y colesterol y obesidad) (Juárez-Ramírez et al., 2014).
- b. La atención a largo plazo de personas con ECNT responde a necesidades derivadas de la discapacidad que sufren los ancianos a causa de enfermedad y por el propio envejecimiento. Entonces la atención tiene por objetivo prevenir el deterioro en la capacidad funcional y así mantener las capacidades e interacción social el mayor tiempo posible. Una atención a largo plazo debe considerar, además, una amplia gama de servicios, por ejemplo: cuidado personal, actividades domésticas y extradomésticas,

aparatos de apoyo, aplicación de la más avanzada tecnología, como serían los sistemas de alerta de urgencias, de recordatorio de medicamentos y las modificaciones arquitectónicas en los espacios tanto públicos como privados. Estos servicios tienen como objetivo minimizar, restaurar o compensar la falta de independencia física o de funcionamiento mental. Dichas medidas deben ser reconocidas como una necesidad y prioridad del Estado y no como una necesidad secundaria o de responsabilidad exclusiva de la familia (González-Block et al., 2007).

- c. Una de las estrategias para fortalecer las redes institucionales ha consistido en capacitar al personal de salud en gerontología y geriatría para realizar promoción del autocuidado e impulsar la participación de los familiares para que puedan realizar el seguimiento de las enfermedades crónicas (cuidador domiciliario). Otras estrategias han sido la creación de “centros de día” y de otros espacios donde se integren acciones educativas, de recreación, preventivas y asistenciales (Juárez-Ramírez et al., 2014).

Estas acciones son fundamentales, sobre todo si se considera que la investigación en los últimos años ha evidenciado que la carga genética de los factores de riesgo se restringe en las últimas etapas de la vida por lo que se amplía la posibilidad de intervenir en estilos de vida y otros factores protectores de la salud (Fernández-Ballesteros, 1998).

En este contexto, las RAS de las personas mayores (pareja, familiares, hijos, grupos comunitarios) pueden jugar un papel estratégico en la atención sanitaria tanto en la prevención como en la atención a largo plazo, lo que devendría en la reducción de los costos de atención y el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor.

De ahí la pertinencia de la elaboración del presente proyecto de investigación, cuyo problema se presenta a continuación.

≡ Problema

Existen condiciones sociales que restringen o amplían las posibilidades de que los sujetos se ubiquen en un mayor o menor riesgo de enfermedad y dependencia. El trabajador social, como profesionalista que cuenta como uno de sus campos tradicionales de acción en el área de la salud, debe contar con una comprensión vasta de los componentes sociales entre las redes de apoyo social (RAS) y la salud de poblaciones específicas para, desde una acción intencional y fundamentada, (Tello, 2008) contribuya en el diseño e implementación de programas para la población de adultos mayores que se traduzcan en un incremento en los años de vida saludable.

Analizar las RAS implica reconocer su complejidad, ya que dentro de ellas intervienen múltiples atributos y relaciones (familiares, comunitarias, de pares, institucionales, etcétera) que se suman a otros elementos como el contexto, la heterogeneidad de la población observada, el curso de vida, por mencionar algunos, dentro de los cuales se tejen diversos significados y simbolismos que complejizan su estudio y resultan de interés, toda vez que las RAS funcionan como un mecanismo de soporte y contrapeso ante escenarios adversos.

De acuerdo a los estudios revisados, se advierte que las redes de apoyo social han cumplido un rol protector para la salud del adulto mayor. De forma particular se habla del efecto amortiguador de las mismas en el estado de salud física (Kaplan, 1993; Matud, 2002; Puga et al., 2007, Uchino, 2006); algunos autores han puesto énfasis en los beneficios que proporcionan las mismas para un óptimo

desarrollo cognitivo de los individuos (López de Roda y Sánchez, 2001; Zarebsky, 2011), mientras que otras investigaciones destacan dichos efectos positivos en el estado afectivo (Potts, 1997; Martínez et al., 2001; Villavicencio, 2004; Puga et al., 2007; Martín y Dávila, 2008; Thanakwang y Soonthornhdada, 2011; Medellín et al., 2012; Arias, 2001). Sin embargo, gran parte de los estudios que relacionan positivamente las RAS con la salud, no abundan sobre los componentes específicos de las mismas que facilitan esta influencia.

En contraste, se encontraron estudios donde se devela que las redes de apoyo social pueden ser perjudiciales cuando el apoyo se brinda de manera obligada por lo que la red se convierte en fuente de maltrato o bien, en aquellos casos en que ésta se establece como una fuente de demanda más que de apoyo (Matud et al., 2002; Montes de Oca, 2003; Villavicencio, 2004; Puga et al., 2007; Martín y Dávila, 2008; Arias, 2001).

Derivado de ello se considera que la información respecto a la relación de las redes de apoyo social y la salud es inconsistente, por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre las redes de apoyo social con el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia en una población de adultos mayores de la Ciudad de México?

⇒. Hipótesis

Considerando los estudios relativos al efecto de las redes de apoyo social sobre la salud en adultos mayores, suponemos que existe una relación estadísticamente significativa entre la densidad y la satisfacción de los apoyos que brindan las redes sobre el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de la población de estudio.

V. Objetivos

a. General:

Determinar la relación de las redes de apoyo social con el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de una población de adultos mayores de la Ciudad de México

b. Específicos:

1. Determinar la relación del apoyo social (familiar, extrafamiliar e institucional) con el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de la población de estudio.
2. Determinar la relación del contacto social con el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de la población de estudio.
3. Determinar la relación de los apoyos recibidos de las RAS sobre el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de la población de estudio.
4. Determinar la relación de la satisfacción de los apoyos recibidos de las RAS sobre el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de la población de estudio.
5. Determinar la relación del tipo de contacto social con el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de la población de estudio

VI. Material y métodos

VI.1. Tipo de estudio:

Se llevó a cabo de un estudio transversal-analítico en una población de 244 personas mayores de 60 a 84 años de edad, residentes de la Delegación Tlalpan en la Ciudad de México.

VI.2. Descripción de la muestra:

Se estudió una muestra a conveniencia de 244 adultos mayores que aceptaron participar en un programa de envejecimiento activo y saludable de diferentes comunidades de la Delegación Tlalpan en la Ciudad de México coordinado por la Unidad de Investigación Gerontológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza durante 2014 y 2015.

VI.3. Criterios de inclusión y exclusión:

Adultos mayores entre 60 a 89 años sin trastornos psiquiátricos o enfermedad terminal residentes de la Delegación Tlalpan que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

VI.4. Variables

a. Independiente

Redes de apoyo social: los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo (Mendoza-Núñez et al., 2008).

Se evaluaron los siguientes componentes de la red: apoyo familiar, apoyo extrafamiliar, apoyo Institucional, contacto social, apoyos recibidos, satisfacción con los apoyos recibidos y tipo de contacto social.

b. Dependiente

Estado de salud física: auto-reporte del diagnóstico médico de una enfermedad crónica.

Deterioro cognitivo: alteración cognitiva detectada a través del Mini Examen Mental de Folstein (MMSE).

Distimia: trastorno afectivo detectado a través de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).

VI.5. Operacionalización de variables

Tipo	Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
Independiente	Apoyo familiar	Puntaje relativo a la magnitud del apoyo material, instrumental, afectivo e informativo reportado en las redes familiares (pareja, hijos y parientes próximos) determinado por la ERASAM.	Cuantitativa discreta	Puntaje ponderado
	Apoyo extra-familiar	Puntaje relativo a la magnitud del apoyo material, instrumental, afectivo e informativo reportado en las redes extrafamiliares (amigos, vecinos y grupos comunitarios) determinado por la ERASAM.	Cuantitativa discreta	Puntaje ponderado
	Apoyo Institucional	Puntaje relativo a la magnitud del apoyo material, instrumental, afectivo e informativo reportado en las redes institucionales (salud y seguridad social) determinado por la ERASAM.	Cuantitativa discreta	Puntaje ponderado
	Contacto social	Puntaje de la frecuencia con la que ve a sus contactos familiares, extrafamiliares e institucionales, determinado por ERASAM.	Cuantitativa discreta	Puntaje ponderado
	Satisfacción de apoyos	Grado de satisfacción manifestado en relación a los apoyos familiares, extrafamiliares e institucionales recibidos.	Cuantitativa discreta	Puntaje ponderado
	Tipo de contacto social	Grupo o persona con quien el sujeto reporta que mantiene contacto.	Cuantitativa discreta	Pareja Número de hijos Número de parientes próximos Número de amigos
	Redes de apoyo social en adultos mayores	Puntaje global de contacto social, más puntaje de apoyos recibidos y grado de satisfacción reportadas por los adultos mayores en sus redes familiares, extrafamiliares e institucionales evaluado a través de la ERASAM.	Cuantitativa discreta	Puntaje ponderado

Dependiente	Estado de salud físico	Auto informe de diagnóstico.	Cualitativa nominal	Diagnóstico reportado
	Distimia	Puntaje de escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage. Se consideraron puntos de corte: ≥10 Con distimia ≤9 Sin distimia	Cuantitativa discreta Cualitativa Nominal	Puntaje Con distimia Sin distimia
	Deterioro cognitivo	Puntaje de acuerdo al Mini Examen Mental de Folstein; acorde a una ecuación que considera el puntaje de la prueba con las variables de edad y escolaridad se identifican casos con o sin probable deterioro cognitivo.	Cuantitativa discreta Cualitativa Nominal	Puntaje Con deterioro Sin deterioro

VI.6. Técnicas e instrumentos

Para evaluar el estado de salud física se utilizó el autorreporte del adulto mayor, se le preguntó ¿tiene alguna enfermedad diagnosticada actualmente?

El deterioro cognitivo se evaluó a través del Mini Examen Mental de Folstein (MMSE)⁴, el cual se realizó con el apoyo de psicólogos y neuropsicólogos del programa de intervención (Anexo 2).

La evaluación de estado afectivo se llevó a cabo de acuerdo a los protocolos de las pruebas de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage. Esta prueba establece un diagnóstico probable de distimia considerando puntos de corte establecidos por el propio instrumento (Anexo 3).

Para la medición de las RAS se utilizó la escala de Redes de Apoyo Social (ERASAM) diseñada por la FES Zaragoza de la UNAM, misma que fue aplicada acorde al protocolo establecido (Anexo 4).

Todas las pruebas fueron aplicadas a través de la técnica de entrevista estructurada y directa, sin requerir un espacio privado para su aplicación.

⁴ Prueba de tamizaje que evalúa la función cognitiva.

VI.7. Procedimiento

La unidad de investigación gerontológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, estableció contacto con la coordinación de la Dirección de Operación Territorial del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM) a través del proyecto de investigación denominado: “Impacto en la calidad de vida y estado de salud de un programa de envejecimiento saludable a nivel comunitario.”

A partir de este convenio se contactó a 16 centros comunitarios de la delegación Tlalpan en los cuales se reunían personas mayores con las cuales se llevó a cabo la aplicación de una evaluación gerontológica integral, la cual incluyó los tres instrumentos señalados en el presente trabajo.

Se llevó a cabo una evaluación inicial, posteriormente se realizó un programa de envejecimiento activo en cada uno de los centros y finalmente se reevaluó al concluir la intervención. En cada uno de los momentos se estableció contacto directo con los grupos y al término del proyecto se proporcionaron los resultados de la investigación a los adultos mayores.

Los datos utilizados en el presente trabajo corresponden a la primera evaluación.

VI.8 Consideraciones éticas

Se informó a cada participante los objetivos de la investigación, el periodo de implementación del proyecto, la gratuidad y confidencialidad de los servicios. Se presentó y explicó el programa de intervención comunitaria de la unidad de investigación gerontológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Asimismo, se dieron a conocer las generalidades de los instrumentos de evaluación gerontológica, así como los posibles beneficios para su persona y la sociedad.

VI.9. Análisis estadístico

Análisis descriptivo de las variables de estudio (media \pm desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas). Para la comparación de grupos se realizó el cotejo de medias empleando la prueba estadística t de Student con nivel de confianza de 95%. Para variables de tipo numérico de ERASAM, puntaje de Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage y puntaje de Mini Examen Mental de Folstein (MMSE) se realizó cálculo de correlaciones mediante prueba de Pearson con una confiabilidad de 95%. Todo el análisis estadístico se realizó empleando el paquete estadístico SPSS versión 20.

VII. Resultados

El promedio de edad de la población que participó en el estudio fue de 69.6 ± 6.8 años, de los cuales, 212 (87%) eran mujeres y 32 (13%) hombres. El promedio de escolaridad fue de 3 años de estudio. Las actividades del hogar fue la ocupación predominante (72%); el ingreso mensual familiar reportado fue de \$3,226.00 lo que corresponde a 1.4 salarios mínimos por hogar (cifra que se ubica apenas por encima de la línea de bienestar establecida para el año 2015, según datos de CONEVAL). En cuanto al estado civil, el porcentaje más alto fue el de personas viudas (44%), seguidas de las casadas o en unión libre (38%) y solteros (22%). El tipo de familia más frecuente fue la extensa (36%), seguida de familias monoparentales (23%), después personas que viven solas (16%) y en la misma proporción familias nucleares (16%). La convivencia en pareja fue mínima (8%), la mayoría vive con hijos e incluso nietos, independientemente de su estado civil (Cuadro VII.1).

En cuanto a su estado de salud, de acuerdo al auto-reporte de diagnóstico de enfermedades; 213 (87%) se reportaron enfermos y 31 (13%) se reportaron sanos; se observó que 114 (47%) presentaban deterioro cognitivo de acuerdo con la prueba de tamizaje (MMSE) y 70 adultos mayores (30%) presentaron distimia de acuerdo a la GDS (Cuadro VII. 1).

En los puntajes promedio de redes de apoyo social (RAS) respecto al estado de salud se observa un puntaje significativamente más alto en las redes de apoyo

institucional en el grupo de enfermos (sanos, 31 ± 28 vs. enfermos, 42 ± 26 , $p<0.05$) (Cuadro VII.2).

Respecto a la asociación de las RAS con el deterioro cognitivo no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin deterioro cognitivo ($p>0.05$) (Cuadro VII.3).

Con relación a la presencia de distimia se encontró un puntaje significativamente más alto en el grupo de adultos mayores sin distimia (con distimia 47 ± 24 vs. sin distimia 53 ± 20 , $p<0.05$). Igualmente se observaron puntajes significativamente más altos en las redes de apoyo extrafamiliar (con distimia, 47 ± 24 vs. sin distimia, 53 ± 20 , $p<0.05$), contacto social (con distimia, 61 ± 16 vs. sin distimia, 65 ± 16 , $p<0.05$), apoyos recibidos (con distimia, 42 ± 19 vs. sin distimia, 49 ± 18 $p<0.01$) y satisfacción con los apoyos recibidos (con distimia, 44 ± 23 vs. sin distimia, 52 ± 22 , $p<0.05$) (Cuadro VII.4).

Los resultados de la prueba de correlación de Pearson mostraron una asociación positiva, estadísticamente significativa, entre los puntajes de la ERASAM y del Mini Mental, identificando los valores de asociación más altos en el contacto social ($r=0.229$, $p<0.01$), apoyo extrafamiliar ($r=0.228$, $p<0.01$) y apoyos recibidos ($r=0.221$, $p<0.01$) (Cuadro VII. 5). Por otro lado, se observó una correlación negativa estadísticamente significativa, entre los puntajes de la ERASAM y de la escala de depresión geriátrica, con los valores de asociación más altos en la satisfacción de apoyos recibidos ($r=-0.260$, $p<0.01$), apoyo extrafamiliar ($r=-0.256$, $p<0.01$) y contacto social ($r=-0.248$, $p<0.01$), como se puede observar en el

Cuadro VII.6., también, se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre el número de amigos y el puntaje del Minimental ($r=0.226$, $p<0.01$) y una correlación negativa con el puntaje de la Escala de Depresión Geriátrica ($r=-0.318$, $p<0.01$) (Cuadro VII.7).

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

Variable de estudio	n= 244	(%)
Sexo		
Mujer	212	(87)
Hombre	32	(13)
Escolaridad		
Analfabeta	29	(12)
Sabe leer y escribir	20	(8)
Con escolaridad	195	(80)
Edad		
60 a 69	131	(54)
70 a 79	94	(38)
80 a 89	19	(8)
Estado de salud físico		
Enfermo	213	(87)
Sano	31	(13)
Función cognitiva		
Con deterioro	114	(47)
Sin deterioro	130	(53)
Estado afectivo		
Con distimia	74	(30)
Sin distimia	170	(70)

Cuadro VII.2. Relación entre redes de apoyo social y estado de salud

	Sanos (n=31)	Enfermos (n=213)	Valor de p
Apoyo familiar	56±17	51±22	0.227
Apoyo extrafamiliar	54±27	58±27	0.424
Apoyo institucional	31±28	42±26	0.045
Contacto social	65±16	64±16	0.592
Apoyos recibidos	45±13	47±19	0.494
Satisfacción con los apoyos recibidos	49±22	50±22	0.860
Redes global	52±19	52±19	0.928

Los datos son puntajes promedio ponderados (\pm) de la desviación estándar de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). Prueba t de Student.

Cuadro VII.3. Relación entre redes de apoyo social y deterioro cognitivo

Variable	Con deterioro (n=114)	Sin deterioro (n=130)	Valor de <i>p</i>
Apoyo familiar	52±22	50±21	0.530
Apoyo extrafamiliar	57±27	58±26	0.748
Apoyo institucional	41±27	39±27	0.563
Contacto social	65±16	63±16	0.528
Apoyos recibidos	48±19	45±18	0.194
Satisfacción con los apoyos recibidos	50±23	50±21	0.851
Redes de apoyo social global	52±19	52±19	0.783

Los datos son puntajes promedio ponderados (\pm) de la desviación estándar de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). Prueba t de Student.

Cuadro VII.4. Relación entre redes de apoyo social y distimia

Variable	Con distimia (n=170)	Sin distimia (n=74)	Valor de <i>p</i>
Apoyo familiar	47±24	53±20	0.021
Apoyo extrafamiliar	49±27	61±26	0.001
Apoyo institucional	39±26	41±27	0.554
Contacto social	61±16	65±16	0.040
Apoyos recibidos	42±19	49±18	0.007
Satisfacción con los apoyos recibidos	44±23	52±22	0.011
Redes de apoyo social global	47±19	54±19	0.006

Los datos son puntajes promedio ponderados (\pm) de la desviación estándar de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). Prueba t de Student.

Cuadro VII.5. Correlación entre los puntajes de la ERASAM con el de Mini Examen Mental de Folstein

Variable	Valor de <i>r</i>
Apoyo familiar	0.169
Apoyo extrafamiliar	0.228*
Apoyo institucional	0.080
Contacto social	0.229*
Apoyos recibidos	0.221*
Satisfacción apoyos recibidos	0.194
Redes global	0.228*

Prueba de correlación de Pearson, $p < 0.01$

Cuadro VII.6. Correlación entre los puntajes de la ERASAM con el de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage

Variable	Valor de <i>r</i>
Apoyo familiar	-0.242*
Apoyo extrafamiliar	-0.256*
Apoyo institucional	-0.061
Contacto social	-0.248*
Apoyos recibidos	-0.225*
Satisfacción apoyos recibidos	-0.260*
Redes global	-0.257*

Prueba de correlación de Pearson, $p < 0.01$

Cuadro VII.7. Relación contacto social y salud

	MMSE Puntaje Total Valor de <i>r</i>	GDS Puntaje total Valor de <i>r</i>
Número de amigos	0.226*	-0.318*
Número de hijos	0.084	- 0.055
Número de familiares	-0.165	0.170

Prueba de correlación de Pearson, $p < 0.01$. MMSE: Mini Examen Mental de Folstein; GDS: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

J= Discusión

Para la presente investigación se planteó como objetivo determinar la manera en que las redes de apoyo social (RAS) se relacionan con la salud de un grupo de personas mayores (PM) en la Ciudad de México.

Para efectos del presente estudio se retoman las redes de apoyo social medidas a partir de los siguientes componentes de las redes: apoyo familiar, extrafamiliar e institucional; contacto social; apoyos recibidos y satisfacción con los mismos; puntaje global de redes de apoyo social; asimismo, se consideró el número de hijos, de amigos y de familiares; cada uno de estos componentes se asoció con el autorreporte de diagnóstico médico de alguna enfermedad crónica, el estado afectivo con la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) y la capacidad cognitiva a partir del Mini Examen Mental de Folstein (MMSE) obteniendo los siguientes hallazgos:

Se encontró un puntaje de RAS-institucional significativamente más alto en el grupo de adultos mayores enfermos, derivado de ello, se infiere que aquellos adultos mayores que se autoreportaron como enfermos, dado su estado de salud, utilizan las redes institucionales de atención médica con mayor frecuencia. En este sentido, se ha reportado que el apoyo comunitario y de organizaciones de la sociedad civil para la prevención y control de enfermedades de las PM es escaso (Camarano y Marsilac, 2003; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011), por lo que resulta conveniente que, más allá de la disponibilidad de los servicios de salud

institucional, se fortalezca una cultura de prevención en los ámbitos familiar y comunitario. En este contexto, en un estudio descriptivo realizado en 1998 con el objetivo de conocer las determinantes de la utilización de los servicios de salud por la población de 60 años y más, a partir de información de la Encuesta Nacional de Salud II, se encontró que las variables explicativas más importantes de la utilización de servicios fueron: el estar enfermo, no haber trabajado la semana anterior y ser derechohabiente (Borges-Yáñez y Gómez-Dantés, 1998). Estos resultados son congruentes con lo observado en nuestro estudio, ya que la mayoría de las PM acuden a los servicios médicos institucionales cuando tienen algún problema de salud, lo cual implica pensar en nuevas formas de subsanar las deficiencias en cuanto a cobertura y prevención de la salud.

Otro hallazgo fue que el grupo de PM detectadas sin distimia tiene una mayor fortaleza en las RAS familiares que el grupo de AM con distimia. Lo anterior coincide con los resultados de Thanakwang y Soonthorndhada, quienes en 2011 realizaron un estudio con adultos mayores tailandeses, donde identificaron que el apoyo familiar tiene un efecto positivo indirecto en la salud. El apoyo a los adultos mayores en Tailandia es tradicionalmente una responsabilidad familiar, específicamente, los niños o los cónyuges son a menudo fuentes importantes de diversos apoyos, tanto tangibles como intangibles para las personas mayores.

Una primera explicación de este resultado (puntajes más altos de apoyo familiar en personas sin distimia) es que la familia funge como un agente protector que propicia estados afectivos altos. Resultados similares fueron reportados por Puga y colaboradores (2007), quienes encontraron que la dimensión emocional de la

salud es la más favorecida por la fortaleza de las redes familiares; la convivencia entre miembros de la familia resulta positiva siempre y cuando el apoyo no sea por necesidad.

En el contexto de la presente investigación, la familia sigue jugando un papel central; sin embargo, el ejemplo tailandés permite advertir que el constructo de familia es muy amplio y varía en cada sociedad. En este sentido, la familia como unidad básica de pertenencia se construye sobre vínculos de confianza, de solidaridad y de reciprocidad, lo que parece evidenciarse a partir de estos resultados. Por lo tanto, las redes de apoyo social constituyen una fuente de recursos sociales que se utilizan sobre todo en las circunstancias adversas (Lomnitz, 1975).

El estado afectivo parece ser el rubro más influenciado por las RAS, ya que se encontró una menor fortaleza de las RAS familiares y extrafamiliares en el grupo de adultos mayores donde se detectó distimia y fue el que presentó, también, menor satisfacción con los apoyos recibidos. En este sentido, hay que considerar que el aislamiento social es un síntoma de distimia, por lo que se infiere que, ante un estado de crisis, la persona con distimia evita los contactos familiares y extrafamiliares. Asimismo, existe negativismo y desagrado con la vida en las personas con problemas afectivos, esto explica la insatisfacción con los apoyos recibidos.

Respecto a lo anterior, también puede considerarse lo reportado por Villavicencio y colaboradores quienes encontraron que las redes familiares que están

estrictamente supeditadas al cuidado, y no a una verdadera interacción recíproca y estimulante, no cubren las necesidades afectivas del adulto mayor y por ende, no resultan efectivas. Dado que se trata de un estudio transversal es imposible establecer si es la PM o la familia el causante de la limitación de la red para hacer frente a una crisis del estado afectivo como es la distimia.

En esta misma línea, se halló una relación estadísticamente significativa entre el puntaje de las redes de apoyo extrafamiliar (amigos o grupos comunitarios), con la ausencia de distimia. Esto sugirió una asociación entre la incidencia de depresión en los adultos mayores con la escasez de las redes de apoyo social, lo cual coincide con lo reportado por Potts en 1997, quien encontró peores condiciones de salud física y mayor frecuencia de depresión en personas mayores con escasas redes de apoyo social a nivel comunitario. Asimismo, la percepción de la calidad y confianza en las redes de amistad fueron mayores en el caso de amigos externos a la residencia, cuyo apoyo social se tradujo en una menor frecuencia de depresión, lo cual permite inferir que los vínculos más significativos y que mayor ganancia afectiva proporcionan son los que resultan de la elección de la PM.

En cuanto a la prueba de correlación, los puntajes de la escala de depresión geriátrica (GDS) presentan una asociación inversa; es decir, a mayores puntajes de amigos se observan menores puntajes de la escala de distimia. Esto se confirma con los resultados estadísticamente significativos de la prueba de correlación entre el número de amigos y el puntaje de redes: cuando el número de amigos aumenta, el puntaje de GDS disminuye. Al respecto, López de Roda y Sánchez (2001) explican que las personas que se perciben más integradas a su

comunidad o grupo de referencia perciben un mayor apoyo psicológico que repercute de manera positiva en su salud mental.

Estos resultados apoyan la idea de que el componente electivo de la red es un factor que ocasiona un mejor estado de salud mental, ya que previene que la sintomatología de distimia aumente, demostrando el efecto protector referido en algunos textos. (Martínez et al., 2001; López de Roda y Sánchez, 2001; Puga et al., 2007; Medellín et al., 2012).

Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de que exista la libertad de conformar una red de apoyo, ello no garantiza su efectividad en la dimensión afectiva. Para que el apoyo sea positivo debe contar con ciertos criterios: 1) ser pertinente; es decir, acorde a las expectativas de quien va a recibirlo y 2) darse con seguridad (un apoyo bajo condiciones de ansiedad puede resultar contraproducente); además, se ha observado que el apoyo emocional es mejor recibido en circunstancias adversas incontrolables y en el plano afectivo, aún por encima del apoyo instrumental o material (Uchino, 2009).

Otro aspecto a considerar, sobre todo para efectos de intervención, es que las redes de amistad que se establecen en la vejez tienen particularidades y se han construido a lo largo de la vida, por lo cual están permeadas de componentes simbólicos personales (Uchino, 2009) y de aspectos culturales que conviene profundizar caso por caso. Es por ello que estos hallazgos deben considerarse desde trabajo social con vías a la intervención social y será conveniente analizar a

detalle los componentes de confianza, intimidad y necesidades propias de cada PM que requiera ayuda. (Potts, 1997; Villavicencio et al., 2004; Uchino, 2006).

La característica principal de las redes con amigos y conocidos es que se trata de una elección de la PM que se realiza de acuerdo a sus características, intereses y necesidades particulares, por lo que se sostiene sobre una base de confianza e intimidad, lo que afianza la calidad del apoyo social que se intercambia. En este sentido, Moreno y Jennings (1934) referían que los vínculos establecidos de manera espontánea presentaban mayor efectividad. Además, la espontaneidad brinda a los sujetos la posibilidad de diseñar para sí mismos una red cuyo propósito sea servir de soporte en momentos críticos. Aunque ésta no es la única finalidad de la red, su relevancia radica en el claro efecto amortiguador ante las crisis.

Respecto a nuestros hallazgos relativos al contacto social, observamos que el número de contactos sociales es mayor en personas sin distimia. El contacto social es esencial en cualquier etapa de la vida, lo cual coincide con lo reportado por Puga y colaboradores (2007) quienes, en un estudio multicéntrico realizado en tres países (Costa Rica, Inglaterra y España), reportaron que el estado afectivo y el bienestar son los aspectos más favorecidos por las redes familiares. Encontraron que: i) la frecuencia de los contactos parece ser uno de los aspectos determinantes para prevenir la depresión y ii) la frecuencia del contacto es responsable del efecto positivo en la salud percibida.

Este hallazgo sugiere que el contacto social; es decir, la simple coexistencia con el otro, produce efectos positivos en el estado de salud mental; sin embargo, es preciso no caer en una interpretación simplista de estos resultados, por lo que cabe señalar que la frecuencia del contacto no siempre es sinónimo de convivencia, por lo cual los datos de cohabitación no se asociaron de manera positiva (Puga et al., 2007), por lo cual se infiere que este contacto está asociado a un intercambio y reciprocidad que producen un efecto de bienestar entre los miembros de la red. Por otra parte, vuelve a quedar pendiente la discusión sobre que, debido a la sintomatología de la distimia, el contacto social sea restringido por el AM.

Los hallazgos respecto a contacto social resultan consistentes con la integración social propuesta por Durkheim. Al respecto, se reconoce que el ser humano es un ser social y por tanto, el contacto con sus semejantes le permite no solo la supervivencia, sino la evolución a etapas posteriores de la vida.

También se identificó que la satisfacción de los apoyos recibidos se asocia con una menor frecuencia de distimia, esto es consistente con lo reportado por López de Roda y Sánchez, al referir que esta percepción positiva de los vínculos genera un bienestar en el estado psicológico de las PM (López de Roda y Sánchez, 2001).

Por otra parte, lo anterior confirma lo referido respecto a la dualidad de las RAS. Si la red es una fuente de demandas o de maltrato, se pierde el sentido de la

reciprocidad y aunque la red permite un intercambio de apoyos, el efecto en la satisfacción es negativo (Matud et al, 2002; Montes de Oca, 2003).

Como se puede observar, los hallazgos de nuestro estudio sugieren que el apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud mental y con la recuperación de la enfermedad. Al respecto, los mecanismos propuestos para la explicación de dicha asociación son los siguientes: i) la percepción de apoyo social puede producir un efecto protector o amortiguador y reduce el impacto negativo de los eventos críticos; ii) el apoyo social puede reforzar la autoestima, el sentido de control y la capacidad para afrontar más eficazmente la enfermedad, teniendo así un efecto promotor de la salud (Barra, 2004; Fernández, 2005; Guzmán et al., 2002).

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Mendoza-Núñez y colaboradores (2016) quienes retoman la ERASAM en la medición de las RAS de un grupo de AM diabéticos, realizando la comparación entre un grupo de diabéticos controlados con uno de diabéticos descontrolados; se reportó una puntuación media significativamente más alta en el puntaje de apoyo extrafamiliar en el grupo de diabéticos controlados en comparación con el grupo descontrolado; además, el puntaje de satisfacción con los apoyos recibidos fue significativamente mayor en el grupo de diabéticos controlados en comparación con el grupo no controlado. Esta observación sugiere que el apoyo social de amigos y grupos de autoayuda representa un capital con efectos positivos en el autocuidado. Los grupos comunitarios de autoayuda se presentan como una alternativa para la

prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes mellitus.

Finalmente, en los resultados referentes a la asociación de las RAS con el estado cognitivo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos con y sin deterioro cognitivo, lo cual apunta que no basta con la presencia de las RAS, si estas no propician experiencias y tareas para la realización de actividades complejas, no existe cambio en las funciones cognitivas. Este hallazgo coincide con lo reportado por Park y colaboradores en 2014, quienes compararon seis grupos, tres de los cuales llevaron a cabo una actividad compleja de manera constante; dos de ellos realizaron una actividad cotidiana de baja demanda intelectual y sin contacto social; otro grupo realizó de forma constante actividades sociales de baja demanda cognitiva: conversación, juegos de mesa simples, paseos recreativos. Las personas que sólo convivieron realizando una actividad social no presentaron cambios cognitivos a diferencia de las personas que realizaron actividades cognitivamente exigentes de manera constante.

Esto brinda una oportunidad de intervención comunitaria con programas que incluyan entrenamiento de actividades complejas que impacten positivamente en las funciones cognitivas de los adultos mayores (Ball et al., 2002; Park et al., 2014).

Respecto a la correlación del número de contactos sociales con el puntaje del MMSE se observó una correlación positiva con el puntaje de número de amigos, esto sugiere que la interacción con los amigos podría tener un efecto positivo en

las funciones cognitivas. Este hallazgo es congruente con lo reportado por Seeman y colaboradores (2001) quienes, en el estudio de cohorte de MacArthur sobre envejecimiento exitoso, observaron que el apoyo emocional brindado por amigos es un predictor significativo de una mejor función cognitiva.

Sobre este aspecto será necesario profundizar acerca de los componentes de la red que coadyuvan a una mejor función cognitiva. Se infiere que la integración social es un componente que influye significativamente en el estado de salud y el bienestar del adulto mayor, sin embargo, parece que el contacto social no es suficiente en lo que a salud cognitiva se refiere.

De acuerdo con los hallazgos se evidencian distintas alternativas de intervención desde el trabajo social, mismas que a manera de cierre, se expresarán a continuación:

Es posible consolidar la promoción de la salud a través de las metodologías de trabajo grupal y comunitario de modo que estos constituyan un espacio acorde a las necesidades específicas de las PM y a la creación de relaciones espontáneas.

No basta con la oferta de grupos de ayuda mutua y de programas de envejecimiento saludable, resulta fundamental que el trabajador social considere otras variables socioeconómicas (género, edad, cobertura en salud, presencia de enfermedades) de tal manera que las RAS realmente sean potenciadas en sentido positivo. En este sentido, es importante reconocer que en la vejez existe mayor posibilidad de presentar una desventaja acumulada; es decir, características como edad avanzada, una situación económica precaria, desigualdad de género,

carencia de seguridad social y/o presencia de enfermedades crónicas o sociales que tienen mayor probabilidad de presentarse en las PM.

Las redes de amigos y conocidos, encaminadas hacia la autogestión y el autocuidado, pueden transformarse en una estrategia de intervención para aprovechar el capital social disponible en esta red, lo que propiciaría, de manera intencional, grupos de pares que sirvan como puente a futuros modelos de cuidado y apoyo mutuo.

También es necesario que el trabajador social se asuma como parte de las RAS y, dependiendo de su rol en el ámbito formal o informal, fomente de manera intencional, pero natural, espacios de confianza, intimidad, reciprocidad e intercambio que le sirvan como un recurso para fortalecer las redes con amigos y conocidos que le permitan detonar este efecto protector de la red.

Es importante profundizar en los aspectos contextuales de los grupos de AM desde una perspectiva analítica-interpretativa que permita una verdadera comprensión de las necesidades de los grupos de PM y que se encamine al diseño de intervenciones específicas y pertinentes.

Finalmente, es importante no dejar de lado el componente de reciprocidad en la red que, si bien no fue abundado en el presente trabajo, es precisamente el fundamento de la red. Al respecto cabe señalar que los adultos mayores no son sólo agentes receptores de apoyo, sino que también aportan al mismo; el trabajador social no sólo es facilitador, sino que también participa de la red. Precisamente el concepto de RAS implica ese entrelazamiento de distintos tipos

de capitales sociales, económicos, culturales y financieros que confluyen en un mismo espacio, lo cual le dota de mayor riqueza y potencialidad.

➤. Limitaciones del estudio

- El diseño de la investigación fue transversal, por lo tanto, no es posible determinar una dirección causal entre las RAS con el estado de salud físico, el deterioro cognitivo y la distimia. En este sentido, la asociación puede ocurrir en ambos sentidos.
- Para efectos de la presente investigación y con fines analíticos se estableció a las RAS como variable independiente y al estado de salud físico, el deterioro cognitivo y la distimia como variables dependientes. Se considera importante la realización de estudios longitudinales que permitan observar más claramente la dirección de dicha asociación.
- El estado de salud físico fue valorado a partir del autorreporte de la población. No se constató el estado de salud clínico de la población estudiada. Asimismo, los componentes de las RAS expresan la autopercepción de los AM que participaron en el estudio. Ambas mediciones son susceptibles de valoraciones objetivas en estudios posteriores.
- La muestra no fue representativa.
- La red se analizó centrada en el ego; es decir, sólo considera a las PM y no evalúa a los demás actores involucrados en ella, motivo por el cual la visión de red es parcial.

X. Conclusiones

Hipótesis: *Considerando los estudios relativos al efecto de las redes de apoyo social sobre la salud en adultos mayores, suponemos que existe una relación estadísticamente significativa entre la densidad y la satisfacción de los apoyos que brindan las redes sobre el estado de salud física, el deterioro cognitivo y la distimia de la población de estudio.*

- Los hallazgos sugieren que las redes de apoyo social tienen un efecto positivo estadísticamente significativo, sobre el estado de salud de los adultos mayores.
- Las redes de apoyo institucional son utilizadas con mayor frecuencia por los adultos mayores enfermos lo que apunta a que los programas preventivos y de envejecimiento saludable no se promueven o no se implementan en la población estudiada.
- El puntaje de redes de apoyo social familiar y extrafamiliar, número de contactos sociales y satisfacción de los apoyos recibidos tienen un efecto protector estadísticamente significativo contra la distimia.
- No existe diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de redes de apoyo social familiar y extrafamiliar, números de contactos sociales y satisfacción de los apoyos recibidos entre los grupos con y sin deterioro cognitivo, sugiriendo que las redes de apoyo social no están promoviendo el desarrollo de actividades complejas que tengan un efecto positivo sobre las funciones cognitivas.
- Los hallazgos sugieren que el número de amigos tiene un efecto positivo para la prevención de distimia y deterioro cognitivo.

XI. Perspectivas

- Se considera importante llevar a cabo estudios longitudinales que permitan establecer las relaciones de causalidad con el estado de salud de las personas mayores.
- Es necesario llevar a cabo estudios prospectivos con muestras representativas que permitan confirmar los hallazgos.
- Realizar investigaciones que vinculen componentes objetivos del estado de salud físico de las PM con las RAS.
- Se considera útil realizar un estudio de tipo cualitativo para conocer los elementos simbólicos que influyen en la construcción de las RAS.
- Es importante realizar estudios que permitan ampliar el marco de referencia de las RAS, considerando los distintos nodos que componen la red.
- En necesario promover programas de intervención que incluyan entre sus contenidos. el entrenamiento de actividades complejas para fortalecer y mejorar las funciones cognitivas en las personas mayores de la comunidad.
- Se deben implementar programas de envejecimiento activo que promuevan el incremento de las redes de amigos con el propósito de mejorar y fortalecer el estado afectivo y cognitivo a nivel comunitario.

XII. Referencias

Amaris, G. y Arrieta, E. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(1), 75-87.

Arias, C. (2001). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad*. (Tesis Magister en Psicología Social), Mar del Plata: Universidad del Mar del Plata.

Arronte, A. (2007) Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. México: FES Zaragoza, UNAM.

Ávila-Toscano, J. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(2), 65-74.

Ball K., Berch D., Helmers K., Jobe J., Leveck M., Marsiske M., Morris, J., Rebok, G., Smith, D., Tennstedt, S., Unverzagt, F., Willis S. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults. *The Journal of the American Medical Association*, 288 (18), 2271–2281.

Barnes, J. (1954). Class and committees in a Norwegian island parish. *Human relations*, 7(1), 39-58.

Barra, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica de México*, 47, S4-S11

Bey, M. (2011). Relaciones sociales: ¿don o intercambio?. *Desacatos*, (36), 201-208.

Borges-Yáñez, S. y Gómez-Dantés, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, 40(1), 13-23.

Bush, T., Miller, S., Golden, A., y Hale, W. (1989). Self-report and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. *American journal of public health*, 79(11), 1554-1556.

Borrell, C., y Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 101-108.

Brüssow, H. (2013). What is health?. *Microbial biotechnology*, 6(4), 341-348.

Butman, J., Arizaga, R., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., De Pascale, A., Allegri, F., Mangone, C. y Ollari, J. (2001). El "Mini Mental State Examination" en Español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina*, 26(1), 11- 15.

Caro, E. (2003). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. En: *Simposio viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social*; Santiago de Chile: CEPAL.

Disponible

en:

http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_ecaro.pdf

Camarano A. y Pasinato, M. (2003). Análisis situacional de las redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. En: *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002. 33-40.

Caponi, S. (1997). George Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, ciências, saúde - Maguinbos*, IV (2), 287-307.

Carballeda, A. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Trabajo Social UNAM*, (01), 47-59.

Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331-.338.

Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-35.

CELADE, CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, BID, et al. (2003). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL. Disponible en:

<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>

Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., y Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *The Lancet*, 385(9967), 563-575.

CONEVAL. (2016). Líneas de bienestar y canasta alimentaria. Recuperado el 28 de octubre de 2016.

<http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2008). Redes de apoyo social. En I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (83-99) Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-informe-01.pdf>

Contreras, A., y Vera, I. (2003). La influencia de Durkheim en la teoría funcionalista de Malinowski. *Ciencia Ergo Sum*, 10(2).

Dabas, E. (1995). De la desestructuración de lo macro a la estructuración de lo micro: las redes sociales en la reconstrucción de la sociedad civil. En Dabas, E., y Najmanovic, D. (Ed.), *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil* (pp. 420-455). Buenos Aires, Argentina: Paidós Ibérica.

Dabas, E., y Perrone, N. (1999). Redes en salud. Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba, 3.

De Jaeger, C. (2011). Fisiología del envejecimiento. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 32(3), 1-8.

De La Rúa, A. (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social. *Revista de Trabajo Social*, 8 (1), 9-21.

Díaz-Tendero, A. (2012). La teoría de la economía política del envejecimiento: un nuevo enfoque para la gerontología social en México. México: El Colegio de la Frontera Norte.

Duran, D., Orbegoz, L., Uribe-Rodríguez, A. y Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.

Durkheim, E. (1893). La división del trabajo social. México: Colofón.

Durkheim, E. (1897). El suicidio. Estudio de sociología y otros textos complementarios. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.

Engler, T. (2002). Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable. En: Engler, T.A. y Martha B. Peláez, M.B. Más vale por viejo. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo Organización/Panamericana de la Salud, 23-64.

Fernández, X y Robles, A. (2008). Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Costa rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. Recuperado el 9 de febrero de 2017 en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-vejez-01.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. *Congreso sobre envejecimiento: La investigación en España*, Madrid (pp. 9-11).

Fernández, P. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia: Revista de Recerca i Investigació en Antropologia*, 3.

Fernández-Merino, M., Rey-García, J., Tato, A., Beceiro, F., Barros-Dios, J. y Gude, F. (2000). Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. *Atención Primaria*, 25(7), 459-463.

Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Duran-Muñoz, C., Reyes, H. y Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 792-801.

Gallino, L. (1995). *Diccionario de sociología*. México: Siglo XXI.

García, F. (2013). Autopercepción de Salud y Envejecimiento. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1(1), 69-77.

Gómez, P. (2005). Reflexiones en torno al concepto de salud. *Revista Procesos Psicológicos y Sociales*, 2 (1), 2-16.

Gómez-Angulo, C. y Campos-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.

Gómez, N., Bonnin, B., Gómez de Molina, M., Yáñez, B. y González, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Medicina*, 42(1), 12-17.

González-Block M., Duarte, M., Salgado de Snyder, N., Robles-Silva, L y Scott, J. (2007). *Atención a la salud de grupos vulnerables. Hacia una síntesis de la literatura. Resumen Ejecutivo*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Gray A. (2009). The social capital of older people. *Ageing Society*, 29:5-31.

Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Hernández-Ávila, M. (2012).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 17-126.

Gutiérrez, L., Agudelo, M., Medina, R y Giraldo, M. (2016) Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Instituto Nacional de Geriatria.

Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Santiago de Chile: CEPAL.

Disponible en:

http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf

Hardy, R., Muniz-Terrera, G. y Hofer S. (2013). *Desing of life course studies of healthy ageing*. En: Kuh, D. et al. A Life Course Approach to Healthy Ageing. Oxford Scholarship Online, 65-78.

Huber, M., Knottnerus, J., y Green, L. (2011). ¿Debería modificarse la definición de salud de la OMS?. *The British Medical Journal*. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=72079>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio). 7 de julio de 2016. INEGI: Aguascalientes, Ags. México; 2016. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf

Isorni, M. (2008). Sociedad, cohesión social y crisis: una lectura desde el pensamiento de Emile Durkheim. *Revista CIFRA de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud*. Disponible en: <http://fhu.unse.edu.ar/carreras/rcifra/c3/03isorni.pdf>

Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Pelcastre-Villafuerte, B., Ruelas-González, M., Reyes-Morales, H., (2014) La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*, 35(4) 284-290.

Kaplan, G., Strawbridge, W., Camacho, T. y Cohen, R. (1993). Factors associated with change in physical functioning in the elderly: A six-year prospective study. *Journal of Aging and Health*, 5(1), 140-153.

Kahn, R. y Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior*, 3, 253-286.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*, 18(4), 229–240.

Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.

Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1985). *Social support, life events, and depression*. Orlando: Academic Press.

Lichtenstein, R. y Thomas, J. (1987). A comparison of self-reported measures of perceived health and functional health in an elderly population. *Journal of Community Health*, 12(4), 213-230.

Lomnitz, L. (1975). *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI.

López de Roda, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.

López de Roda, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1). pp. 17-23.

Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales. *Papers: Revista de Sociología.*, 103-126.

Maddox, G. y Douglass, E. (1973). Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *Journal of health and social behavior*, 14 (1), 87-93.

Malinowsky, B. (1953). *Magic, Science and Religion, and Other Essays*, Traducción: Antonio Pérez Ramos, Barcelona: Planeta de Angostini.

Martín, E., y Dávila, L. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20(2), 229-235.

Martínez, M., Ramírez, M., y Jariego, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.

Matus, T. (2007). Apuntes de Intervención Social. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. Material inédito. Recuperado de: <https://trabajosocialucen.files.wordpress.com/2012/04/apuntessobreintervencionsozial.pdf>, consultado en octubre de 2016.

Medellín, M., Rivera, M., López, J., Cedeño, G. y Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 157-154.

Mendoza-Núñez, V., Flores-Bello, C., Correa-Muñoz, E., Retana-Ugalde, R. y Ruiz-Ramos, M. (2016). Relationship between social support networks and diabetes control and its impact on the quality of life in older community-dwelling Mexicans. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1312-1316.

Mendoza-Núñez, V. (2015). Envejecimiento humano: Un marco conceptual para la intervención comunitaria. En: Martínez-Maldonado, M.L. y Mendoza-Núñez, V.M. Promoción de la salud de la mujer adulta mayor. México: INGER.

Mendoza-Núñez, V., Martínez-Maldonado, M., y Vargas-Guadarrama, L. (2013). Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias de la gerontología comunitaria. México: FES Zaragoza, UNAM.

Mendoza-Núñez, V., Martínez-Maldonado. M. (2009). Escala de redes de apoyo social para adultos mayores. En: González-Celis, A. Evaluación en psicogerontología. México: Manual Moderno. p. 95-112.

Mendoza-Núñez, V., Sánchez-Rodríguez, M. y Correa-Muñoz, E. (2008). Estrategias para el control de enfermedades crónico degenerativas a nivel comunitario. México: FES Zaragoza, UNAM.

Montes de Oca, V., (2003). Buena hija, madre y esposa. Los roles de género en las trayectorias de vida de mujeres adultas mayores en la ciudad de México. *Trabajo Social, Revista trimestral Escuela Nacional de Trabajo social-UNAM*, México, 94-104.

Montes de Oca, V. (2005), Redes comunitarias, género y envejecimiento. Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombres y mujeres adultas mayores: la experiencia de la colonia Aragón en la ciudad de México, *Cuadernos de Investigación*, México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.

Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2008). Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 11(1), 143-166.

Montes de Oca-Zavala, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones, Revista Arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades*, (62), 159-181.

Moragas, R. (1998). Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder.

Moreno, J. y Jennings, H. (1934). Who shall survive?. Washington, DC: Nervous and Mental Disease Publishing Company.

Mossey J., Shapiro E: (1982) Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.

Mota, L. y Sandoval, E. (2011). Acción social solidaria, confianza y diversidad cultural en América Latina. En: Barba, C. Perspectivas críticas sobre la cohesión social: desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina, Buenos Aires: Consejo latinoamericano de ciencias sociales-CLACSO. 23-52.

Murillo- Hernández, A. y Loo-Morales, I. (2007). Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15 (1), 11-20.

Najmanovich, D. (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia., *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*, 6 (14), 106-111.

Niebrój, L. (2006). Defining health/illness: societal and/or clinical medicine?. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 57, 251-262.

Oddone, M. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. *Informes Envejecimiento en red*, 4. Recuperado en:

http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/csic0008.dir/csic0008.pdf.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

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

Organización Mundial de la Salud. (2013). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva No. 381. Disponible de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Organización Mundial de la Salud (2008). Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (Versión provisional en español). Disponible de: http://www.who.int/mental_health/publications/es/

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión breve en español. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Park, D., Lodi-Smith, J., Drew, L., Haber, S., Hebrank, A., Bischof, G. y Aamodt, W. (2014). The impact of sustained engagement on cognitive function in older adults: the synapse project. *Psychological science*, 25(1), 103-112.

Pastor; A. (2005). El trabajador social en el ámbito gerontológico. Andalucía: Formación Alcalá.

Pelcastre-Villafuerte, B., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., y Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460-470.

Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2).

Pilnik, S. (2010). El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 30(1).

Piña, M. y Moragas, R. (2004). *Gerontología social aplicada: visiones estratégicas para el trabajo social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1).

Potts, M. (1997). Social support and depression among older adults living alone: The importance of friends within and outside of a retirement community. *Social Work*, 42(4), 348-362.

Reyes-Morales, H., Doubova, S., García-González, J., Espinosa-Aguilar, A., Jiménez-Urbe, R., Peña-Valdovinos, A. y Mendoza-Núñez, V. (2009). Guía para la evaluación gerontológica integral. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 291-306.

Rivera, J. (2004). Asociaciones y grupos de ayuda mutua: un nuevo paradigma en el ámbito de la salud. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 14 (1), 83-99.

Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. y Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Franco-Núñez, A., Villalpando, S., Cuevas-Nasu, L., Gutiérrez, J. y Rivera-Dommarco, J. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública de México*, 55, S332-S340.

Ruigómez, A., Alonso, J. y Antó, J. (1991). Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 5(24), 117-124.

Salleras, L. (1991). La salud y sus determinantes sociales., *Anthropos, Revista de documentación Científica de la Cultura (Barcelona)*, 118/119, 32-39.

Sánchez, J. (2002). *Psicología de los grupos: teorías, procesos y aplicaciones*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.

Sanhueza, M., Castro Salas, M. y Merino Escobar, J. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 17-21.

Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, S., Rué, M. y Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223.

Schlaepfer-Pedrazzini, L. e Infante-Castañeda, C. (1990). La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública de México*, 32(2), 141-155.

Senado, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 453-460.

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruán, C., Cervantes-Turrubiates, L., y Villalpando-Hernández, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 50(5), 383-389.

Secretaría de Salud (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud, Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf

Secretaría de Salud (2014). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Ciudad de México: Secretaria de salud. Disponible en:

[http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/37311/PAE_AtencionEnvejecimien
to2013_2018.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/37311/PAE_AtencionEnvejecimient
to2013_2018.pdf)

Seeman, T., Lusignolo, T., Albert, M. y Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, 20(4), 243-255.

Thanakwang, K. y Soonthorndhada, K. (2011). Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly. *Journal of Aging and Health*, 23(8) 1352–1378.

Terán, M. (2014). Test para la identificación de una red social egocéntrica de apoyo social. México: Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

Tello, N. (2008). Trabajo social, disciplina del conocimiento. *Apuntes de Trabajo Social*. México: Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.

Uchino, B. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255.

Vélez, O. (2003), Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas, Buenos Aires: Espacio.

Villavicencio, C., Rodríguez, C., Romero, E., Fernández, V. y Fleites, M. (2004). Caracterización de redes de apoyo social para adultos mayores de un grupo básico de trabajo. *Medicentro Electrónica*, 8 (2).

Wong, R., Peláez, M., y Palloni, A. (2005). Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica*, 17(5/6), 323-332.

Yanguas, L. (2006). Funcionamiento social: Apoyo social. En Yanguas; L. Análisis de la calidad de vida relacionada a la vejez desde una perspectiva multidimensional, Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 33-46.

Yen, I. y Kaplan, G. (1999). Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 90-94.

Zarebsky, G. (2011). El futuro se construye hoy: la reserva humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento. Buenos aires: Paidós.

XIII. Anexos

1. Consentimiento informado	158
2. Mini Examen Mental de Folstein.	161
3. Escala de depresión geriátrica Yesavage.	167
4. Escala de Redes de Apoyo Social, ERASAM.	172

Anexo 1. Consentimiento informado

Se informó a cada participante los objetivos de la investigación, el periodo de implementación del proyecto, la gratuidad y confidencialidad de los servicios como parte de un programa de intervención comunitaria de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Asimismo, se dio a conocer las generalidades de los instrumentos de evaluación gerontológica aplicados y los posibles beneficios para su persona y la sociedad.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
* Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
EN CONVENIO CON LA DELEGACIÓN TLALPAN



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD
DE UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE A NIVEL COMUNITARIO.**

Especialistas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México llevarán a cabo diversas investigaciones para avanzar en el conocimiento del proceso de envejecimiento a nivel del bioquímico, clínico y social en grupos de personas de la demarcación de la delegación Tlalpan.

OBJETIVO

- Conocer la salud y estado psicológico de los adultos mayores a través de instrumentos escritos de fácil resolución y realizar tomas de muestras para posteriormente efectuar pruebas de laboratorio.

LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES SE COMPROMETE A:

- Asistir periódicamente, llevar cabo el levantamiento de datos con sus propios materiales, efectuar trabajo de sensibilización y difusión de información, canalizar los casos que así lo requieran y mantener la confidencialidad de todos los casos.

COMPROMISO DEL PARTICIPANTE:

- Asistir a todas las citas y participar en las actividades programadas y, en el caso de no desear participar más en el programa avisar y declarar los motivos que tiene para ello.

TIEMPO DE DURACIÓN

- El programa tiene una duración de dieciocho meses ininterrumpidos, se trata de un diagnóstico e intervención multidisciplinaria y requiere tiempo para advertir resultados.

RIESGOS

- No existe ningún riesgo para su salud, las tomas de muestras sanguíneas serán llevadas a cabo por personal experimentado con material nuevo y desechable y las preguntas de índole personal que no ponen en riesgo la integridad del participante.

PROBABLES BENEFICIOS

- Usted verá mejorada su calidad de vida y la sociedad en su conjunto sea beneficiada con los resultados de las investigaciones.

NO TIENE COSTO.

- Las pruebas no tendrán ningún costo y los resultados de glucosa, perfil lipídico, perfil renal, biometría hemática, así como los de las pruebas de funcionalidad física y de la evaluación gerontológica integral se les entregarán.

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 LAS INVESTIGACIONES Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos y he recibido una copia de este impreso.

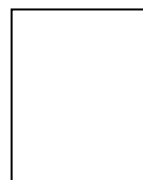
Nombre y firma del participante _____

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 testigo.



En caso de cualquier duda o sugerencia en relación al proyecto comunicarse con: Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez

Unidad de Investigación en Gerontología, FES Zaragoza UNAM, México D.F., Tel. 015556230700, #, 39182, 015556230770, o a los correos: mendovic@servidor.unam.mx, tpi@puma2.zaragoza.unam.mx

En la Delegación Tlalpan: C. Ana María Sandoval Santos. Calle Moneda s/n interior Parque Juana de Asbaje, Col. Tlalpan, C.P. 14000. México D.F. Tel: 58467332 ó 54831500 ext: 1360. Correo-e: jud.apaam@hotmail.com

Anexo 2. Mini Examen Mental de Folstein (MMSE)

El Mini Examen Mental de Folstein (MMSE) es una prueba de tamizaje que evalúa la función cognitiva; no se requiere un espacio privado para la aplicación, se llevó a cabo con el apoyo de psicólogos y neuropsicólogos del programa de intervención. El dictamen de deterioro cognitivo es el resultado de los puntajes que arroja la prueba, mismos que se valoran de forma específica considerando la edad y escolaridad de cada sujeto (Arronte, 2007)

Mini Examen del Estado Mental de Folstein

Objetivo: Detectar deterioro cognitivo en adultos mayores.

Características: Es una prueba neuropsicológica de tamizaje (diagnóstico probable) validada en población mexicana, ampliamente utilizada en los ámbitos clínico y epidemiológico.

Estructura: El instrumento está conformado por 30 preguntas integradas en 5 secciones (orientación, registro, atención y cálculo, lenguaje, memoria diferida).

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Material requerido: Formato de prueba impreso, lápiz, reloj, hoja de papel tamaño carta en blanco, una tarjeta tamaño media carta en la que aparezca en el centro con letra grande la instrucción "CIERRE LOS OJOS" y al reverso el dibujo de los pentágonos imbricados.

Espacio físico recomendado: Se requiere un lugar tranquilo y privado, una mesa y dos sillas (una para el evaluador y otra para la persona que será evaluada).

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia de la prueba: *"Le haré algunas preguntas para evaluar su memoria, quizá algunas le parezcan muy sencillas, sin embargo es muy importante que responda a todas". "¿Está usted de acuerdo en participar?"*
2. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos, visuales, músculo-esqueléticos o cognitivos severos que le impidan escuchar, leer, escribir, realizar movimientos o comprender las instrucciones.
3. Especifique el tiempo aproximado de la prueba.
4. Aplique todo el instrumento independientemente de la escolaridad de la persona y para la calificación considere la escolaridad y la edad (ver cuadro 1).
5. En la sección IV sobre comprensión de lenguaje, debe señalarle a la persona que ponga atención a la instrucción y que realice la tarea después de escuchar todas las indicaciones *"Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo"*. Observe cuidadosamente como lleva a cabo la tarea.
6. Dé el tiempo suficiente para que la persona responda a cada una de las preguntas.
7. No apruebe ni desaprobe las respuestas.
8. Apéguese al protocolo establecido en el instrumento.

9. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.
10. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable.

Escala de evaluación: En todos los casos, las respuestas correctas del sujeto se califican con el número 1 (uno), cuando sean incorrectas con 0 (cero); la calificación debe colocarse dentro de los paréntesis que aparecen a la derecha. Sume todas las calificaciones del lado izquierdo de cada apartado para obtener la puntuación total y anótela en el espacio destinado a la "Calificación total" que aparece en la ficha de identificación.

Cuadro 1. Puntos corte para determinar deterioro cognitivo por escolaridad y edad.*

AÑOS DE ESCOLARIDAD	EDAD							
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
0-4 años	23	22	23	22	22	21	20	19
5-8 años	27	26	26	26	26	25	25	23
9-12 años	28	28	28	28	27	27	25	26
13 ó más	29	29	29	29	28	28	27	27

*Crum et al. JAMA.1993; 269:2386-1391.



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

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Escolaridad: _____

Calificación Total: _____

Calificación Máxima Calificación Obtenida (Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta)

I.Orientación

- | | | |
|---|-----|--|
| 5 | () | Pregunte: <i>¿Qué fecha es hoy?</i>
Después complete solo las partes omitidas;
formulando las siguientes preguntas:
¿En qué año estamos? ()
¿En qué mes estamos? ()
¿Qué día del mes es hoy? ()
¿Qué día de la semana? ()
¿Qué hora es aproximadamente? () |
| 5 | () | Pregunte: <i>¿En dónde nos encontramos ahora?</i>
(Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la
información faltante haga las siguientes preguntas:
¿En qué lugar estamos? ()
¿En qué país? ()
¿En qué estado? ()
¿En qué ciudad o población? ()
¿En qué colonia, delegación o municipio? () |

*Fuente: Reyes de Beaman S, et al. *Aging Neuropsychol Cogn* 2004; 11(1):1-11.

Calificación Máxima Calificación Obtenida

II. Registro

3 ()

Diga al sujeto la siguiente instrucción: *"Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, bicicleta y cuchara"*, después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correcta del primer ensayo. Si no lleva a cabo la tarea en el primer ensayo repítalo hasta que el sujeto se las aprenda (máximo 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

	Ensayos					
	1	2	3	4	5	6
Papel	()	()	()	()	()	()
Bicicleta	()	()	()	()	()	()
Cuchara	()	()	()	()	()	()

Calificación Máxima Calificación Obtenida

III. Atención y Cálculo

5 ()

Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100. *"Fijese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100-7 = 93; 93-7 = 86."* Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 subtracciones (no proporcione ayuda)

79	()
72	()
65	()
58	()
51	()

Calificación Máxima Calificación Obtenida

IV. Memoria diferida

3 ()

Pida al sujeto: *"Repita las tres palabras que le pedí que recordara"*.

Papel	()
Bicicleta	()
Cuchara	()

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	V.Lenguaje
3	()	<p>Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: <i>¿Cómo se llama esto?</i> Repita lo mismo con un lápiz.</p> <p>Reloj () Lápiz ()</p> <p>Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: <i>"Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención"</i>.</p> <p style="text-align: center;">"NI NO, NI SI, NI PERO" (sólo un ensayo) ()</p>
3	()	<p>Comprensión verbal: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indiquele al sujeto: <i>"le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez"</i>.</p> <p><i>"Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo"</i> (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).</p> <p>Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Déjelo en el suelo ()</p>
1	()	<p>Comprensión escrita: Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta: "Cierre los ojos". Pida al sujeto:</p> <p><i>"Por favor haga lo que dice aquí"</i>. ()</p>

CIERRE LOS OJOS

Anexo 3. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)

Esta prueba establece un diagnóstico probable de distimia a través de 30 preguntas dicotómicas (sí/no). El puntaje menor a 10 se considera normal, de 11 a 30 puntos se considera distimia. Requiere un espacio privado para su aplicación, puede ser autoaplicado, aunque en este caso la aplicación fue mediante entrevista directa por un profesionalista (Arronte, 2007).

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Objetivo: Establecer el diagnóstico presuntivo de depresión.

Características: Es un cuestionario, que a partir de preguntas sencillas, permite detectar de manera presuncional (diagnóstico probable) la depresión.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 30 preguntas dicotómicas (sí/no) y puede ser de autoaplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: Se requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquese el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos, visuales o cognitivos severos que le impidan escuchar, ver o comprender las preguntas.
4. Asegúrese de que la persona puede responderlo sin ayuda, de lo contrario usted lo debe aplicar.
5. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta, si tiene alguna duda corrobórela con el supervisor.
7. Pregúntele, nombre, la edad, anote el sexo y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
8. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.
10. Si la persona llora, dele tiempo para recuperarse y continúe con la aplicación. Si la persona tiene una depresión severa y usted considera que no puede continuar, suspenda la prueba y anote en el apartado de observaciones los motivos de su decisión.
11. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.

12. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable, sumando los "1" acorde con la clave.

Escala de evaluación:

0 - 10 normal.

11 o más puntos indica probable depresión.



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

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1: 37-43.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL _____

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones: _____

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

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

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
 DE YESAVAGE
 CLAVE PARA CALIFICACIÓN**

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?	1	0
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
11	¿Está a menudo, intranquilo(a) e inquieto(a)?	1	0
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	1	0
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?	1	0
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	0	1
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?	1	0
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21	¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
22	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?	1	0
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?	0	1
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	0	1

Anexo 4. Escala de redes de apoyo social para personas mayores (ERASAM)

Las redes de apoyo social para las personas mayores fueron evaluadas mediante la administración de la ERASAM, que fue validada en personas mayores en México.

Este cuestionario evalúa las siguientes tres redes de apoyo social: a) familiar: esposa o esposo, hermanos, hermanas, primos, sobrinos, hijas, nietos, nietas, sobrinos y sobrinas; b) extrafamiliares: amigos y compañeros, grupos comunitarios; c) institucionales: instituciones de atención de la salud e instituciones de atención social.

Incluye 18 preguntas relacionadas con las redes familiares, extrafamiliares e institucionales, evaluando el contacto social, los apoyos recibidos y la satisfacción con las redes de apoyo social (Arronte, 2007; Mendoza-Núñez et al., 2016).

Escala de evaluación:

1. **Pregunta 1. Frecuencia de contacto social y comunitario.** El puntaje máximo de 3 corresponde al 100%; 2= 66%; 1= 33% y 0 = 0%.
2. **Pregunta 2. Tipo de apoyos que recibe.** Si recibe los 4 tipos de apoyo se califica como 100%; 3 =75%; 2 = 50%; 1= 25% y 0=0%.
3. **Pregunta 3. Satisfacción del apoyo recibido.** El puntaje máximo de 12 corresponde al 100%; 11=92%; 10=83%; 9=75%; 8= 67%; 7=58%; 6=50% 5=42%; 4=33%; 3=25%; 2=17%, 1= 8% y 0=0%.
- 1) **Apoyo social familiar.** El puntaje crudo máximo es de 57, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado. Ejemplo: si un persona tiene un puntaje crudo de 21, correspondería al 37% de apoyo (cuadro I).
- 2) **Apoyo social extrafamiliar.** El puntaje crudo máximo es de 38, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro II).
- 3) **Apoyo social institucional.** El puntaje máximo es de 19, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro III).
- 4) **Magnitud de contactos sociales y comunitarios.** El puntaje crudo máximo es de 18, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro IV).
- 5) **Magnitud de apoyos sociales recibidos.** El puntaje crudo máximo es de 24, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro V).
- 6) **Grado de satisfacción.** El puntaje crudo máximo es de 72, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro VI).
- 7) **Apoyo social global.** El puntaje máximo es de 114, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones (cuadro VII).

Cuadro I. Apoyo social familiar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	2	16	28	31	54	46	81
2	4	17	30	32	56	47	83
3	5	18	32	33	58	48	84
4	7	19	33	34	60	49	85
5	9	20	35	35	61	50	86
6	11	21	37	36	63	51	86
7	12	22	39	37	65	52	91
8	14	23	40	38	66	53	93
9	16	24	42	39	68	54	95
10	18	25	44	40	70	55	96
11	19	26	46	41	72	56	98
12	21	27	47	42	74	57	100
13	23	28	49	43	75		
14	25	29	51	44	77		
15	26	30	53	45	79		

Cuadro II. Apoyo social extrafamiliar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	3	11	29	21	55	31	82
2	5	12	32	22	58	32	84
3	8	13	34	23	61	33	87
4	11	14	37	24	63	34	89
5	13	15	39	25	66	35	92
6	16	16	42	26	68	36	95
7	18	17	45	27	71	37	97
8	21	18	47	28	73	38	100
9	24	19	50	29	76		
10	26	20	53	30	79		

Cuadro III. Apoyo social institucional (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	5	6	32	11	56	16	84
2	11	7	37	12	63	17	89
3	16	8	42	13	68	18	95
4	21	9	47	14	74	19	100
5	26	10	53	15	79		

Cuadro IV. Magnitud de contactos sociales y comunitarios (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	6	7	39	13	72
2	11	8	44	14	76
3	17	9	50	15	83
4	22	10	56	16	89
5	28	11	61	17	94
6	33	12	67	18	100

Cuadro V. Magnitud de apoyos sociales recibidos (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	4	7	29	13	54	19	79
2	8	8	33	14	58	20	83
3	13	9	38	15	63	21	88
4	17	10	42	16	67	22	92
5	21	11	46	17	71	23	96
6	25	12	50	18	75	24	100

Cuadro VI. Grado de satisfacción (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	1	16	22	31	43	46	64	61	85
2	3	17	24	32	44	47	65	62	86
3	4	18	25	33	46	48	67	63	88
4	6	19	26	34	47	49	68	64	89
5	7	20	28	35	49	50	69	65	90
6	8	21	29	36	50	51	71	66	92
7	10	22	31	37	51	52	72	67	93
8	11	23	32	38	53	53	74	68	94
9	13	24	33	39	54	54	75	69	96
10	14	25	35	40	56	55	76	70	97
11	15	26	36	41	57	56	78	71	99
12	17	27	38	42	58	57	79	72	100
13	18	28	39	43	60	58	81		
14	19	29	40	44	61	59	82		
15	21	30	42	45	63	60	83		

Cuadro VII. Apoyo social global (Puntaje crudo y ponderado).

PC	PP (%)	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)
1	1	16	14	31	27	48	40	61	54	76	67	91	80	106	93
2	2	17	15	32	28	47	41	62	54	77	68	92	81	107	94
3	3	18	16	33	29	48	42	63	55	78	68	93	82	108	95
4	4	19	17	34	30	49	43	64	56	79	69	94	82	109	96
5	4	20	18	35	31	50	44	65	57	80	70	95	83	110	96
6	5	21	18	36	32	51	45	66	58	81	71	96	84	111	97
7	6	22	19	37	32	52	46	67	59	82	72	97	85	112	98
8	7	23	20	38	33	53	46	68	60	83	73	98	86	113	99
9	8	24	21	39	34	54	47	69	61	84	74	99	87	114	100
10	9	25	22	40	35	55	48	70	61	85	75	100	88		
11	10	26	23	41	36	56	49	71	62	86	75	101	89		
12	11	27	24	42	37	57	50	72	63	87	76	102	89		
13	11	28	25	43	38	58	51	73	64	88	77	103	90		
14	12	29	25	44	39	59	52	74	65	89	78	104	91		
15	13	30	26	45	39	60	53	75	66	90	79	105	92		

PC= puntaje crudo
PP= puntaje ponderado



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)? _____

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

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)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ⁴ (1)	Apoyo Informativo ⁵ (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	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

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

Hijos(as)	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	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 hijos(as)?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

¹ Apoyo emocional: Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

² Apoyo instrumental: Cuidado, transporte, labores del hogar.

³ Apoyo material: Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

⁴ Apoyo informativo: Orientación, Información, Intercambio de experiencias.

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 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

II. 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 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

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 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

III. 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	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Observaciones: _____

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



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
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										
<i>Suma</i>			<i>Suma</i>						<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										
<i>Suma</i>			<i>Suma</i>						<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										
<i>Suma</i>			<i>Suma</i>						<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.