



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



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

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

**“SATISFACCIÓN DE LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON
DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTA

DRA. REYES GONZALEZ IVONNE

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. MARÍA ELOÍSA DICKINSON BANNACK**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

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.

**“SATISFACCIÓN DE LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON
DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”.**

PRESENTA

DRA. REYES GONZALEZ IVONNE.

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS.



Profesora Titular del Curso de Especialización
en Medicina Familiar.
Coordinadora de Enseñanza
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ



Director de Educación e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



**SECRETARIA DE SALUD
SEDESA**

CIUDAD DE MÉXICO

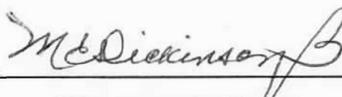
**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN**

**“SATISFACCIÓN DE LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON
DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”.**

PRESENTA

DRA. REYES GONZALEZ IVONNE.

DRA. MARÍA ELOÍSA DICKINSON BANNACK



Directora de Tesis.
Epidemióloga del Centro de Salud
“Dr. José Castro Villagrana”.
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



Asesora de Tesis
Profesora Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar.
Centro de Salud TIII “Dr. José Castro Villagrana”.
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

**“SATISFACCIÓN DE LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON
DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”.**

PRESENTA

DRA. REYES GONZALEZ IVONNE.

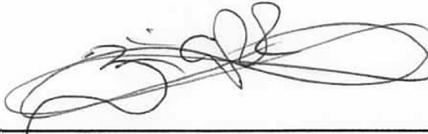
AUTORIDADES DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ.



Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar.
División de Estudios de Posgrado.
Facultad de Medicina, UNAM.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ



Coordinador de Investigación.
Subdivisión de Medicina Familiar.
División de Estudios de Posgrado.
Facultad de Medicina, UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.



Coordinador de Docencia.
Subdivisión de Medicina Familiar.
División de Estudios de Posgrado.
Facultad de Medicina, UNAM.

DEDICATORIA

A mi mamá por todo su apoyo, cariño, comprensión y confianza. Gracias por estar conmigo en todo momento de tristeza, llanto, desesperación, alegría y felicidad. Por no perder la fe en mí, y darme confianza en mi misma que puedo lograr cada meta que me proponga. Te quiero mucho mamá eres la mejor de las madres.

A mi hijo, eres mi motivación para seguir adelante, el que le trajo sentido a mi vida. Eres el motor por el cual quiero ser mejor cada día te dedico cada esfuerzo que realice para culminar con éxito esta etapa de mi vida. Gracias por ser mi hijo y darme tanta felicidad.

A cada uno de mis compañeros Médicos Residentes por compartir conmigo parte de su vida, por las risas, llantos, peleas, en estos tres años gracias por todo. A cada uno les deseo el éxito que se merecen y gracias por darme la oportunidad de conocerlos.

A la Dra. Consuelo González, Dra. Ma. Eloísa Dickinson Bannack, por sus enseñanzas y gran paciencia, por no dejar que perdiera el entusiasmo durante toda mi formación como médico especialista. Y sobre todo por ser colaboradoras de este trabajo de investigación, ¡mil gracias!

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del problema	17
1.3 Justificación	18
1.4 Objetivos.....	20
1.4.1 Objetivo general.....	20
1.4.2 Objetivos específicos	20
1.5 Hipótesis de trabajo	20
2. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1 Tipo de estudio	20
2.2 Diseño de investigación del estudio	20
2.3 Población, lugar y tiempo.....	20
2.4 Muestra.....	20
2.5 Criterios de selección.....	21
2.5.1 Inclusión.....	21
2.5.2 No inclusión	21
2.5.3 Eliminación	21
2.6 Variables (tipo y escala de medición).....	22
2.6.1 Definición conceptual	22
2.6.2 Definición operacional.....	23
2.7 Instrumento(s) de recolección de datos	25
2.8 Método de recolección de datos	26
2.9 Prueba piloto.....	26
2.10 Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	26
2.11 Procedimientos estadísticos.....	26
2.11.1 Diseño y construcción de la base de datos	26
2.11.2. Análisis estadístico	26
2.12 Cronograma.....	27
2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	27
2.14 Consideraciones éticas	27
3. RESULTADOS	29
4. DISCUSIÓN	36
5. CONCLUSIONES	38
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
7. ANEXOS	41

SATISFACCIÓN DE LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA.

RESUMEN

Reyes GI. Dickinson BME. González SC.

Introducción: La proporción de Adultos Mayores está aumentando de forma notable en todo el mundo. En México se duplicó en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014, y se espera que en 2050 se incremente a 21.5%.

En la vejez los cambios físicos, producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, la presencia enfermedades crónicas degenerativas y de discapacidad llevan a que se pierda paulatinamente su autonomía y se amplíe su necesidad de dependencia requiriendo mayor apoyo familiar, económico y de servicios de salud es por ello que las redes de apoyo juegan un papel primordial para mantener el bienestar general y la calidad de vida en estos pacientes, brindando apoyo material, instrumental, emocional, compañía, ayuda y consejo.

Objetivo: Evaluar la satisfacción de las redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Material y Métodos: Es un estudio, transversal, descriptivo, la población de referencia fueron adultos mayores con discapacidad de 65 años en adelante que acudieron a consulta al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana en la Delegación Tlalpan, Ciudad de México del 01 de enero al 28 de Febrero del 2017. La muestra fue no probabilística por conveniencia, obteniéndose 398 adultos mayores de ambos sexos. Se aplicó la Escala de Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor (ERASAM) validado por un Juicio de Expertos de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES-Zaragoza, con una confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.935 y cuyo objetivo fue detectar las redes de apoyo formal e informal, el tipo de apoyo y el grado de satisfacción. El instrumento contaba con una cedula de identificación de datos sociodemográficos (nombre, edad, género y estado civil). También se utilizó la escala para valorar las limitaciones en la actividad y participación del individuo con discapacidad avalado por la Secretaría de Salud, donde se evalúa el tipo y grado de discapacidad. En el análisis se empleó estadística descriptiva obteniendo el promedio de cada una de las variables cuantitativas, y porcentajes de las variables cualitativas.

Resultados: De los 398 adultos mayores el grupo de edad que predominó fue de 65 a 74 años 231 (58,04%), en la distribución por género fue el sexo femenino 266 (67%), el estado civil con mayor frecuencia fue viudo 177 (44,49%). La discapacidad más frecuente fue la física con un 91 (48%). Respecto al grado de funcionalidad solo 1 (0,25%) tuvo limitadas sus actividades, y 175 (43,96%) presentaron una alta funcionalidad. En cuanto al tipo de apoyo 398 (100%) reportaron tener apoyo institucional, seguidos de parientes próximos 367 (92,21%) y menos frecuente el cónyuge con 119 (29,89%). Respecto a la frecuencia con quien mantienen contacto familiar, el más frecuente es el cónyuge con 114 (95,79%), seguida de la red institucional 291 (73,15%) y apoyo comunitario con un 69 (46,63%), sin embargo se encuentran poco satisfechos con el apoyo material (71,57%) e instrumental (50%) por parte de cónyuge e hijos.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos se observó que los adultos mayores si identifican sus redes de apoyo, la más frecuente es la informal (cónyuge) que le proporciona apoyo instrumental y material sin embargo perciben mayor satisfacción por parte de su red formal. Por lo tanto este grupo de población estudiado cuenta con un número importante de redes de apoyo sin embargo se requiere seguir realizando más investigaciones acerca del tema en otras unidades de primer nivel, para fortalecer las mismas y dar a conocer al personal médico la importancia de su evaluación a través de instrumentos.

Palabras Clave: Redes de apoyo, Adulto mayor, discapacidad.

SATISFACTION OF SUPPORT NETWORKS IN SENIOR ADULTS WITH DISABILITIES IN THE HEALTH CENTER DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA "

Reyes GI. Dickinson BME. González SC.

Introduction: The proportion of Older Adults is increasing notably throughout the world. In Mexico it doubled in the last decades, going from 5 to 11.7 million from 1990 to 2014, and it is expected that in 2050 it will increase to 21.5%.

In old age, the physical changes resulting from the progressive reduction of biological functioning, the presence of chronic degenerative diseases and disability lead to a gradual loss of autonomy and an increase in the need for dependence, requiring greater support from families, the economy and health services. that is why support networks play a key role in maintaining the general well-being and quality of life of these patients, providing material, instrumental, emotional support, companionship, help and advice.

Objective: To evaluate the satisfaction of support networks in the elderly with disabilities in the Dr. José Castro Villagrana Health Center.

Material and Methods: It is a cross-sectional, descriptive study. The reference population was older adults with a disability of 65 years and older who attended the Dr. José Castro Villagrana Health Center in the Tlalpan Delegation, Mexico City from January 1 to January 28. February 2017. The sample was not probabilistic for convenience, obtaining 398 older adults of both sexes. The Scale of Social Support Networks in Older Adults (ERASAM) validated by a Trial of Experts of the Research Unit in Gerontology was applied. FES-Zaragoza, with a reliability of Alpha de Cronbach of 0.935 and whose objective was to detect formal and informal support networks, the type of support and the degree of satisfaction. The instrument had a identification card for sociodemographic data (name, age, gender and marital status). The scale was also used to assess the limitations in the activity and participation of the individual with disability endorsed by the Ministry of Health, where it is evaluated the type and degree of disability. In the analysis, descriptive statistics was used obtaining the average of each one of the quantitative variables, and percentages of the qualitative variables.

Results: Of the 398 older adults, the age group that predominated was 65 to 74 years old 231 (58.04%), in the distribution by gender was the female sex 266 (67%), the marital status was more often widowed 177 (44.49%). The most frequent disability was physics with 91 (48%). Regarding the degree of functionality only 1 (0.25%) had its activities limited, and 175 (43.96%) had high functionality. Regarding the type of support 398 (100%) reported having institutional support, followed by close relatives 367 (92.21%) and less frequent the spouse with 119 (29.89%). Regarding the frequency with whom they maintain family contact, the most frequent is the spouse with 114 (95.79%), followed by the institutional network 291 (73.15%) and community support with 69 (46.63%), however, they are not very satisfied with material (71.57%) and instrumental (50%) support from spouses and children.

Conclusions: With the obtained results it was observed that the elderly people identify their support networks, the most frequent is the informal one (spouse) that provides instrumental and material support, however they perceive greater satisfaction from their formal network. Therefore, this group of population studied has a significant number of support networks, however it is necessary to continue doing more research on the subject in other units of the first level, to strengthen them and make known to medical personnel the importance of their evaluation through instruments.

Key words: Support networks, Older adults, disability

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

ADULTO MAYOR

Perfil epidemiológico y demográfico.

El término Adulto Mayor según las Naciones Unidas es toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos.¹⁵

La proporción de Adultos Mayores está aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en 2016, 11% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 23.3%. Estimaciones de la misma fuente, señalan que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (22%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%.³³

En México el número de adultos mayores se duplicó en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014, y se espera que en el 2050 se incremente a 21.5%.

Este fenómeno es debido a dos factores, el primero es el aumento de la esperanza de vida: en promedio, las personas de todo el mundo ahora vive más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores. Este fenómeno acompaña el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años.

Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, aumente la esperanza de vida al nacer.

Sin embargo, la tasa de estos incrementos no es la misma en todo el mundo. La esperanza de vida en la vejez aumenta a un ritmo mucho más rápido en los países de ingresos altos que en los contextos de menores recursos, aunque esto varía entre países específicos y entre hombres y mujeres. Es evidente un mayor número de mujeres, consecuencia de una sobremortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más.

La esperanza de vida en la población mexicana se duplicó entre 1930 y 2014 con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 en los hombres.

El segundo factor del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad. Probablemente esto se deba a que los padres han notado que sus hijos ahora tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género.^{7,13,23}

Antes de los avances recientes en el desarrollo socioeconómico, las tasas de fecundidad en muchas partes del mundo eran de cinco a siete nacimientos por mujer (aunque muchos de estos niños no sobrevivieran hasta la edad adulta). En 2015, estas tasas han tenido una caída vertiginosa e incluso han quedado por debajo del nivel necesario para mantener el tamaño actual de las poblaciones.¹³

Según con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes. En el adulto mayor los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida familiar, salud, dependencia, entre otros pueden causar aislamiento, soledad y angustia, y situaciones relacionadas con estos trastornos.²¹

De acuerdo a las estadísticas de mortalidad, de las 602 mil muertes registradas en 2012, 61.9% corresponden a personas de 60 años y más. Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan: diabetes mellitus (16.9%), enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), enfermedades cerebrovasculares (7%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), enfermedades del hígado (4.5%) y las enfermedades hipertensivas (4.3%); en conjunto, estas seis causas concentran 55.1% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional.²⁵

En cuanto al género en el 2012 se muestra una predominancia femenina con una relación hombre: mujer de 87.6 hombres por cada 100 mujeres; esta relación fue 91.0 para los adultos mayores de 60 a 69, y 83.6 para los de 70 y más. En relación a su estado civil la mayoría tiene pareja o está casada (60.5%); siguen en proporción los viudos, donde predominan las mujeres (37.6%)
Cerca de 635 mil son solteros, de estos, 229 mil son hombres y el resto mujeres, es decir 56 hombres por cada 100 mujeres permanecen solteros.

Con respecto a la educación la mayoría de los adultos mayores tiene un bajo nivel de escolaridad, 25.8% no tiene estudios, 53.7% completó la primaria y 20.5% tienen estudios de secundaria o más.^{21,25}

En cuestión del empleo de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el segundo trimestre de 2014, la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 33.7%; en los hombres es mayor (50.7%) que en las mujeres (19.4%) y su nivel disminuye conforme avanza la edad: casi una de cada dos (49%) personas de 60 a 64 años se inserta en el mercado laboral como personal ocupado o como buscador de empleo y disminuye a 10.6% en adultos 80 años y más. Es poca la población que llega a una edad avanzada y tiene los recursos para ser empleador (9.1%); la mayoría trabaja por cuenta propia (50.5%), mientras que una buena proporción son trabajadores sin pago (4.9%).

La actividad más frecuente es el trabajo no remunerado. Un 62.8% de ellas se dedican a los quehaceres domésticos, actividad que muy probablemente han desarrollado toda su vida, y la cual realiza solamente 8.0% de los hombres.

Los ingresos en los hogares donde hay al menos un adulto mayor, más de la mitad (54.8%) provienen de jubilaciones, pensiones e indemnizaciones por accidente de trabajo, despido y retiro voluntario; 12.4% por donativos; 12.3% por transferencias de otros hogares; 9.3% son beneficios provenientes de programas gubernamentales y 6.9% por transferencias otorgadas a las instituciones públicas o privadas que otorgan a ciertos sectores de la población, entre las más importantes.⁷

Conforme a la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) en 2013 sólo una cuarta parte se encuentran pensionados (26.1%); este porcentaje es casi dos veces mayor en los varones (35%) que en las mujeres (18.5%). Tres cuartas partes (77.8%) de las pensiones provienen del IMSS, mientras que una sexta parte (14.7%) las otorga el ISSSTE y 7.5% otras instituciones.

En los hombres, 47.3% de pensionados se da por jubilación o tiempo de servicio; 43.1% por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada y sólo 4.7% es pensionado por accidente o enfermedad de trabajo. En las mujeres esta configuración cambia radicalmente, 45.3% está pensionada por viudez, 30.6% por jubilación o tiempo de servicio y 19.2% por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada.

Al ser un grupo con necesidades de salud especiales, en el cual las enfermedades crónicas se hacen presentes de manera cotidiana, la derechohabencia resulta ser un beneficio de gran ayuda para las familias. Datos de la Encuesta Intercensal muestran que para el 2015, 86.3% de la población de 60 y más años, son derechohabientes, y la mayoría de estos afiliados al IMSS (42.7%) le siguen aquellos que cuentan con Seguro Popular (40.9%) y los que tienen ISSSTE (10.1%).

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2014, los hogares donde hay al menos una persona de 60 años y más el gasto en salud es de 50.7% más alto respecto a los hogares donde no hay adultos mayores. En los primeros, hay un desembolso mensual promedio de 857.89 pesos; de estos, 63.1% son para pago de atención ambulatoria, 20.3% para pago de hospitalización y 16.6% para medicinas.^{7,22}

Envejecimiento

Etimológicamente, *vejez* se deriva del latín *veclus*, *vetulus*, que significa 'persona de mucha edad'.²⁶

La palabra "viejo" se define de acuerdo al diccionario terminológico de ciencias médicas: edad senil, senectud, periodo de la vida humana cuyo comienzo se fija comúnmente a los 60 años, caracterizado por la declinación de todas la facultades.

Otra denominación para definir al adulto mayor es la de persona de la "tercera edad" que corresponde según la Real Academia Española (RAE) periodo avanzado de la vida de las personas en que normalmente disminuye la vida laboral activa.⁵

El envejecimiento es proceso natural, continuo e irreversible que comienza después de la madurez, a nivel biológico se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, e interacciones entre las distintas influencias (herencia, el ambiente, las características culturales, la dieta, el ejercicio, las enfermedades previas y muchos otros factores) lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte.^{5,13}

Existen numerosos enfoques teóricos para abordar el envejecimiento, pero al menos tres de ellos han tenido mayor influencia en las políticas públicas de los últimos años.

Enfoques sobre el envejecimiento saludable, activo y positivo

El primer enfoque es conocido como envejecimiento saludable: viene del campo de la biomedicina y corresponde a una de las principales perspectivas utilizadas para abordar el envejecimiento durante los '90. El énfasis está puesto en los individuos y en mantener por el mayor tiempo posible sus condiciones de salud e independencia funcional, para que así puedan participar en la sociedad, incluso a edades avanzadas.

El segundo enfoque es conocido como envejecimiento activo y surge a fines de los '90, cuando la OMS propuso adoptar un enfoque más amplio, considerando otros factores adicionales a la salud que determinan cómo los individuos y poblaciones envejecen. El énfasis se desplazó gradualmente hacia optimizar las oportunidades de participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que ellas y las sociedades envejecen. El concepto de envejecimiento activo se aplica tanto a individuos como a grupos poblacionales y su logro práctico permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida y que participen de forma continua en la sociedad.

Recientemente se ha propuesto un tercer enfoque teórico para enfrentar el proceso de envejecimiento y promoverlo desde las políticas públicas. Este es el enfoque del envejecimiento positivo, el cual entrega una nueva mirada que va más allá e incluye las dos anteriores. El envejecimiento positivo es el concepto a utilizar en el país a través de su nueva política pública.

Envejecimiento Saludable

El envejecimiento Saludable se define entonces como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona (personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan).

El Envejecimiento Saludable comienza al nacer con nuestra herencia genética. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores.

Entre las características personales se encuentran aquellas que son fijas, como el sexo y el origen étnico, y otras que tienen cierta movilidad o reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o la riqueza.

Estas características contribuyen a nuestra posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las exposiciones, las oportunidades y los obstáculos que enfrentamos, así como nuestro acceso a los recursos. ^{15,31}

Las actividades que las personas valoran difieren entre los individuos y cambian a lo largo de la vida. Aunque hay pocos estudios al respecto, las personas mayores reconocen que es importante tener:

- ✓ un rol o identidad;
- ✓ relaciones
- ✓ la posibilidad de disfrutar;
- ✓ autonomía (ser independientes y capaces de tomar sus propias decisiones);
- ✓ seguridad;
- ✓ potencial de crecimiento personal.

Cambios biológicos en etapa de envejecimiento.

Diversos autores ^{5,13,29} mencionan los cambios en el envejecimiento en los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo, a continuación se menciona los más importantes.

Figura corporal

El tejido graso tiende a perderse en la periferia, con disminución de la grasa subcutánea, y a acumularse en el interior, como en las regiones periorgánicas, fundamentalmente abdominales. Los huesos pierden algunos de sus minerales y se vuelven menos densos. Los cambios que se producen en los huesos, músculos y articulaciones al envejecer van a generar una disminución de la estatura de forma progresiva. Se ha observado que después de los 40 años puede objetivarse una pérdida de 1 cm por cada 10 años de vida, y que después de los 70 años esta pérdida es aún mayor.

Sistema cardiovascular

Las enfermedades cardíacas y vasculares son algunos de los trastornos más comunes en la edad avanzada. Los cambios que se producen son:

- a) Cambios normales: depósito de lipofuscina, degeneración leve de las células del músculo cardíaco, engrosamiento y rigidez de las válvulas del corazón.
- b) El nódulo sinusal puede perder algunas de sus células o verse afectado por fibrosis o depósito de grasa.
- c) Es frecuente observar enfermedad cardíaca que puede producir arritmias, tales como la fibrilación auricular.
- d) Es común que se dé un leve incremento del tamaño del corazón a expensas del ventrículo izquierdo.

De igual forma la pared cardíaca se engruesa, de manera que existe una disminución de la cantidad de sangre expulsada y un llenado más lento. Debido a los cambios del tejido conectivo de la pared de los vasos sanguíneos, la aorta se vuelve más gruesa y rígida.

Cambios en el aparato respiratorio

Durante el proceso de envejecimiento los pulmones comienzan a perder parte del tejido. El número de alvéolos disminuye al igual que el de capilares. Entre otros cambios se destaca los producidos en la arquitectura ósea y muscular del tórax.

El diafragma se debilita, al igual que los músculos intercostales. Los cilios que recubren las vías respiratorias tienen menos capacidad de mover el moco hacia arriba y fuera de las vías respiratorias. Hay una menor producción de IgA (Inmunoglobulina A) por los conductos respiratorios y, por lo tanto, mayor incidencia de infecciones virales.

Aparato gastrointestinal: En las personas mayores de 70 años se ve reducida la cantidad de saliva, la sensación del gusto disminuye por pérdida de las papilas gustativas. Es frecuente observar en una mala dentición. La principal función del tubo

gastrointestinal que más se va a ver afectada en el envejecimiento es la motora. Se debe a la alteración de la regulación de los mecanismos neurogénicos. Estas modificaciones van a suponer trastornos funcionales y orgánicos en el anciano, y consecuentemente, cambios en la función absortiva y secretora.

Sistema nervioso y en los órganos de los sentidos

El envejecimiento normal produce una pérdida de células nerviosas en el encéfalo, y se relaciona con una menor capacidad de aprender y dominar tareas que implican manipular, reorganizar, integrar o anticipar activamente varios elementos de la memoria, sin embargo tiene poca relación con la memoria sobre los hechos, el conocimiento de las palabras y los conceptos, la memoria relacionada con el pasado personal y la memoria procedimental.

Por lo tanto, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, y las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, en particular, se mantienen estables durante toda la vida.

Durante los años cincuenta se estableció el concepto erróneo de que el envejecimiento se asocia a una disminución importante y generalizada del número de neuronas corticales. Sin embargo, datos más recientes, desarrollados con mejoras tecnológicas en el procesamiento e interpretación de imágenes, han establecido que la pérdida de neuronas asociado al envejecimiento es mínima y no generalizada. La pérdida neuronal se concentra en regiones bien delimitadas, como por ejemplo el área 8A de la corteza prefrontal dorsolateral, lo que correlaciona con deterioro en la función ejecutiva.

La vista

Con la edad también se producen cambios funcionales complejos en el ojo que dan lugar a la presbicia, una disminución de la capacidad para enfocar que provoca visión borrosa de cerca y que a menudo se manifiesta en la mediana edad. Otro cambio común asociado con el envejecimiento es el aumento de la opacidad del cristalino, que en última instancia puede dar lugar a cataratas.

El oído

La hipoacusia relacionada con la vejez (conocida como presbiacusia) es bilateral y más marcada en las frecuencias más altas. Las causas son el envejecimiento coclear, algunos factores ambientales (como el ruido), la predisposición genética y la mayor vulnerabilidad a factores de estrés fisiológicos y hábitos modificables.

Sistema nefrourológico

El flujo sanguíneo renal disminuye de forma progresiva con la edad desde 1.200 ml/min en los 30-40 años, hasta 600 ml/min a los 80 años.

Esta reducción del flujo se debe a la disminución de la masa renal y a los cambios anatómicos vasculares permanentes, y se observa más en la zona cortical del riñón, mientras que el flujo medular se conserva. Un tercio de los ancianos no presenta reducción de la función renal.

La pared de la vejiga se modifica mediante el reemplazamiento del tejido elástico por tejido fibroso duro. Ello produce una disminución de la elasticidad de la vejiga y, por lo tanto, una dificultad en el vaciado completo con la micción. La uretra puede verse obstruida en los varones por el agrandamiento de la glándula prostática inherente al proceso de envejecimiento. Este agrandamiento se conoce como hipertrofia prostática benigna y puede afectar al 100% de los varones mayores de 70 años.

Se desconoce el motivo por el cual las personas experimentan cambios a medida que envejecen, diversos autores ^{14,19,30} han descrito varias teorías para dar una explicación a este proceso, a continuación se señalan las más importantes:

- Teoría de disfuncionamiento del sistema inmunológico: se basa en la disminución de la capacidad de este sistema para sintetizar anticuerpos en cantidades adecuadas, de la clase indicada, y en el momento oportuno, además “el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra si mismo” y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros.
- Teoría de envejecimiento celular: Esta teoría se basa en que las células tienen un número limitado de división inclusive aquellas de recambio rápido tienen un límite el cual encuentra programado en el contenido genético de dicha célula.

Sin embargo, existen otras causas que explican la muerte celular no como disminución de su ocurrencia sino como aumento de su destrucción, que se muestran a continuación:

- Teoría del desgaste natural: establece que el desgaste natural molecular, afecta directamente a las mitocondrias que son los organelos que aportan la energía para todas las actividades celulares, si su nivel de producción de energía decae el funcionamiento celular también.
- Teoría de la autointoxicación: la causa del envejecimiento del organismo humano depende de los productos del metabolismo y de la putrefacción intestinal.
- Teoría del envejecimiento natural: todos los órganos tienen una ley de crecimiento y otra de disminución de actividad, en la medida que el tiempo pasa.
- Teoría del entrecruzamiento: sugiere que el entrecruzamiento químico que ocurre entre proteínas, lípidos y DNA, como resultado a la exposición a factores exógenos como ambiente y dieta, producen cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina, y con el tiempo los enlaces cruzados aumentan, los tejidos se vuelven menos plegables y se retraen.
- Bioquímica o de los radicales libres: fue propuesta por Harman y se refiere a una reacción química compleja que se produce cuando ciertas moléculas reaccionan con el oxígeno y se separan para formar elementos sumamente reactivos, o radicales libres de oxígeno, los cuales son inestables, y altamente reactivos por lo que reaccionan con distintas moléculas, alterando la composición de esta última y por consiguiente su función quedara defectuosa.

Atención sanitaria y accesibilidad de los servicios de salud al adulto mayor.

Debido a que la dinámica de salud de las personas mayores se relaciona con una mayor necesidad de asistencia sanitaria, cabría esperar que con la edad se hiciera un mayor uso de los servicios de salud.

Además, si se considera que la carga de morbilidad y el deterioro de la capacidad son mayores en los países de ingresos bajos y medianos, también cabría esperar que esta tendencia fuera más acentuada en entornos de bajos recursos. No obstante, los datos indican que no hay una conexión entre la necesidad de atención de la salud y el uso de los servicios de salud, tanto en estos entornos, como en subgrupos desfavorecidos de personas mayores en entornos de ingresos altos.²¹

En los países de ingresos bajos y medianos, los mayores obstáculos para acceder a los servicios de salud parecen ser el costo de la consulta médica y el transporte. Más del 60 % de las personas mayores que viven en los países de ingresos bajos no pueden obtener atención de la salud debido al costo de la consulta, a que no disponen de transporte o a que no pueden pagarlo.

Por otro lado, en los países de ingresos altos, los principales obstáculos señalados por las personas mayores parecen estar relacionados con el hecho de haber sido maltratadas por profesionales de la salud o que no creen estar tan enfermas como para buscar asistencia médica.

Otros obstáculos que los adultos mayores enfrentan con frecuencia para acceder a los servicios de salud se relacionan con el hecho de que estos servicios no tienen en cuenta las limitaciones de la capacidad típicas de la vejez. Esto ocurre sin importar la categoría de ingresos de los países e incluye obstáculos como la falta de baños accesibles, las largas filas para recibir asistencia, los obstáculos físicos para el acceso y las barreras de comunicación debido a la falta de información accesible para personas con deficiencia auditiva o visual, o ambas.

Los tiempos de espera prolongados y las largas filas pueden representar un verdadero problema para las personas mayores que padecen alguna discapacidad física o restricciones de movilidad, y para las que tienen incontinencia urinaria.¹⁵

Definir la salud en el adulto mayor es complejo. Se considera como sinónimo de capacidad funcional para el desenvolvimiento de estas personas en su medio familiar y social y la realización de las actividades del diario vivir, y no como la presencia de las enfermedades que puedan presentar; es por esto la necesidad ampliar los conocimientos y la capacidad en materia de atención geriátrica para todos los profesionales de la salud para emplear métodos de evaluación diferentes a los utilizados en las personas más jóvenes.¹²

La evaluación deberá ser periódica a modo de valorar las capacidades que presenten para realizar las distintas actividades, en lo cual es primordial determinar el grado de dependencia que puedan desarrollar los ancianos a través de la aplicación de un grupo de instrumentos o escalas validadas internacionalmente, que junto al examen clínico, permiten la evaluación integral de cada esfera.

La evaluación geriátrica integral (EGI) es la máxima expresión de la aplicación del método clínico en los Adultos Mayores, y en ellos, es el instrumento fundamental para la medición de la salud. Se define como la valoración y detección de carácter multidisciplinario e interdisciplinario del déficit y problemas en las esferas clínica-médica, funcional, mental y social, con el fin de conseguir un plan racional, exhaustivo

e integrado de tratamiento y seguimiento a corto, mediano o largo plazo, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos.

Está compuesta por cinco componentes o dominios: Evaluación clínica, evaluación funcional, evaluación psicológica, evaluación social.

En estas evaluaciones se deben recoger los diagnósticos actuales y pasados, datos farmacológicos y nutricionales, funcionales (actividades básicas, instrumentadas y avanzadas), datos psicológicos, cognitivos, emocionales y datos sociales (capacidad social, sistemas de apoyo).

Evaluación clínica

Se desarrollan los tres pasos de la historia clínica clásica: anamnesis, examen físico y exámenes complementarios. Se describen y analizan de manera independiente las enfermedades crónicas y se busca la presencia de procesos agudos.

Esta evaluación es compleja por la forma atípica e inespecífica de presentación de las enfermedades en los ancianos como son las infecciones sin fiebre, el infarto cardiaco y el abdomen agudo sin dolor, la presencia de taquicardia, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, dolor, patología del aparato digestivo o hipertiroidismo.

Evaluación funcional

Permite conocer el grado de independencia y autonomía de los ancianos. Se entiende por competencia funcional, la capacidad del individuo para llevar a cabo por sí mismo una actividad o proceso. En este dominio son estudiadas las actividades de la vida diaria (AVD), consideradas por la OMS como el indicador más importante para medir funcionalidad en los AM. Estas incluyen:

- ✓ Actividades básicas de la vida diaria: son imprescindibles para sobrevivir y proporcionan un indicio de autonomía, solamente superadas por las funciones vegetativas. Incluye la capacidad para alimentarse, movilidad, continencia esfinteriana, higiene personal y el uso del retrete.
- ✓ Actividades instrumentadas de la vida diaria: valoran niveles de funcionamiento más elevados y complejos. Son más útiles para detectar los primeros grados de deterioro de una persona. Mide la capacidad para realizar tareas domésticas como preparar el alimento, uso del teléfono, ir de compras, manejar dinero, utilizar medios de transporte, manejo de medicamentos, es decir, actividades necesarias para la adaptación al entorno y llevar una vida independiente.
- ✓ Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): exigen un amplio rango de funcionamiento. Se evalúa relaciones interpersonales, actividades de ocio y tiempo libre, actividades religiosas y espirituales, actividades de realización políticas, socialización, productivas, cuidado de otros, transporte y viajes, actividad física y deportes, recomendándose realizar medidas no sofisticadas de fuerza y de elasticidad, como el levantarse de una silla; la valoración del nivel de actividad física habitual se puede realizar mediante una pregunta directa acerca de qué actividades físicas ha realizado en la última semana o mediante escalas.¹²

Como ya se mencionó anteriormente el envejecimiento condiciona una mayor vulnerabilidad, una evolución diferente y prolongada de las enfermedades, así como la presencia de manifestaciones clínicas que no entran en las categorías de enfermedades específicas y que se les conoce comúnmente como síndromes geriátricos, que llevan a pérdida de la autonomía e independencia del adulto mayor a continuación se mencionan los más importantes.^{5, 13, 15}

Demencia

En la ENSANUT 2012 se encontró una prevalencia para demencia de 7.9%, y para Deterioro cognitivo de 7.3%. En ambos casos la frecuencia es mayor en mujeres, sujetos de mayor edad, menor escolaridad y en residentes del área rural.

Se caracteriza por presentar un nivel de conciencia normal, haber sido adquirido y persistente en el tiempo, afectar a diferentes funciones y ser de suficiente intensidad como para tener repercusión en el funcionamiento personal, laboral o social.

Se encuentra ligada la edad, por lo que uno de los factores que han contribuido a incrementar su incidencia y prevalencia en las últimas décadas se deriva del envejecimiento progresivo de la población.

Síndrome de Caídas

La ENSANUT 2012 revela que uno de cada tres Adultos Mayores sufrió una caída en los últimos 12 meses (34.9%). Las mujeres se vieron afectadas con mayor frecuencia (38.1 contra 31.2% para los hombres); en promedio, los Adultos Mayores se caen 2.5 veces al año. De aquellos que experimentaron una caída, cerca de 40.0% afirma haber recibido atención médica.

Las caídas representan uno de los principales motivos de limitación de la actividad y restricción de la participación. Además conllevan fracturas y lesiones que conducen a pérdida importante del funcionamiento físico, independientemente de la edad y comorbilidades; el riesgo de sufrir caídas aumenta con la edad. Las caídas en los adultos mayores se deben a cambios del equilibrio corporal, la pérdida de fuerza muscular y disminución de los reflejos.

Síndrome de fragilidad

Se considera un deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos.

Delirium o Síndrome Confusional Agudo

Es un síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción.

Es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico.

Incontinencia urinaria

Es la pérdida involuntaria de orina asociada con una urgencia o al hacer esfuerzo físico, al estornudar o al toser, es un problema desatendido en las personas mayores y un eficaz factor predictor de la necesidad de cuidados, es mucho mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad.

Estreñimiento

Se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana) su prevalencia aumenta especialmente después de los 60 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres.

Representa uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus graves complicaciones y su importante incidencia en la calidad de vida del anciano.

Se ha propuesto que algunos síndromes geriátricos, están estrechamente relacionados con el riesgo de desarrollar discapacidad, y pueden ser utilizados también como marcadores de fragilidad; destacan entre éstos la desnutrición y las caídas. La presencia de otros síndromes geriátricos clásicos, como la inmovilidad, la incontinencia, la confusión y la demencia, suelen estar relacionados con la existencia de discapacidad en sí misma, más que con el riesgo de desarrollarla.

Discapacidad

En México según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), del total de personas con discapacidad, 51.4% tiene 60 años o más. Este grupo de población corre el riesgo de ser vulnerable cuando son personas en edad avanzada y con discapacidad de ser discriminados en cualquier ámbito y ver disminuido el pleno ejercicio de sus derechos individuales.⁷

Información de esta misma fuente señala que 1 de cada 3 (31.6%) personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad. Por sexo, es mayor la proporción de mujeres (56.3%) que la de hombres (43.7%) con discapacidad.

La discapacidad en el adulto mayor se considera como una disminución en la capacidad funcional para realizar las actividades cotidianas consideradas normales (caminar, bañarse, comer, acostarse, y levantarse de la cama, usar el excusado y vestirse) debida a la alteración de sus funciones intelectuales o físicas.⁵

Por tipo de discapacidad, la que presenta mayor proporción es la dificultad para caminar, moverse, subir o bajar (71.9%); le siguen las dificultades para ver aun usando lentes (32.1%) y oír, aun usando aparato auditivo (21.8%). Por su parte las que menos población concentran son: la limitación para poner atención o aprender cosas sencillas (4.4%) y las relacionadas con lo mental (2.1 %). Por causa de discapacidad, 54 de cada 100 son consecuencia de la edad avanzada; 36 por una enfermedad (36.2%) y la causa menos reportada es por nacimiento (1 %).⁷

Tipos de discapacidad

Discapacidad física: Hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-musculotendinoso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el adulto mayor al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.¹³

Discapacidad sensorial visual: Déficit en la agudeza visual, ya sea en la capacidad para discriminar detalles (agudeza visual) o en la capacidad para percibir objetos situados fuera de la visión central (campo visual). Se distinguen dos tipos ceguera y baja vision.¹⁸

Discapacidad sensorial auditiva: Comprende la pérdida total de la audición en uno o en ambos oídos, o con la pérdida parcial pero intensa, grave o severa en uno o en ambos oídos.¹³

Discapacidad intelectual: Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad inicia antes de los 18 años.

Discapacidad mental: Deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona portadora de una disfunción mental y que es diferentemente proporcional a la severidad y cronicidad de dicha disfunción. Las disfunciones mentales son alteraciones en el Sistema neuronal, que aunado a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detonan una situación alterada de la realidad.

Discapacidad mixta: Presencia de dos o más discapacidades (física, sensorial, intelectual y/o mental. La persona requiere por tanto, apoyos en diferentes áreas de las conductas socio-adaptativas y en la mayoría de las áreas del desarrollo.¹⁸

Evaluación psicológica

Consiste en determinar los trastornos de las funciones cognoscitivas y alteraciones de la esfera afectiva que repercuten negativamente en la capacidad funcional, es decir, en las actividades de la vida diaria.

La evaluación de la función cognitiva incluye las actividades intelectuales a través de las que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a él mismo, a los demás y al entorno (orientación, memoria, cálculo, percepción, comunicación, pensamiento, atención y lenguaje). Los instrumentos más empleados son el Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), cuestionario de Pfeiffer, el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), Escala Blessed de demencia y los criterios clínicos de demencia del DSM-IV, entre otros.⁵

Evaluación social

Explora el apoyo social. Tiene como objetivo determinar los factores sociales que influyen en el estado de salud de los ancianos que afectan la duración y calidad de la vida, además de conocer su problemática social e identificar sus principales problemas de salud social y conocer el apoyo inmediato brindado por los servicios sociales, la comunidad y la familia.

Permite conocer la relación del anciano con su entorno, evalúa las relaciones humanas, el soporte material para cubrir sus necesidades físicas y psicológicas, actividad laboral, escolaridad, recoge las condiciones de vida, dinámica y estructura familiar, convivencia (solo o acompañado), si son maltratados, soporte social, recursos económicos y materiales, estado de la vivienda, ayuda recibida en las actividades, conocimiento y uso de los servicios de salud. Es por esto la importancia de mencionar algunos aspectos económicos y sociales que influyen en el envejecimiento.

Características económicas y sociales en el adulto mayor

La falta de seguridad económica en la vejez es un gran obstáculo para reducir las inequidades en salud.

La prevalencia de la pobreza entre las personas mayores en comparación con la población general varía considerablemente a nivel mundial.

En América Latina, los índices de pobreza en las personas mayores suelen ser menores que en la población general. Algunos grupos específicos tienen mayor riesgo de no poder satisfacer sus necesidades básicas de seguridad económica. En todos los contextos, es más probable que las mujeres sean pobres, en comparación con los hombres, y que estas no hayan generado derechos de jubilación en sus años de trabajo.

Algunos factores como la edad, el sexo, el nivel de capacidad física o mental, el nivel socioeconómico, el origen étnico, la religión y ser parte de una minoría sexual tienen gran influencia en el riesgo y en la forma en que este se vive.

En general, las personas mayores que son pobres, que están en mal estado de salud física y mental, que dependen de cuidados y que se encuentran socialmente aisladas tienen más probabilidades de ver amenazada su seguridad personal.

La seguridad económica en la vejez puede provenir de diversas fuentes: pensiones, prestaciones del seguro social, rentas, activos y transferencias intergeneracionales. Ciertas investigaciones han demostrado que en los países de ingresos altos es más probable dependan de diversas fuentes, mientras que los hogares más pobres tienen mayor dependencia de los ingresos provenientes del seguro social. En los países de ingresos bajos, el acceso a prestaciones del seguro social y otras redes de seguridad social es muy limitado.¹⁵

En la familia el ciclo de vida avanzado genera un cambio en la estructura y composición de los hogares; la toma de decisiones familiares pasa de los padres a los hijos, los roles tradicionales de los padres se transforman, se experimenta un menor nivel de ingresos y en el peor de los casos se presenta la pobreza; las mujeres más que los varones experimentan la viudez, el ser abuelos, a veces el divorcio o la separación.⁸

Así es como paulatinamente se vive un reacomodo de la imagen de las personas mayores en la sociedad.

La marginación de los adultos mayores se percibe en la vía pública con la hostilidad de las avenidas, los transportes, y con el trato a veces despreciativo o poco comprensivo de las personas. Los adultos mayores perciben un rechazo por parte de las generaciones más jóvenes, sean estos miembros de sus propios hogares o conocidos y desconocidos. También se hacen presentes síntomas de depresión y se comienza a experimentar un proceso de aislamiento para evitar la agresión de los demás.

La violencia hacia los adultos mayores no es siempre consciente por quienes la ejecutan y sólo en ciertos casos por quienes la reciben. La violencia no se presenta sólo de manera física, sino también psicológica, ésta se muestra a través de actos de discriminación que se reproducen desde la vía pública, en las instituciones gubernamentales, las instituciones privadas y hasta en la misma familia.⁸

En la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se establecen las obligaciones de la familia y su función social para con los adultos mayores que residen en el hogar, y prohíbe que “sus integrantes cometan cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos”. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 de las mujeres casadas y separadas de 60 y más años, 45% declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja (a lo largo de su vida), 43.3% agresiones por sus hijos y 37.3% por sus hijas.⁷

Esta situación de rechazo puede considerarse como un efecto del significado social que tiene la edad hoy en día. Es decir, la acumulación de años de vida en el contexto de modernización, productividad y trabajo tiene un significado ligado a la obsolescencia e inutilidad. La vejez se presenta como sinónimo de enfermedad, demencia, vulnerabilidad y ahora también, de soledad y desolación.

El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal.

Redes de Apoyo

Ante el contexto de las transformaciones en México, principalmente las demográficas y epidemiológicas, el proceso de envejecimiento poblacional sobresale como uno de los grandes retos en el presente y futuro del país por sus implicaciones sociales, económicas y en la salud; es así que el interés científico por describir y analizar dicho fenómeno ha ido incrementando en los últimos años.

Las redes de apoyo social, es la conjunción de redes y apoyo social son algunos de los elementos en los que se ha puesto especial atención en el estudio del envejecimiento, son conceptos que se encuentran estrechamente vinculados pero que es necesario definir e identificar su potencial teórico para describir formas particulares de interacción social, la cual está enfocada en el bienestar de sujetos, comunidades e incluso instituciones.

El estudio del apoyo social y sus repercusiones en el estado de salud, bienestar y calidad ha tenido un gran desarrollo a partir de las últimas décadas del siglo XX, sobre todo en algunas disciplinas afines como la medicina preventiva, la salud pública, la psicología comunitaria, el trabajo social, la antropología y la sociología.¹

En 1978 Barry Wellman fundó la asociación Internacional para el Análisis de Redes, con lo cual surgieron publicaciones reconocidas a nivel internacional sobre la temática como: Social Networks y REDES Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales.¹

El término red alude a un tejido cuya utilidad principal es la de apresar y contener. Actualmente se utiliza el concepto para describir la realidad en su conjunto donde existe interdependencia de cada uno de los elementos que la componen. Tiene atributos de “contención”, “sostén”, “estructura”. Permite avanzar en la reconstrucción del tejido social sobre la base de vínculos interpersonales sustentado en los valores de igualdad, libertad y solidaridad.²

Otro de los conceptos que es necesario definir es el del apoyo social, el cual ha sido identificado como una transferencia y/o transacción específica, de ayuda y asistencia, que se desarrolla en las redes de apoyo sociales (RAS), entre los sujetos que se encuentran integrados en ellas. Guzmán et al, han definido 4 categorías de apoyo: El material, que integra recursos monetarios y no monetarios; el instrumental, referente a la ayuda para llevar a cabo acciones; el emocional, que se manifiesta como expresiones de cariño y empatía; el apoyo cognitivo, que incluye el intercambio de información.⁸

Se establece que las redes sociales constituyen la base de las ayudas que las personas requieren; son las instancias donde toman sentido los roles sociales y son el soporte de aquellos estímulos sociales que promueven la sensación de pertenencia y generan la integración social.

Clasificación de Redes de Apoyo

Las redes de apoyo se dividen en formales e informales.

La red o el grupo primario: es informal, 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 adultas mayores, 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 adultas mayores; se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar ³

El grupo secundario es formal. Sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. 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 adultas mayores.

Redes comunitarias, que brindan solución a demandas sociales específicas y se focalizan en la experiencia colectiva. Pueden surgir alrededor de una institución, un centro de salud, una iglesia o una escuela. Mediante diagnósticos, las comunidades están en condiciones de determinar sus propias necesidades.

Esto hace que las personas adultas mayores se conviertan en protagonistas de su propia vida, con capacidad de transformación histórica y ubicada en su contexto geográfico. ³

Es así, que todos los sujetos sociales estamos integrados durante toda nuestra vida en diversas redes sociales, las cuales tienen un carácter dinámico, son sistemas abiertos que pueden o no ser capaces de otorgar apoyo. ³

Tipos de apoyo

Se pueden clasificar, en cuatro tipos:

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

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

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

Apoyo cognitivo, el cual se refiere al intercambio de experiencias e información (significado), así como dar o recibir consejos que permitan entender una situación. ²⁰

Objetivos de las redes de apoyo.

- ✓ Intensificar las interrelaciones, con el consecuente fortalecimiento del sentido de pertenencia y el incremento en su calidad.
- ✓ Optimizar recursos, a través de la diversificación y oportunidad en el intercambio, facilitando también la identificación y acceso a mayor número de recursos.

- ✓ Complementar los servicios aprovechando las oportunidades, en concordancia con áreas y objetos compartidos.
- ✓ Descentralizar las intervenciones, promoviendo la participación de todos los integrantes: personas, sistemas o sectores que integran una determinada red social.
- ✓ Promover la corresponsabilidad y la auto organización, a través de la toma de decisiones y la distribución de tareas, actividades y funciones; propiciando la homeostasis que regula cada sistema al interior.
- ✓ Socializar la información con los mecanismos de comunicación interna y externa que retroalimenta la funcionalidad de la red.

Funciones de la red de apoyo.

- ✓ Compañía social: la realización de actividades conjuntas o simplemente estar juntos.
- ✓ Apoyo emocional: Intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo, es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro
- ✓ Guía cognitiva y consejos: Interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y promover modelos de rol.
- ✓ Regulación o control social. Interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones del comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permiten una disipación de la frustración y de la violencia y favorecen la resolución de conflictos.
- ✓ Ayuda material y de servicios: Colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física incluyendo los servicios de salud, terapeutas y otros trabajadores de la salud mental.
- ✓ Accesos a nuevos contactos: La apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.⁴

Programas de desarrollo económico del adulto mayor

El programa de 70 y más inició en 2007, y definía como su población objetivo a las personas de 70 años y más, residentes en localidades rurales. Actualmente opera el denominado Programa Pensión para Adultos Mayores, que es un programa federal de cobertura nacional, y que a junio de 2014 tenía una población beneficiaria de 5.10 millones de personas (58.7% mujeres y 41.3% hombres).

Este programa busca contribuir a la protección social de las y los adultos mayores, a fin de que las personas de 65 años y más, que no perciben ingreso por concepto de pago por pensión contributiva o ésta no sea superior a 1,092 pesos, incrementen su ingreso y aminoren el deterioro de su salud física y mental a través de acciones de participación y protección social; considera como su población potencial para el ejercicio fiscal 2014 a un total de 6,289,174 de adultas y adultos mayores.

Su principal acción consiste en un apoyo monetario de 580 pesos mensuales, administrados bimestralmente. Tanto la cobertura como los recursos se han incrementado sustancialmente. Aunque no es el único programa de pensión no contributiva, sí es el más importante en cuanto a su cobertura y presupuesto.^{13,23}

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica, el paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social.

En el adulto mayor los cambios físicos, producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, llevan a que se pierda paulatinamente su autonomía y se amplíe su necesidad de dependencia requiriendo mayor apoyo familiar, económico y de servicios de salud es por ello que las redes de apoyo juegan un papel primordial para mantener el bienestar general y la calidad de vida en estos pacientes, brindando apoyo material, instrumental, emocional, compañía, ayuda y consejo.

El Centro de Salud acuden a consulta médica aproximadamente 300 adultos mayores al mes lo que corresponde a 10 pacientes por consultorio y pertenecen a familias extensas, extensa descendente o viven solos, el motivo principal de consulta es por enfermedades crónico-degenerativas entre las que destacan diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y sus complicaciones, la gran mayoría acude con alguna discapacidad: física, visual, auditiva, etc. Se observó que por lo común asisten solos, no obstante de contar con sus familiares pero no los pueden acompañar lo que hace que sean más susceptibles a caídas, traumatismos y fracturas que lo llevaría un estado de deterioro y dependencia.

Durante años la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo, si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. Sin embargo durante mi estancia como residente de medicina familiar me percate que esto no es así ya que la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. Al considerar el perfil del médico familiar donde se da continuidad a la atención médica en este sentido se podría determinar si está ayuda tendrá continuidad en la etapa de la vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica.

En lo referente al tipo de ayuda que recibe el adulto mayor, se observa que no hay correspondencia entre la necesidad de ayuda y la medida en que esta se satisface; a nivel local no existe información acerca de la satisfacción de las redes de apoyo que percibe este grupo etario.

La integración social y las relaciones sociales logran un efecto positivo sobre la salud. La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica.

Por lo tanto en un adulto mayor con discapacidad se requiere detectar las redes de apoyo formal e informal, conocer el tipo de apoyo y el grado de satisfacción, con el fin de fortalecer o complementar a dichas redes.

Motivo por el cual se realiza la siguiente pregunta

¿Cuál es la frecuencia, tipo y grado de satisfacción de las redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad que acude a consulta al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana?

1.3 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en 2016, 11% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 23.3%. En cuanto al género se muestra una predominancia femenina con una relación hombre: mujer de 87.6 hombres por cada 100 mujeres; esta relación fue 91.0 para los adultos mayores de 60 a 69, y 83.6 para los de 70 y más.

Estimaciones de la misma fuente, señalan que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (22%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%.³³

Según el Informe Mundial de Discapacidad de la OMS (2011) el riesgo de discapacidad es más alto a mayor edad. La prevalencia mundial para esta población se estimó en 38.1%.¹⁰

En México según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), del total de personas con discapacidad, 51.4% tiene 60 años o más.⁷

El Censo del INEGI 2014, señala que 1 de cada 3 personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad. Por sexo, es mayor la proporción de mujeres (56.3%) que la de hombres (43.7%). Por tipo de discapacidad, la que presenta mayor proporción es la dificultad para caminar.⁷

Al menos 1 de cada 4 ancianos mexicanos requiere de ayuda para el desempeño de las actividades del diario vivir, tales como caminar, vestirse o bañarse, siendo el porcentaje más alto el de aquellas personas por encima de los 80 años.⁹

El envejecimiento implica la presencia y manifestaciones de deterioro físico y enfermedades crónicas degenerativas, aunadas a experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal; entre tales experiencias se encuentran la viudez, la jubilación, cambios de residencia, menor participación en la sociedad y mayor vulnerabilidad ante acontecimientos inesperados. Esto genera un incremento de las necesidades de salud y requerimiento de redes de apoyo social.¹¹

La vejez se presenta como sinónimo de enfermedad, demencia, vulnerabilidad y ahora también, de soledad y desolación. Los adultos mayores con discapacidad manifiestan estos estereotipos al rechazar ser “una carga para sus familias, para sus hijos, para los demás”.

Estas personas con edad avanzada y discapacidad son más vulnerables a ser discriminados en cualquier ámbito y ver disminuido el pleno ejercicio de sus derechos individuales.

Sufren violencia a través de actos de discriminación desde la vía pública, en las instituciones gubernamentales, las instituciones privadas y hasta en la misma familia.

Esta situación de rechazo puede considerarse como un efecto del significado social que tiene la edad hoy en día. Es decir, la acumulación de años de vida en el contexto de modernización, productividad y trabajo tiene un significado ligado a la obsolescencia e inutilidad.

Con respecto a las redes sociales su estudio es de gran complejidad, por varias razones; en primer lugar, implica la necesidad de analizar no sólo al individuo, sino la interacción entre individuos, lo que la mayor parte de las fuentes de información disponibles no permite hacer en forma clara, aparte del hecho que los instrumentos analíticos disponibles son aún limitados.

Diversos estudios han mostrado como la integración social y las relaciones sociales pueden lograr un efecto positivo sobre la salud. La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de la funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica.³

Estudios realizados a nivel mundial indican los efectos positivos que los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad ejercen en la calidad de vida de las personas y, en especial, de los adultos mayores, estos apoyos sociales promueven el bienestar de las personas mayores y sus familias a través de la reducción de los sentimientos de aislamiento, la promoción indirecta de conductas saludables, que induce un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y el bienestar, y los apoyos emocionales directos.

Propuestas con respecto a estas redes indican que no es un apoyo específico el que incide en la calidad de vida, sino la acumulación de comunicaciones con otros individuos que transmiten a la persona en cuestión la idea de que es (o sigue siendo) capaz, valiosa e importante. Esta comunicación es internalizada y validada por la persona.⁸

No siempre es posible determinar con precisión los apoyos que se dan en las redes, especialmente los apoyos emocionales. En México las investigaciones sobre el tema son todavía escasas. Faltan estudios de varios tipos: cuantitativos comparativos tipo encuestas Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE); cualitativos (como por ejemplo, etnográficos, que permitan analizar cómo se viven las redes en contextos comunitarios), y de seguimiento, con vistas a determinar, entre otras características, la satisfacción de las redes, los cambios de las redes durante el ciclo de vida y las formas en que acontecimientos críticos pueden afectar a la red así los intercambios que se dan en ella.⁸

El Gobierno de la Ciudad de México inició en el año de 2001, la operación del Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años residentes en la Ciudad de México. En noviembre de 2003, se aprobó la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 Años.³²

Por tanto es importante realizar este estudio, para evaluar el tipo, frecuencia y grado de satisfacción de las Redes de Apoyo en adulto mayor que presenten alguna discapacidad, dentro del contexto del impacto que genera en el paciente y su familia; de esta manera se podrá proponer acciones con el fin de ampliar, fortalecer o mejorar el gradiente de las redes de apoyo y por tanto mejorar la calidad de vida de estos.

Siendo factible realizar este estudio en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana debido a que se cuenta con el apoyo de las autoridades institucionales quienes están muy interesados en este tipo de estudios que aportan información de este grupo etario.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la satisfacción de las redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana”.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) en el adulto mayor con discapacidad.
- ✓ Identificar el tipo y grado de discapacidad en el adulto mayor
- ✓ Identificar la frecuencia de las redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad
- ✓ Identificar el tipo de apoyo que le brindan sus redes de apoyo al adulto mayor con discapacidad.
- ✓ Medir el grado de satisfacción de las redes de apoyo mediante el cuestionario ERASAM (escala redes de apoyo social en el adulto mayor)

1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los adultos mayores con discapacidad no satisfacen sus necesidades básicas con sus redes de apoyo formal e informal.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Sociomédico

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

Observacional, descriptivo de corte transversal

2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La población de referencia fueron adultos mayores con discapacidad que acudieron a consulta al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana en el periodo de 01 de enero al 28 de Febrero del 2017.

2.4 MUESTRA

Muestra no probabilística por conveniencia, el tamaño de la muestra se calculó con la siguiente formula:

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

n: tamaño muestral

z: valor correspondiente a la distribución de gauss $Z_{\alpha = 0.05} = 1.96^2$

p=prevalencia esperada del parámetro a evaluar en caso de desconocerse (p= 38.1)

q: 1-p (0.486)

i: error que se prevé cometer si es de 5% i= 0.05

+ 10% de tasa de no respuesta

$$n = \frac{3.8416 (0.381 \cdot 0.619)}{0.0025} = 362$$

+ 10% de la tasa de no respuesta

$$n = 362 + 36 = \mathbf{398}$$

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.5.1 INCLUSIÓN

- ✓ Adultos mayores que acudieron a consulta al C.S Dr. José Castro Villagrana, de 65 años y más con discapacidad, que aceptaron participar en la investigación, firmen consentimiento informado , y que sepan leer y escribir.

2.5.2 NO INCLUSIÓN

- ✓ Adultos mayores que no tengan discapacidad, menores de 65 años, analfabetas, que no acepten participar en el estudio que tengan trastornos mentales.

2.5.3 ELIMINACIÓN

- ✓ Cuestionarios incompletos

2.6 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

2.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Edad: Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta un momento determinado de la vida.

Sexo: Características genéticas del individuo relativas a su papel reproductivo.

Estado civil: Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos.

Discapacidad: Disminución en la capacidad funcional para realizar las actividades cotidianas consideradas normales (caminar, bañarse, comer, acostarse, y levantarse de la cama, usar el excusado y vestirse) debida a la alteración de sus funciones intelectuales o físicas.

Tipos de discapacidad: Comprende la deficiencia más limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Grado de discapacidad: Se refiere a la capacidad del sujeto encuestado de desempeñarse en las siguientes funciones de movilidad, comunicación y capacidad de autocuidado.

Tipo de apoyo de una red social

Apoyo Emocional: Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

Apoyo instrumental: Cuidado, transporte, labores del hogar.

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

Apoyo informativo: Orientación, información, intercambio de experiencias.

2.6.2 TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Definición operacional	Escala	Indicador	Fuente
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos al momento del estudio	Continua	Edad en años cumplidos	Cuestionario ERASAM
Sexo	Cualitativa	Características biológicas que diferencian a las personas en hombres y mujeres.	Nominal	1.Femenino 2.Masculino	Cuestionario ERASAM
Estado civil	Cualitativa	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos. El estado civil soltero incluyen a los separados.	Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo	Cuestionario ERASAM
Tipo de discapacidad	Cualitativa	<p>Discapacidad Física: Déficit físico que origina una falta de la capacidad para realizar tareas de la vida diaria y se clasifica en dos grupos con o sin afectación del sistema nervioso central.</p> <p>Discapacidad Visual: Déficit en la agudeza visual, ya sea en la capacidad para discriminar detalles o en la capacidad para percibir objetos situados fuera de la visión central</p> <p>Discapacidad Auditiva: Restricción en la función auditiva para la percepción de los sonidos externos.</p> <p>Discapacidad Intelectual: Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en las habilidades prácticas, sociales y conceptuales.</p> <p>Discapacidad Mental: Deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona portadora de una disfunción mental y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicha disfunción.</p> <p>Discapacidad Mixta: Presencia de dos o más discapacidades.</p>	Nominal	a. Discapacidad física b. Discapacidad visual c. Discapacidad Auditiva d. Discapacidad Intelectual e. Discapacidad Mental f. Discapacidad Mixta	Cédula de Identificación Inicial de Discapacidad para el Acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México”

Grado de discapacidad	Cualitativa	0. Sin limitación 1. Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda 2. Realiza y mantiene la actividad con dispositivos y ayudas ocasionales 3. Requiere de la asistencia momentánea de otra persona 4. Requiere de la asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo 5. Requiere permanentemente de una ayuda o dispositivo que le permita realizar la actividad 6. No puede realizar o mantener la actividad aún con asistencia personal.	Nominal	Física a. Alta: 1-2 b. Media: 3 c. Baja: 4-5 d. Muy baja: 6 o más Visual a. Alta: 1-2 b. Media: 3 c. Baja: 4-5 d. Muy baja: No aplica Auditiva a. Alta: 1-2 b. Media: 3 c. Baja: 4-5 d. Muy baja: No aplica Intelectual a. Alta: 1-2 b. Media: 3 c. Baja: 4-5 d. Muy baja: 6 o más Mental a. Alta: 1-2 b. Media: 3 c. Baja: 4-5 d. Muy baja: 6 o más Mixta a. Alta: 1-2 b. Media: 3 c. Baja: 4-5 d. Muy baja: 6 o más	Cédula de Identificación Inicial de Discapacidad para el Acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México"
Tipo de Red de apoyo social	Cualitativa	Sistema de apoyo del individuo que abarca a la familia, amigos y grupos comunitarios autónomos, incluye a las instituciones públicas y privadas.	Nominal	Red formal : Institucional Red informal a. Cónyuge b. Hijos c. Familiares próximos d. Extrafamiliar e. Comunitario	Cuestionario ERASAM
Tipo de apoyo de una red social	Cualitativa	Transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación	Nominal	1.Apoyo emocional 2.Apoyo instrumental 3.Apoyo material 4.Apoyo informativo	Cuestionario ERASAM
Satisfacción de una red social	Cualitativa	Es la sensación de plenitud de o sentirse satisfecho con un apoyo de tipo emocional, instrumental, material o informativo.	Ordinal	1.Apoyo emocional Nada=0 Poco= 1 Regular=2 Mucho=3 2.Apoyo instrumental Nada=0 Poco= 1 Regular=2 Mucho=3 3.Apoyo material Nada=0 Poco= 1 Regular=2 Mucho=3 4.Apoyo informativo Nada=0 Poco= 1 Regular=2 Mucho=	Cuestionario ERASAM

2.7 INSTRUMENTO(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron 2 instrumentos.

El primer estuvo constituido por dos secciones:

- 1) Cédula de identificación de datos
- 2) Cuestionario para identificar frecuencia, tipo y satisfacción de las redes de apoyo formal e informal

Fue creado por Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado en el 2009, confiabilidad con el Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.935.

Es un cuestionario semiestructurado que, a partir de preguntas sencillas, permite explorar la frecuencia, los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo), así como el nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional.

El instrumento estaba conformado por 6 secciones

La primera evaluación es de la red informal familiar que comprende cónyuge, hijos y familiares próximos, posteriormente la red informal extrafamiliar que comprende amigos y apoyo comunitario y por último la red formal institucional.

La pregunta número 1 evalúa la frecuencia de la red de apoyo dando valor a la respuesta de 0 a 3, entre menor sea el valor numérico menor es la frecuencia de apoyo, por tanto el puntaje máximo de 3.

La pregunta número 2 evalúa el tipo de apoyo con un puntaje máximo de 4 puntos si recibe los 4 tipos de apoyo que son (emocional, instrumental, material, informativo).

La pregunta 3 evalúa el grado de satisfacción donde la puntuación va de 0 que corresponde a nada de satisfacción a 3 donde es mucha la satisfacción del apoyo recibido, esta pregunta va vinculada con la pregunta número 2 donde se evalúa el tipo de apoyo. **Ver anexo 2**

Por último se realiza a sumatoria final en cada tipo de apoyo es cual debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones.

El segundo instrumento utilizado fue la escala para valorar las limitaciones en la actividad y participación del individuo con discapacidad establecido en el lineamiento de "Elaboración de la Cédula de Identificación Inicial de Discapacidad para el Acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México" avalado por la Secretaría de Salud.

Su evaluación solo podía ser realizada por personal médico capacitado, en donde se preguntó al paciente acerca de su sintomatología y se realizó exploración física para valorar el tipo y grado de discapacidad. **Ver anexo 3**

2.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante los meses de enero y febrero de 2017, se capturaron adultos mayores con discapacidad que acudieron a consulta al C.S Dr. José castro Villagrana.

La forma de selección fueron adultos mayores que acudieran al área de archivo clínico solicitando Certificado de Discapacidad de ahí eran referidos a los consultorios correspondientes.

Otra forma de selección fue apoyándome del personal que se encontraba en diferentes servicios como optometría, odontología y el consultorio de atención de pacientes crónico-degenerativos para que enviaran a sus pacientes para la realización de las encuestas.

El investigador principal capacito al personal médico acerca de la aplicación del certificado de discapacidad y el instrumento ERASAM.

Solo se aceptó adultos mayores en los cuales su certificado confirmara discapacidad. Una vez que se recolecto la muestra planeada se procedió a la auto aplicación del instrumento ERASAM.

Se otorgó carta de consentimiento informado y se dio un tiempo de 20 minutos para la realización de ambas encuestas.

El material requerido fue cuestionario y lápiz y no requirió de un espacio privado para su aplicación sin embargo se aplicó sin la presencia de familiares.

2.9 PRUEBA PILOTO

No se realizó prueba piloto en este estudio.

2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

- ✓ Se aplicó el cuestionario sin la presencia de familiares
- ✓ Cuando el nivel de lectura en el paciente fue inadecuado se leyó en voz alta la pregunta con el fin que seleccionara la respuesta más adecuada para él.
- ✓ No se discutió con el paciente ninguna pregunta se le explicó que él debía responder como lo creyera más conveniente.
- ✓ Al término de la aplicación de las encuestas se revisó que el cuestionario estuviera contestado completamente.

2.11 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

2.11.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Se construyó una base de datos en una hoja de cálculo de Excel donde se capturaron los datos de ambos cuestionarios y datos de cada paciente.

2.11.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento estadístico se realizó sacando el promedio de cada una de las variables cuantitativas, y porcentajes de las variables cualitativas.

2.12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ver anexo 4.

2.13 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos: personal técnico del servicio de optometría, odontología, médicos residentes de medicina familiar del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y el investigador principal.

Materiales: computadora laptop, unidad de almacenamiento USB, lápiz, plumas, papel, servicio de fotocopiado y hojas blancas.

Físicos: sala de espera, consultorio médico.

El estudio fue autofinanciado.

2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se consideran los lineamientos de la Declaración de Helsinki enmendada en la 52 Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, con su última actualización en la 64 Asamblea General, Fortaleza Brasil , octubre 2013 que guía a los médicos en las investigaciones biomédicas donde participan seres humanos.

Se consideran los siguientes puntos:

XX. Para tomar parte de un proyecto de investigación los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

XXI. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad, debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

XXVII. Tanto los autores como los editores tienen la obligación ética al publicar resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de sus datos y resultados.²⁷

Respecto a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en nuestro país, basados en el capítulo I de los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos.

Art. 13. Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Art. 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones que este reglamento señala.

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actué bajo la supervisión de las

autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. *Se llevará a cabo cuando tenga autorización del titular de la institución de atención a la salud y es su caso de la Secretaría.*

Art. 17. Se considerara como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de Investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, etc., pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara la conducta del sujeto.

Art. 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art. 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos.

- I.** *Sera elaborado por el investigador principal indicando la información y de acuerdo con la norma técnica que emita la Secretaría.*
- II.** *Sera revisado y en su caso aprobado por la Comisión de Ética de la Institución de atención a la salud.*

El presente estudio de investigación se clasifica como un estudio de riesgo mínimo, el cual según el artículo 17 de la Ley General de Salud y la Comisión de Ética, debido a que los adultos mayores con discapacidad que participaron en el estudio aportaron datos a través de un cuestionario y se les evaluó tipo y grado de discapacidad.

Se presentó un formato de consentimiento informado basado en los puntos XX y XXI de la Declaración de Helsinki, así como en los artículos 13,14, 20 y 22 de la Ley General de Salud, a fin de no afectar la integridad física ni psicológica de los participantes y garantizar que su participación fuera completamente voluntaria. (Anexo1).²⁸

3. RESULTADOS

Del periodo del 01 de enero al 28 de febrero se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron 398 adultos mayores con discapacidad del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana los cuales completaron el cuestionario Escala Redes de Apoyo Social en el adulto mayor (ERASAM) y la Cédula de Identificación Inicial de Discapacidad.

El grupo de edad que predominó en los adultos encuestados fue de 65 a 74 años 231 (58,04%), de 75 a 84 años 143 (35,92%) y el porcentaje menor correspondió a adultos mayores de 84 años 24 (6%). Ver tabla 1.

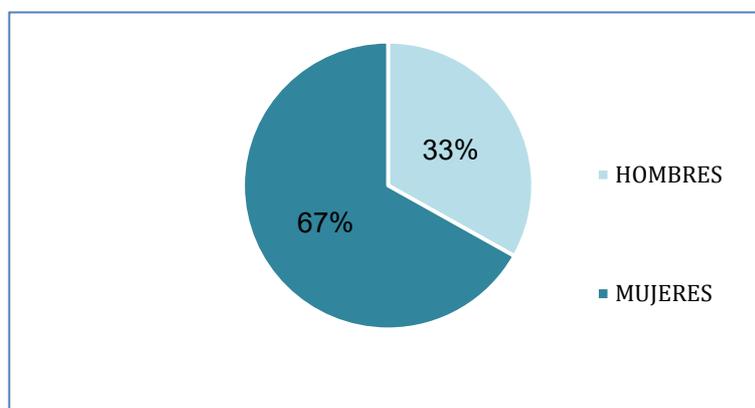
Tabla 1. Distribución por edad de Adultos Mayores con Discapacidad del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65-74	231	58,04%
75-84	143	35,92%
MAS DE 84	24	6%
TOTAL	398	100%

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

Respecto al género de los 398 pacientes encuestados, fueron 266 (67%) mujeres y 132 (33%) hombres. Ver Figura 1.

Figura 1. Distribución por Género de Adultos Mayores con Discapacidad del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana



FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

El estado civil que predominó fue viudo 177 (44,49%), seguido de casados 118 (29,64%) y solteros 103 (25,87%). Tabla 2

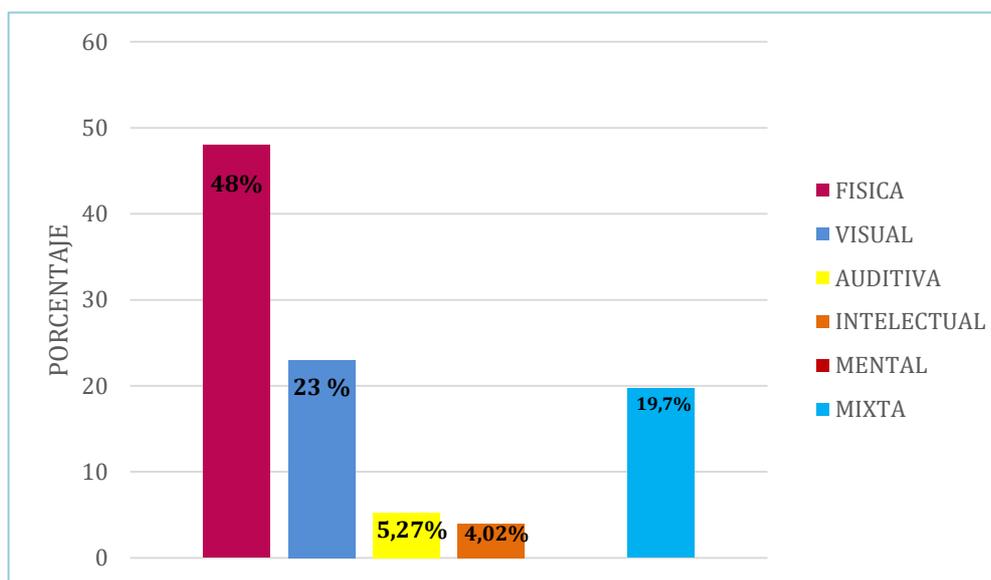
Tabla 2. Estado Civil de Adultos Mayores con Discapacidad del C.S Dr. José Castro Villagrana

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIUDOS	177	44,49%
CASADOS	118	29,64%
SOLTEROS	103	25,87%
TOTAL	398	100%

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

De los adultos encuestados, 191 (48%) presentaron discapacidad física, 92 (23%) discapacidad visual, 78 (19,7%) discapacidad mixta, 21 (5,27%) discapacidad auditiva, 16 (4,02%) discapacidad intelectual, y ninguno discapacidad mental. Figura 2.

Figura 2. Tipo de Discapacidad en la población estudiada



FUENTE: CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN INICIAL DE DISCAPACIDAD 2016

Con respecto al grado de funcionalidad fue muy bajo el porcentaje de los adultos mayores que tuvieron limitadas sus actividades, 1 (0,25%) tuvo una funcionalidad muy baja, 51 (12,81%) funcionalidad baja, 171 (42,96%) funcionalidad media, y 175 (43,76%) presentan un alta funcionalidad. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución del grado de Funcionalidad de Adultos Mayores con Discapacidad del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

N= 398		
FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy baja	1	0,25%
Baja	51	12,81%
Media	171	42,96%
Alta	175	43,96%

FUENTE: CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN INICIAL DE DISCAPACIDAD 2016

En cuanto a sus redes de Apoyo Social de los Adultos Mayores con discapacidad encuestados 398 (100%) reportaron tener apoyo institucional, seguidos de parientes próximos 367 (92,21%) y el menos frecuente el cónyuge 119 (29,89%). (Tabla 4)

Tabla 4. Redes de Apoyo Social con las que cuenta el Adulto Mayor con discapacidad del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

VARIABLE	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONYUGE	119	29,89	279	70,11
HIJOS	312	78,38	86	21,62
PARIENTES	367	92,21	31	7,79
AMIGOS	200	50,25	198	49,75
COMUNITARIO	148	37,18	250	62,82
INSTITUCIONAL	398	100	0	0

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

Con respecto a la frecuencia con la que el adulto mayor con discapacidad ve y habla con sus redes de apoyo social, la más frecuente es el cónyuge 114 (95,79%) seguida de la red institucional 291 (73,15%) y apoyo comunitario 69 (46,63%).

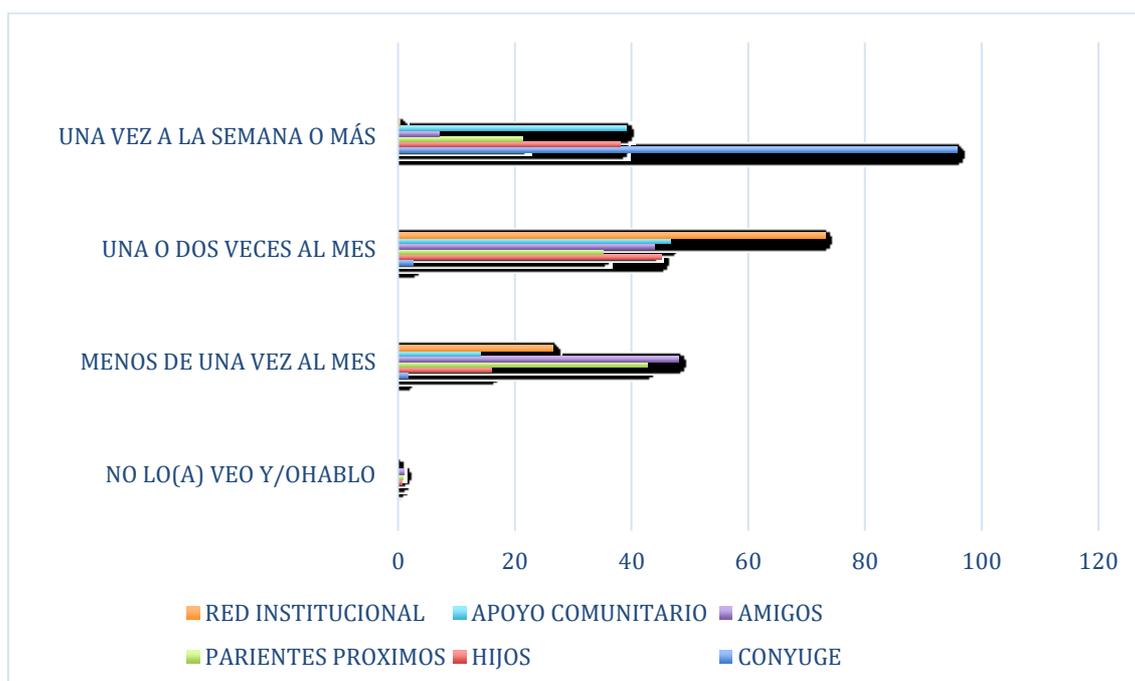
La red de apoyo social con menos frecuencia fueron parientes próximos 3 (0,82%) y los hijos 2 (0,65%). Tabla 5, Figura 3.

Tabla 5. Frecuencia de las Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con Discapacidad del C.S Dr. José Castro Villagrana.

TIPO DE RED	no lo(a) veo y/o hablo		menos de una vez al mes		una o dos veces al mes		una vez a la semana o más	
	F	%	F	%	F	%	F	%
CONYUGE	0	0	2	1,69	3	2,52	114	95,79
HIJOS	2	0,65	50	16,02	141	45,19	119	38,14
PARIENTES PRÓXIMOS	3	0,82	156	42,73	128	35,06	79	21,39
AMIGOS	2	1	96	48	88	44	14	7
APOYO COMUNITARIO	0	0	21	14,19	69	46,63	58	39,18
RED INSTITUCIONAL	0	0	106	26,6	291	73,15	1	0,25

FUENTE: ESCUESTAS ERASAM 2017

Figura 3. Frecuencia de las Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con Discapacidad del C.S Dr. José Castro Villagrana



FUENTE: ESCUESTAS ERASAM 2017

Todos los encuestados identificaron en sus redes de apoyo informal y formal los cuatro tipos de apoyo.

El tipo de apoyo más frecuente fue el emocional 200 (100%) por parte de los amigos seguido de los hijos 311 (99,6%).

El tipo de apoyo instrumental fue proporcionado más frecuentemente por el cónyuge 106 (89%), y menos frecuente por el grupo comunitario 1 (0,67%).

El apoyo material fue proporcionado más frecuentemente por los hijos 295 (94,5%), y menos frecuente por parte de los amigos 10 (5%).

El apoyo informativo fue proporcionado en su mayoría por el cónyuge 106 (89%), y menos frecuente por familiares próximos 126 (34,4%).

Cabe señalar que los cuatro tipos de apoyo con mayor porcentaje los proporciono la red informal siendo el primer lugar el cónyuge seguido de los hijos. (Tabla 6)

Tabla 6. Tipos de Apoyo que le proporcionan las Redes de Apoyo Formal e Informal al Adulto Mayor con Discapacidad.

TIPO DE APOYO	CONYUGE		HIJO (S)		F. PRÓXIMOS		AMIGOS		A. COMUNITARIO		RED INSTITUCIONAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Emocional	117	98,3	311	99,6	364	99,4	200	100	146	98,6	396	99,4
Instrumental	106	89	162	51,9	31	8,46	5	2,5	1	0,67	3	0,75
Material	109	91,5	295	94,5	129	35	10	5	8	5,4	197	49,4
Informativo	106	89	165	52,8	126	34,4	70	35	96	64,8	198	49,7

FUENTE: ESCUESTAS ERASAM 2017

Con respecto a la satisfacción que los adultos mayores perciben en relación a sus redes de apoyo social y tipo de apoyo se encontró lo siguiente:

Cónyuge e hijos: poco satisfechos con apoyo instrumental y material, regular satisfacción con apoyo emocional e informativo.

Familiares próximos y amigos: poco satisfechos en el apoyo material, regular satisfacción con apoyo emocional, instrumental e informativo.

Grupo comunitario: muy satisfechos con el tipo de apoyo emocional e informativo y poco satisfecho con el apoyo material e instrumental.

Red institucional: muy satisfechos con el apoyo emocional e informativo, poco satisfechos con el apoyo material y regular satisfacción con el apoyo instrumental. (Tablas anexas)

Grado de Satisfacción del tipo de apoyo que le proporciona el cónyuge al adulto mayor con discapacidad

SATISFACCIÓN				
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
TIPO DE APOYO	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
EMOCIONAL	0	16,25	47,86	35,89
INSTRUMENTAL	0	50	29,25	20,75
MATERIAL	0	71,57	17,47	11
INFORMATIVO	0	38,69	40,56	20,75

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

Grado de Satisfacción del tipo de apoyo que le proporciona su(s) hijo(s) al adulto mayor con discapacidad.

SATISFACCIÓN				
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
TIPO DE APOYO	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
EMOCIONAL	0,66	11,61	48,30	39,35
INSTRUMENTAL	0,63	38,03	34,35	26,99
MATERIAL	0,34	57,77	26,68	15,20
INFORMATIVO	0,62	21,88	51,20	26,50

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

Grado de Satisfacción del tipo de apoyo que le proporcionan Familiares Próximos al adulto mayor con discapacidad.

SATISFACCIÓN				
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
TIPO DE APOYO	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
EMOCIONAL	0,56	36,98	43,56	18,90
INSTRUMENTAL	0	26,66	40	33,34
MATERIAL	0	52,31	40	7,69
INFORMATIVO	0	28,34	60,62	11,04

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

Grado de Satisfacción del tipo de apoyo que le proporciona su (s) Amigo(s) al adulto mayor con discapacidad.

SATISFACCIÓN

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
TIPO DE APOYO	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
EMOCIONAL	0	27,86	47,77	24,37
INSTRUMENTAL	0	0	100	0
MATERIAL	0	0,30	0,50	0,20
INFORMATIVO	0	15,49	61,97	22,54

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

Grado de Satisfacción del tipo de apoyo que le proporciona el Grupo Comunitario al adulto mayor con discapacidad.

SATISFACCIÓN

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
TIPO DE APOYO	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
EMOCIONAL	0	9,60	41,09	49,31
INSTRUMENTAL	0	50	25	25
MATERIAL	0	62,50	12,5	25
INFORMATIVO	0	5,11	41,83	53,06

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

Grado de Satisfacción del tipo de apoyo que le proporciona la Red Institucional al adulto mayor con discapacidad.

SATISFACCIÓN

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
TIPO DE APOYO	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
EMOCIONAL	0	0,51	36,77	62,72
INSTRUMENTAL	0	100	0	0
MATERIAL	0	8,6	65,48	25,88
INFORMATIVO	0	1	42	67

FUENTE: ENCUESTAS ERASAM 2017

4. DISCUSIÓN

La finalidad del presente estudio de investigación fue para conocer la frecuencia, tipo y satisfacción de las Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor con Discapacidad utilizando el instrumento ERASAM y la Cédula de Identificación Inicial de Discapacidad para el Acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México.

Los resultados muestran tal como han reportado diversos autores Pelcastre¹⁶ y Polizzi¹⁷ que la familia continúa siendo la fuente fundamental de apoyo para los adultos mayores. En este estudio se observó que la frecuencia con la que el adulto mayor con discapacidad ve y habla con sus redes de apoyo social es principalmente el cónyuge.

También mostro que el cónyuge es quien le proporciona los diferentes tipos de apoyo que son el emocional, instrumental, material e informativo, en segundo lugar se encuentran los hijos quienes proporcionan principalmente apoyo emocional y material.

Sánchez (1990), al referirse a la situación de los adultos mayores discapacitados, señala que “la familia, amigos y vecinos proveen aproximadamente el 80% de los servicios de apoyo que necesitan los ancianos impedidos” y que investigaciones acerca de la familia y los adultos mayores “han demostrado ampliamente que la familia es la que provee la mayor parte de los servicios de cuidado de la salud a ancianos con discapacidad física y mental” (Townsend, 1965, en Sánchez 1990).⁸

A diferencia de lo que exponen estudios anteriores en que el adulto mayor tiene buena satisfacción con el apoyo que le brindan sus hijos, la pareja y los amigos (Arias, 2004; Domínguez, Espín y Bayorre, 2001; Salinas, Manrique y Téllez-Rojo, 2008),¹³ este estudio muestra lo contrario ya que se observó que a pesar de que la Red Social Informal le brinda los cuatro tipos de apoyo, el Adulto mayor con discapacidad se encuentra poco satisfecho con dichos apoyos.

Con respecto al grupo comunitario se puede ver que los adultos mayores que cuentan con esta red, tienen apoyo emocional e informativo y se sienten muy satisfechos con dichos apoyos esto concuerda con el estudio realizado en Santiago de Chile sobre personas mayores de 65 años de edad, que mostro que la pertenencia a una organización de adultos mayores contribuía al intercambio de información para cuidarse mejor, proporcionaba compañía y afectos y también ayudaba al mejoramiento de las relaciones familiares, pues las personas mayores se hacían más independientes (Barros, 1991).⁸

Este estudio identifico que la Red Institucional es la que brinda mayor satisfacción al adulto mayor a pesar de que solo otorga apoyo emocional e informativo a diferencia de lo que muestran otros estudios acerca de que existe una ausencia de apoyo por parte de organizaciones de la sociedad civil para los adultos mayores, y el otorgado por el gobierno y la iglesia se considera como insuficiente.¹⁷ Sin embargo esto puede ser un sesgo ya que el presente estudio se realizó en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Con respecto a la discapacidad se observó que la más frecuente en el adulto mayor es la física, seguida de la discapacidad visual, discapacidad mixta, y discapacidad auditiva, que concuerda con los datos de la INEGI 2014 donde muestra que la principal discapacidad en el adulto mayor es la dificultad para caminar, moverse, subir o bajar (71.9%); le siguen las dificultades para ver (32.1%) y oír (21.8%).⁷

Por lo tanto la presente investigación aporta información para mejorar los servicios de salud en la atención del Adulto Mayor con Discapacidad como es la aplicación de Instrumentos confiables que permitan conocer la frecuencia tipo y satisfacción de las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor y con esto mejorar y complementar dichas redes.

También se señala la importancia de orientar acerca del envejecimiento a los familiares como son cónyuge, hijos, familiares próximos y amigos para el funcionamiento diario e integración social del adulto mayor con discapacidad a su entorno, mejorando su satisfacción y con esto su calidad de vida.

Las limitantes de este estudio fueron que los resultados no se pueden generalizar pero es un acercamiento de la situación actual de los adultos mayores con discapacidad del Centro de Salud por lo que hay que seguir valorando a esta población con este mismo enfoque.

5. CONCLUSIONES

El envejecimiento es proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo; que trae en los individuos, la presencia y manifestación de deterioro físico y enfermedades crónicas degenerativas, aunadas a experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal; esto genera un incremento de las necesidades de salud y requerimiento de redes de apoyo social.

Al realizar este trabajo de investigación se concluye lo siguiente:

- El grupo de edad que predominó fue de 65 a 74 años.
- El mayor porcentaje de adultos correspondió al sexo femenino.
- El estado civil más frecuente fue viudo.
- La discapacidad más importante en el adulto mayor es la física.
- Los adultos discapacitados son funcionales en su mayoría.
- La red de apoyo social más frecuente es la institucional, seguida de parientes próximos y el menos frecuente el cónyuge.
- El tipo de apoyo proporcionado en su totalidad fue el emocional por parte de los amigos seguido de instrumental y material por parte del cónyuge e hijos.
- Todos los adultos mayores cuentan con Redes de Apoyo y se dan en todos los tipos, sin embargo perciben mayor satisfacción por parte de la red institucional y comunitaria.

Al considerar lo expuesto en esta investigación es importante comentar las siguientes propuestas:

- Como médico familiar brindar atención integral al Adulto Mayor con Discapacidad valorándolo en sus esferas clínica, psicológica y funcional.
- Dar a conocer al personal médico los diferentes instrumentos que existen para la evaluación de las redes de Apoyo en el Adulto Mayor.
- Realizar pláticas al adulto mayor y sus familias acerca del proceso de envejecimiento y Redes de Apoyo con la finalidad de propiciar una mayor convivencia y conocimiento del Adulto Mayor.
- Promover la integración de grupos de ayuda comunitarios intra y extra institucionales.
- Establecer la comunicación entre los médicos familiares y trabajo social para trabajar en coordinación en pacientes con redes de apoyo precarias.
- Realizar más estudios en el Centro de Salud acerca de las redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González CRALM, Evaluación en psicogerontología: Editorial El Manual Moderno, 2009: 95-112
2. Sirlin C. Redes de apoyo para adultos mayores. Asesoría General en Seguridad Social. 2006; 13
3. Fernández RX, Robles SA. Redes de apoyo social. Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. CONAPAM, 2008.
4. Nava AES, Terán TM, Moreno AF, Bazán CM. Temas de salud y redes de apoyo en un grupo de adolescentes de la clínica de medicina familiar "Oriente" del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2007: 1246-52.
5. Robles RMJ, Ramón Miralles BR, Imma Llorach GI, Cervera AAMC. Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. International Marketing & Communication, 2004: 25-33
6. Gutiérrez RLM, Téllez RM, Manrique EB, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Geriatría. México. Instituto Nacional de Salud Pública México, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de mortalidad, 2012. Consulta interactiva de datos. México, INEGI, 2012.
8. Guzmán J, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de población. Chile, 2003.
9. Gutiérrez RLM, Lezana FA. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Instituto Nacional de Geriatria. Mexico, 2013:16
10. Mejía MA, Rivera PM, Urbina M, et al. Discapacidad en el adulto mayor: características y factores relevantes. Revista. Facultad. Ciencias. Médicas 2014: 27-33
11. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia Psicológica 2012; 30(2): 23-29
12. Rodríguez RJR et al. Evaluación geriátrica integral importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud 2014;9(1):35-41
13. Chan M. Informe Mundial Sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud 2015; 3: 45-79.
14. Mique J. Integración de teorías del envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41(1):55-63
15. Organización Mundial de la Salud. La Salud de las personas de edad. Serie informes técnicos N° 779. Ginebra: OMS; 1989
16. Pelcastre VBE, et al. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2011; 27(3):460-470
17. Polizzi, L. Arias C. J. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. Pensando Psicología. 2014;10(17), 61-70

18. Lineamiento de "Elaboración de la Cédula de Identificación Inicial de Discapacidad para el Acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México".
19. González GJ. Teorías del envejecimiento. Tribuna del Investigador.2010:11(1-2), 42-66
20. Salinas A. Manrique B. Téllez RM. Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. 2008: 2-16
21. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva 381. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Intercensal 2015.
23. Instituto Nacional de las Mujeres. Dirección de Estadística.2015 Disponible en www.inmujer.gob.mx
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).Censo de Población y Vivienda 2010.
25. Gutiérrez JP et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados Nacionales.
26. Doris Cardona AD, Peláez. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. Salud Uninorte. Barranquilla 2012; 28 (2): 335-337
27. Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Fortaleza, Brasil 2013.
28. Ley General de Salud, Aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo1, Última Reforma DOF. 24-04-2013
29. Salech MF.Jara. IR. Michea AL. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento Rev. Med. Clin. Condes. 2012:23(1) 19-29.
30. Céspedes ME, et al. Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. Rev Cubana Invest Biomed 2000; 19(3):186-90
31. Calvo E. Enfoques sobre el Envejecimiento. Envejecimiento saludable, activo y positivo.2011 Santiago, Chile: Instituto de Políticas Públicas UDP. Disponible en: www.politicaspUBLICAS.udp.cl.
32. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ciudad de México capital en movimiento.2010
33. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) 2016. Envejecimiento Disponible en <http://www.unfpa.org/es/annual-report>.

7. ANEXOS



Anexo 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:

Fecha: _____

Folio: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
” **Satisfacción de redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana**”

El objetivo de este estudio es medir la frecuencia, el tipo y grado de satisfacción de las redes de apoyo en el adulto mayor con discapacidad que acude a consulta en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, ubicado en la calle carrasco s/n. Colonia Toriello Guerra. C.P 14050 teléfono: 55 5528 1173. Dicho estudio será realizado por la Dra. Ivonne Reyes Gonzalez Residente de Tercer año de Medicina Familiar. Asesorada por la Dra. Consuelo González Salinas y la Dra. Ma. Eloísa Dickinson Bannack.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- ✓ Acudir al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana donde se me tomaran mis datos personales
- ✓ Se me evaluara con una serie de preguntas de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores ERASAM y Cedula de Identificación inicial de Discapacidad para el acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México.

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

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

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del investigador

Anexo 2

CUESTIONARIO ERASAM

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha de evaluación:

Estado civil: a) casado/a b) soltero/a c) viudo/a

Marque con una 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.		
Pertenece algún grupo de apoyo comunitario?		
Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?		

¿Cuál es?

Continuar con los siguientes apartados de acuerdo a las preguntas anteriores

I. Red informal familiar. Marque con una (x)

Conyugue ¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus conyugue?	No lo(a) ve y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	1 a 2 veces al mes (2)	1 vez a la semana o mes (3)
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su conyugue?	Apoyo emocional (1)	Apoyo instrumental (1)	Apoyo material (1)	Apoyo informativo (1)
¿En qué grado está satisfecho con los tipos de apoyo que le proporciona su conyugue?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

Hijos (as) ¿cuántos hijos tiene? () anote el numero

Hijos ¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus hijos (as)?	No lo(a) ve y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	1 a 2 veces al mes (2)	1 vez a la semana o mes (3)
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con sus hijos (as)?	Apoyo emocional (1)	Apoyo instrumental (1)	Apoyo material (1)	Apoyo informativo (1)
¿En qué grado está satisfecho con los tipos de apoyo que le proporcionan sus hijos (as)?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

Familiares próximos ¿cuántos hijos tiene? () anote el numero

¿Con que frecuencia ve y habla con sus familiares próximos parientes?	No lo(a) ve y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	1 a 2 veces al mes (2)	1 vez a la semana o mes (3)
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo emocional (1)	Apoyo instrumental (1)	Apoyo material (1)	Apoyo informativo (1)
¿En qué grado está satisfecho con los tipos de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

II. Red informal extrafamiliar

Amigos (as) ¿cuántos amigos tiene? () anote el numero

¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus amigos?	No lo(a) ve y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	1 a 2 veces al mes (2)	1 vez a la semana o mes (3)
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con sus amigos?	Apoyo emocional (1)	Apoyo instrumental (1)	Apoyo material (1)	Apoyo informativo (1)
¿En qué grado está satisfecho con los	Nada 0 Poco 1	Nada 0 Poco 1	Nada 0 Poco 1	Nada 0 Poco 1

tipos de apoyo que le proporcionan sus amigos?	Regular 2 Mucho 3	Regular 2 Mucho 3	Regular 2 Mucho 3	Regular 2 Mucho 3
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Apoyo comunitario

¿Con que frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No lo(a) ve y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	1 a 2 veces al mes (2)	1 vez a la semana o mes (3)
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la institución?	Apoyo emocional (1)	Apoyo instrumental (1)	Apoyo material (1)	Apoyo informativo (1)
¿En qué grado está satisfecho con los tipos de apoyo que le proporciona el grupo con el que acude?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

III. Red formal institucional (marque con una x)

¿Con que frecuencia recibe usted este apoyo?	No lo(a) ve y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	1 a 2 veces al mes (2)	1 vez a la semana o mes (3)
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la institución?	Apoyo emocional (1)	Apoyo instrumental (1)	Apoyo material (1)	Apoyo informativo (1)
¿En qué grado está satisfecho con los el (los) tipo (s) de apoyo que recibe?	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

Anexo 3

Cédula de Identificación Inicial de Discapacidad para el Acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México” avalado por la Secretaria de Salud, donde se evalúa el tipo y grado de discapacidad como se muestra a continuación:

0. Sin limitación
1. Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
2. Realiza y mantiene la actividad con dispositivos y ayudas ocasionales
3. Requiere de la asistencia momentánea de otra persona
4. Requiere de la asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
5. Requiere permanentemente de una ayuda o dispositivo que le permita realizar la actividad
6. No puede realizar o mantener la actividad aún con asistencia personal

Discapacidad	Alta	Media	Baja	Muy baja
Física	1-2	3	4-5	6 o más
Visual	1	2-3	4-5	No aplica
Auditiva	1	2-3	4-5	No aplica
Intelectual	1	2-3	4-5	6 o más
Mental	1	2-3	4-5	6 o más
Mixta	1	2-3	4-5	6 o más

Ciudad de México a 13 de enero 2017

Dra. Maribel López Alquicira

Jefa de Unidad de Atención Médica

C.S TIII Dr. José Castro Villagrana

Presente.

Por medio de la presente me dirijo a usted en calidad de médico residente de 3 año, del Curso de Especialización en Medicina Familiar, para solicitar autorización para llevar a cabo la fase de campo del proyecto de investigación titulado: "**Satisfacción de las Redes de Apoyo en el Adulto Mayor con discapacidad en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana**".

Esta fase consiste en aplicar dos cuestionarios titulados ERASAM (Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores) y Cedula de Identificación inicial de Discapacidad para el acceso a los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México, antes de la aplicación se entregara carta de consentimiento informado al adulto mayor que desee participar en el estudio.

Los resultados pretender que sean de utilidad para mejorar la atención en el adulto mayor con discapacidad que acude al centro de Salud a consulta médica

ATTENTAMENTE


R3MF Ivonne Reyes Gonzalez



V.-B.- Dra. Maribel López - A.

c.c.p M.C Consuelo Gonzalez Salinas. Coordinadora de Enseñanza e Investigación.