



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 46  
DISTRITO FEDERAL

REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ARACELI PANOHAYA HUILOTL

DISTRITO FEDERAL

2014



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3703  
U MED FAMILIAR NUM 21, D.F. SUR

FECHA 30/10/2012

**MTRA. LEONOR CAMPOS ARAGON**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21"**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3703-24

ATENTAMENTE

**DR.(A). JOSE LUIS ORTIZ FRIAS**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3703

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

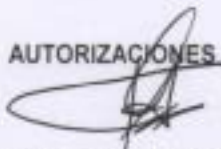
**REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

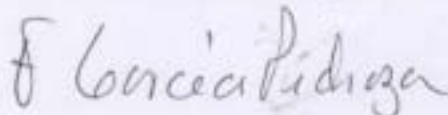
**PRESENTA**

**DRA. ARACELI PANOHAYA HUILOTL**


**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N°21.

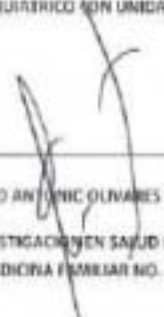
DRA. ARACELI PANOHAYA HUILOTL

AUTORIZACION



DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ

DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 18



DR. ROBERTO ANTONIO OLIVARES SANTOS

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 18



DR. FABIAN AVALOS PEREZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO. 18



DR. JULIO ANTONIO FLORES PEÑA

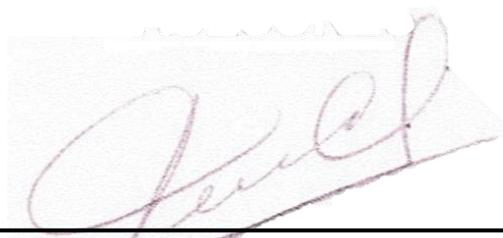
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO. 18



REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO. 21 IMSS” “

DRA. ARACELI PANOHAYA HUILOTL

R-2012-3703-24



---

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

COORDINADORA DEL PARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No.21, FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO



---

DRA. PATRICIA ALCÁNTARA HERNÁNDEZ

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 “FRANCISCO DE PASO Y TRONCOSO”.

## RESUMEN

“REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 “.

Dra, Araceli Panohaya Huilotl\*, Dra, Leonor Campos Aragón\*\*, Dra. Patricia Alcántara Hernández \*\*\*.

**Antecedentes:** El crecimiento demográfico así como el envejecimiento de la población en México ocasionará un aumento del uso de servicios de salud. La evidencia actual sobre el estudio de las redes de apoyo en los adultos mayores demuestra que su efectividad tiene un impacto positivo en la calidad de vida y por consiguiente en su estado de salud, disminuyendo el impacto social y familiar de los padecimientos que aquejan a los adultos mayores. **Objetivo** describir el tipo de redes de apoyo social más frecuente en adultos mayores en la UMF 21 del IMSS. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo transversal-descriptivo. La recolección de datos se realizó utilizando la escala de redes de apoyo social en el adulto mayor, validado por el Departamento de Geriatria de la FES Zaragoza, UNAM, con una muestra de 244 pacientes con muestreo aleatoria de ambos turnos. Los recursos materiales fueron aportados por el investigador. **Análisis estadístico** Los resultados se analizaron el programa de SPSS versión 20. para un análisis descriptivo con medidas de tendencia central. **Resultados:** La población de estudio se distribuyó con 59.7 % fueron del sexo femenino y el 47.3 % represento al sexo masculino. Se encontró que la principal red de apoyo con la que cuentan los adultos mayores de la UMF 21 es la que esta otorgada por los familiares siendo el esposo y los hijos principalmente y en un tercer lugar las redes formales como son los servicios de salud ya que del total de la población, 139 pacientes respondieron regular satisfacción con el apoyo que les proporciona su médico familiar. **Conclusiones:** Con la realización de este trabajo de estudio me permite darme cuenta de lo importante que es difundir las redes de apoyo tanto formales como informales, para los adultos mayores en nuestra área de trabajo para ayudar a mejorar la calidad de vida de este grupo de edad que se está incrementando cada día más en nuestra sociedad

**Palabras clave:** adulto mayor, redes de apoyo formales, redes de apoyo informal.

\*\* Especialista en Epidemiología, Maestra en Ciencias. Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 21, Instituto Mexicano del Seguro Social.

## ABSTRACT

"SOCIAL NETWORKS SUPPORT IN ADULT PATIENTS OVER UNIT NO FAMILY MEDICINE. 21 ".

Dr. Araceli Panohaya Huilotl \* Dr., Leonor Campos Aragón \*\* Dr. Patricia Alcántara Hernández \*\*\*.

Background: Population growth and aging of the population in Mexico cause an increased use of health services. Current evidence on the study of support networks in older adults shows that their effectiveness has a positive impact on quality of life and thus their health, reducing social and family impact of the ailments that afflict older adults. Objective to describe the type of social support networks more common in older adults in the UMF 21 of the IMSS. Methods: A cross -descriptive was performed. Data collection was performed using the scale of social support networks in the elderl, validated by the Department of Geriatrics, Fes Zaragoza, UNAM, with a sample of 244 patients with random sampling of both shifts . Material resources were provided by the researcher. Statistical analysis Results program SPSS version 20.For a descriptive analysis with measures of central tendency were analyzed. Results: The study population was distributed with 59.7 % were females and 47.3 % males represent. It was found that the main support network which accounts seniors in the UMF 21 is the one given by relatives being the spouse and children primarily and in third place formal networks such as health services as of the total population, 244 patients responded regularly satisfaction with the support provided by their family doctor. Conclusions : With the completion of this study work allows me realize how important it is to spread support networks both formal and informal , for older adults in our workspace to help improve the quality of life of this group age is increasing every day in our society.

Keywords: elderly, formal support networks, informal support networks.

\*\* Epidemiology Specialist, Master of Science. Coordinator of Education and Research in Health, Family Medicine Unit No. 21, Mexican Social Security Institute.



## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	31
4. JUSTIFICACIÓN.....	31
5. HIPÓTESIS.....	32
6. OBJETIVOS.....	33
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	33
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	34
7.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	35
7.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	35
7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	35
8. MUESTREO.....	36
8.1 TAMAÑO DE MUESTRA.....	36
9. FUENTE DE INFORMACIÓN.....	37
10. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	37
11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
11.1 MANIOBRA PARA EVITAR SESGOS.....	42
11.2 PRUEBA PILOTO.....	42
11.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	42
11.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
11.5 DECLARACIÓN DE HELSINKI.....	43

12. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	44
13. PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.....	44
14. RESULTADOS.....	45
15. DISCUSIÓN.....	49
16. CONCLUSIONES.....	50
17. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	51
18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	52
19. ANEXOS.....	53
19.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	53
19.2 CUESTIONARIO.....	54
20. BIBLIOGRAFÍA.....	57

## 1.RESUMEN

“REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 “.

Dra, Araceli Panohaya Huilotl\*, Dra, Leonor Campos Aragón\*\*, Dra. Patricia Alcántara Hernández \*\*\*.

**Antecedentes:** El crecimiento demográfico así como el envejecimiento de la población en México ocasionará un aumento del uso de servicios de salud. La evidencia actual sobre el estudio de las redes de apoyo en los adultos mayores demuestra que su efectividad tiene un impacto positivo en la calidad de vida y por consiguiente en su estado de salud, disminuyendo el impacto social y familiar de los padecimientos que aquejan a los adultos mayores. **Objetivo** describir el tipo de redes de apoyo social más frecuente en adultos mayores en la UMF 21 del IMSS. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo transversal-descriptivo. La recolección de datos se realizó utilizando la escala de redes de apoyo social en el adulto mayor, validado por el Departamento de Geriátrica de la FES Zaragoza, UNAM, con una muestra de 244 pacientes con muestreo aleatoria de ambos turnos. Los recursos materiales fueron aportados por el investigador. **Análisis estadístico** Los resultados se analizaron el programa de SPSS versión 20 para un análisis descriptivo con medidas de tendencia central. **Resultados:** La población de estudio se distribuyó con 59.7 % fueron del sexo femenino y el 47.3 % represento al sexo masculino. Se encontró que la principal red de apoyo con la que cuentan los adultos mayores de la UMF 21 es la que esta otorgada por los familiares siendo el esposo y los hijos principalmente y en un tercer lugar las redes formales como son los servicios de salud ya que del total de la población, 139 pacientes respondieron regular satisfacción con el apoyo que les proporciona su médico familiar. **Conclusiones:** Con la realización de este trabajo de estudio me permite darme cuenta de lo importante que es difundir las redes de apoyo tanto formales como informales, para los adultos mayores en nuestra área de trabajo para ayudar a mejorar la calidad de vida de este grupo de edad que se está incrementando cada día más en nuestra sociedad

**Palabras clave:** adulto mayor, redes de apoyo formales, redes de apoyo informal.

\*\* Especialista en Epidemiología, Maestra en Ciencias. Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 21, Instituto Mexicano del Seguro Social.

## ABSTRACT

"SOCIAL NETWORKS SUPPORT IN ADULT PATIENTS OVER UNIT NO FAMILY MEDICINE. 21 " .

Dr. Araceli Panohaya Huilotl \* Dr., Leonor Campos Aragón \*\* Dr. Patricia Alcántara Hernández \*\*\*.

Background: Population growth and aging of the population in Mexico cause an increased use of health services. Current evidence on the study of support networks in older adults shows that their effectiveness has a positive impact on quality of life and thus their health, reducing social and family impact of the ailments that afflict older adults. Objective to describe the type of social support networks more common in older adults in the UMF 21 of the IMSS. Methods: A cross -descriptive was performed. Data collection was performed using the scale of social support networks in the elderl, validated by the Department of Geriatrics, Fes Zaragoza, UNAM, with a sample of 244 patients with random sampling of both shifts . Material resources were provided by the researcher. Statistical analysis Results program SPSS version 20.For a descriptive analysis with measures of central tendency were analyzed. Results: The study population was distributed with 59.7 % were females and 47.3 % males represent. It was found that the main support network which accounts seniors in the UMF 21 is the one given by relatives being the spouse and children primarily and in third place formal networks such as health services as of the total population, 244 patients responded regularly satisfaction with the support provided by their family doctor. Conclusions : With the completion of this study work allows me realize how important it is to spread support networks both formal and informal , for older adults in our workspace to help improve the quality of life of this group age is increasing every day in our society.

Keywords: elderly, formal support networks, informal support networks.

\*\* Epidemiology Specialist, Master of Science. Coordinator of Education and Research in Health, Family Medicine Unit No. 21, Mexican Social Security Institute.

## **2. MARCO TEORICO: REDES SOCIALES**

### **Antecedentes históricos**

A principios de los años 30 en Estados Unidos, Jacob Moreno, psicólogo social de origen rumano, sugirió considerar como “átomo social” (« social atom »), no tanto al individuo, sino al individuo y las relaciones interpersonales de atracción y rechazo que se organizan a su alrededor. Esta visión reconoce en el campo intelectual de la psicología social un objeto intermediario entre el grupo, forma elemental del orden social, y el individuo, receptáculo de las pasiones y de la personalidad. Al estudiar una institución de rehabilitación, Jacob Moreno se preguntó por qué algunas jóvenes se escapaban en serie y descubrió que estaban ligadas entre ellas y que formaban “una red” (« a network »). En este concepto identificó la existencia de relaciones que iban más allá de la frontera de los grupos y les dio una posición teórica precisa. Primero, se trata de un fenómeno “estructurado”: dichas redes de relaciones, tan informales como puedan parecer, no dejan de estar reguladas, organizadas, estructuradas, por principios que es preciso esclarecer. Segundo, Jacob Moreno atribuyó a dichas redes una función: permiten una cierta forma de comunicación de la información y contribuyen a la circulación de los rumores, y por lo tanto, a la formación de la opinión pública que asegura una función de regulación social. Son supra-individuales, pero están desligadas de las organizaciones que son capaces de trascender, son informales pero no informes y son funcionales. Así pues, en 1934, las redes adquieren sus títulos de nobleza teórica en el campo de la psicología social.<sup>1</sup>

El estudio de las redes personales se remonta a los años 50 en el trabajo de antropólogos británicos en ciudades mineras del sur de África principalmente, dónde intentaban representar la complejidad de relaciones interétnicas que tenían lugar en estas grandes ciudades y para la que la teoría social disponible, centrada en comunidades homogéneas delimitadas geográficamente, no estaba preparada (para una historia de la aproximación Cf. Molina, 2005). Estos antropólogos

desarrollaron técnicas y conceptos que todavía hoy son de utilidad, como por ejemplo la existencia generalizada de un núcleo íntimo y efectivo (con un alta densidad de relaciones) y un círculo extendido de conocidos menos denso, ambos con funciones fundamentales para la vida del individuo. Una segunda tradición proviene de sociólogos americanos que en los setenta y ochenta se ocuparon de la llamada “Cuestión Comunitaria” (Cf. Wellman), la transformación de la comunidad en la sociedad “moderna” y urbana. Esta tradición de investigación se centra en la localización de las redes de apoyo social, redes de iguales constituidas por parientes, amigos y vecinos que proporcionan socialización, información y ayuda en general. Laumann, Fisher<sup>2</sup>

### **Generalidades**

El crecimiento demográfico que se ha dado en México, reporta el INEGI que el grupo de 60 años y más supera los 10.9 millones de habitantes lo que representa más del 9.3% de la población total así mismo se espera una proyección que para el año 2050 uno de cada cinco habitantes del planeta será mayor de 60 años. El grupo de adultos mayores en las edades más avanzadas es el que registra mayor crecimiento. Se puede anticipar que la proporción de personas de 70 años y más respecto al total de adultos mayores aumentará de 45.9 por ciento en 2030 y a 55.5 % en 2050, este hecho ha ocasionado un aumento del uso de servicios de salud, lo que representa una preocupación para las instituciones, ya que hay factores como la edad, ocupación, estado civil y el mismo proceso de envejecimiento que afecta la participación social de este grupo, y que nos lleva a modificar conductas, entre estas están *las redes de apoyo social* involucrando a la familia, los amigos e instituciones.<sup>3,4</sup>

La adultez mayor está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (Popolo). En algunos contextos, la adultez mayor se ha asociado a la pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico); en estos casos, los estereotipos de la cultura occidental frente al

envejecimiento han llevado a que las personas experimenten cierto temor frente a la llegada de esta etapa de desarrollo, que puede llevar incluso hasta el aislamiento social. De esta manera se resalta la importancia de la existencia de los sistemas de apoyo social, familiar y de la salud (Ocampo).<sup>5</sup>

La OMS define la calidad de vida, como “la percepción que un individuo tiene en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas sus inquietudes. Es un concepto complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. Dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones del individuo. En este concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales.<sup>6</sup>

La calidad de vida no se relaciona sólo con riqueza y empleo sino también el ambiente físico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia social.<sup>6</sup>

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales, materiales y no materiales, objetivos, individuales y colectivos.<sup>7</sup>

## **Definición**

Existen múltiples definiciones y teorías sobre que son y que no son las redes sociales, la gran mayoría de autores coinciden en que una red social es: “un sitio en la red cuya finalidad es permitir a los usuarios relacionarse, comunicarse, compartir contenido y crear comunidades”<sup>8</sup>, o como una “práctica simbólica cultural que incluye un conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y les permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, así evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos”<sup>9</sup>

Hay que empezar por aclarar que la red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando atributos tan característicos como “contención”, “sostén”, “tejido”, “estructura”, “sistema”, etc. Por ello es obvio que la noción de red no es un objetivo en sí mismo, sino que es parte de una epistemología que tiene su base en el “pensamiento de red”. Las redes son una propuesta de acción o a veces aparecen como un modo de funcionamiento social. Puede ser un modo espontáneo de organización, pero también se presenta como una forma de evitar la organización o lo instituido.<sup>10</sup>

También se han descrito a las redes de apoyo como el conjunto de provisiones de tipo expresivas e instrumentales, considerando que el equilibrio entre el apoyo social ofrecido y recibido se relaciona con el nivel de satisfacción y que las fuentes de apoyo ya sea instrumental o emocional son indispensable para el bienestar del adulto mayor.<sup>10</sup>

A partir de la cultura del envejecimiento, se pretende difundir las redes sociales y familiares, mejorar las actitudes ante el auto cuidado social, físico y emocional, para ello se debe de diseñar y difundir programas educativos intra y extra institucionales, fomentar la sensibilización en la comunidad sobre el proceso de envejecimiento, así como ampliar la capacidad de respuesta del personal, familiar y de la comunidad en la atención del anciano.<sup>11</sup>

El trabajo social y la intervención social han mostrado interés en los últimos 30 años principalmente por Pancoast interesado en las “redes de ayuda natural” dentro de la temática de las redes de apoyo social, Wasserman, en base a la práctica religiosa, Pennock interesado por los sistemas de servicios sociales y Stevens por los sistemas de registros de las agencias de servicios sociales privadas.<sup>2</sup>

La figura de «red de relaciones sociales» en determinadas estructuras sociales, se ha utilizado en multitud de escritos sociológicos y antropológicos a lo largo de la historia. Esta utilización tenía un sentido metafórico y diferente del concepto de red social como una serie de vínculos entre un conjunto definido de actores



sociales. Las características de estos vínculos como un todo tienen la propiedad de proporcionar interpretaciones de la conducta social de los actores implicados en la red.<sup>12</sup>

Las Redes de Apoyo fueron descritas por Fernández como “la suma de todas las relaciones que el individuo percibe como relevantes y contribuye a su propio conocimiento como persona en relación a su entorno, constituyen la Red social de apoyo”.<sup>13</sup>

Chadi refiere que el ser humano es inmerso en diferentes contextos sociales que interactúa a diferentes niveles, los cuales se conectan unos con otros a través de personas, grupos e instituciones, formando vínculos significativos y redes de apoyo para la vida en sociedad.<sup>13</sup>

La red de apoyo social está conformada por el conjunto de relaciones tanto familiares como no familiares que cumplen variadas funciones de apoyo. Puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen. Las redes se modifican a lo largo de la vida y tradicionalmente se ha supuesto su disrupción durante la vejez, llegando en algunos casos a situaciones extremas que provocan el aislamiento social del adulto mayor.<sup>14</sup>

El concepto sobre las *redes sociales de apoyo* comienza con John Barnes , mientras que el de *apoyo social* con John Bowly , continúa con Bott Elizabeth, Cassel , Cobb , Caplan y Killilea , Kahn y Antonucci , Vaux , Buendía , Rodríguez , Barrón y con Arias y Barrón , por mencionar algunos. En la actualidad se retoma el concepto como el "proceso en que se dan las transacciones entre las personas" o como "el grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad, etc.) a través de su interacción con otros individuos" o como el "apoyo accesible a un individuo a través de sus vínculos sociales con otros individuos, grupos y comunidad."<sup>15</sup>

El apoyo social debe considerarse una variable que permite prevenir, disminuir las manifestaciones en la salud, dependiendo de la percepción que se tenga de él; de

ahí la importancia de ser estudiado. Ahora bien, la edad ejerce una función importante en el apoyo social y las redes sociales de apoyo. Los estudios revelan que a cualquier edad éstas son trascendentales en el bienestar y la calidad de vida de todo sujeto.<sup>15</sup>

El apoyo social ha sido impulsado por la Epidemiología, Medicina Preventiva, Psicología y la Medicina, entre otras disciplinas como un intento alternativo a la institucionalización para la superación de vulnerabilidad social o de enfermedad física (Gottlieb, Gracia, Barrón).<sup>2</sup>

La presencia de un apoyo social escaso se ha relaciona con la mortalidad general (Berkman y Syme). Por otra parte, el apoyo social ha sido considerado un factor protector frente a la mortalidad en la población anciana.<sup>1</sup>

El envejecimiento es un proceso de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, los cambios asociados al envejecimiento se manifiestan con el tiempo a nivel biológico, psicológico y social. Cada persona sigue un proceso de envejecimiento particular que depende de las características innatas, de la experiencia y conocimientos adquiridos y de las circunstancias enfrentadas durante la vida.<sup>16</sup>

El fenómeno del envejecimiento ha mostrado repercusiones en el funcionamiento de las estructuras sociales, las redes sociales de apoyo han demostrado ser un buen recurso para que los adultos optimicen su estado de salud y bienestar. Las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo a través de las vías psicológicas, comportamentales y fisiológicas, estar integrado a la familia y a la comunidad produce un sentimiento positivo con la vida.<sup>17</sup>

Estudios sobre el apoyo social para los adultos mayores son relevantes los estudios de Shanas sobre el rol de la familia inmediata como una fuente principal de apoyo social, Litwak sobre las características específicas de los grupos sociales que brindan apoyo a los adultos mayores y Connidis y Davies acerca de la necesidad de contar con una red de apoyo social dispersa.<sup>18</sup>

Cobb S (1976), estudio a las redes de apoyo como una variable amortiguadora y mediadora de los procesos estresantes vitales, en el que se brinda apoyo social de tipo emocional e informacional con conductas como cuidar, amar, estimar, valorar y pertenecer a una red.<sup>18</sup>

Entre los más actuales encontramos a Vinaccia, Quiceno, Fernández, Pérez, Sánchez y Londoño (2007), Topa y Morales (2007), O'Dónovan y Hughés (2008) y a Arias y Barrón (2008). Todos ellos concluyen que el apoyo social son todas aquellas interrelaciones que se dan entre las personas y que se acompañan con conductas que también se relacionan entre sí, sean éstas las de brindar cariño, interés, afecto, escuchar, prestar, cuidar, amar, aconsejar, aceptarse, satisfacerse, informarse, etc., siendo precisamente las instancias que componen la red de apoyo quienes moderan dichas conductas, sean éstas de tipo formal e informal. Entre las principales fuentes de apoyo de tipo informal se encuentra la familia (cónyuge, hijos, parientes, familiares y amigos); las de tipo formal pueden estar compuestas por los compañeros de trabajo, superiores, jefes, directivos, subordinados, etc., todas ellas son de gran relevancia en la integridad biopsic. social de todo individuo.<sup>18</sup>

### **Epidemiología de adultos mayores en México:**

El proceso de envejecimiento en México ha ocasionado investigar la incapacidad estatal para financiar programas dedicados al bienestar físico y material principalmente al pago de pensiones y jubilaciones; otro programa se refiere a la epidemiología de las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes asociadas a este grupo etario, las cuales requieren sistemas de salud específicamente diseñados para afrontarlas.<sup>18</sup>

En México en el año 2000 la pirámide por distribución por grupos de edad se encontraba abultada en el centro, para el 2050 se prevé una mayor proporción de población adulta mayor debido a la disminución de la tasa de natalidad y un aumento de la esperanza de vida.<sup>19</sup>

La población mayor de 60 años en México supera actualmente los 10.9 millones de habitantes, lo que representa más del 9.3 por ciento de la población total, por lo tanto se reporta que 1 de cada 10 mexicanos tiene más de 60 años.<sup>20</sup>

En nuestro país como en la mayor parte de las culturas humanas y a lo largo de prolongados períodos de la historia, la población que es considerada legalmente como adultos mayores ha sido reconocida como fuente de autoridad, sabiduría, dignidad y prudencia; el Estado mexicano reconoce también que los países que han logrado transitar por los procesos demográficos de envejecimiento con éxito, han sido capaces de aprovechar esos recursos como una ventaja para el crecimiento de sociedades humanas maduras y plenamente integradas<sup>16</sup>

En general hay dos enfoques por lo cual analizar el apoyo social en la vejez, los cuales son en el plano individual y en el social. A nivel de la sociedad, el paulatino incremento de la esperanza de vida y aumento a ritmos acelerados de la población mayor de setenta años o más, ha suscitado una serie de inquietudes sobre los estilos de vida, los sistemas de protección social, la independencia financiera y el estado de salud de las personas mayores. De vital importancia aquí es determinar cómo lograr la protección social en esta etapa de la vida. El apoyo social en este sentido es de suma importancia en tanto soporte económico, material y emocional de las personas mayores y su incidencia en la calidad de vida de este grupo social.<sup>18</sup>

### **Redes de apoyo**

En la literatura se distinguen 2 tipos de fuentes de apoyo que son: fuentes formales de apoyo que son las que poseen una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en un área determinada y utiliza profesionales o voluntarios para alcanzar esas metas. El sistema informal de apoyo se distingue del primero por su naturaleza individual y no burocrática, y está formado este sistema por la familia, los amigos y vecinos de las personas de edad avanzada.<sup>18</sup>

## **Clasificación.**

Los tipos de apoyo se pueden clasificar, según Guzmán en cuatro tipos:

a) **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.)

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

c) **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.

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

Los **tipos de intercambio**, según Lomnitz, pueden dividirse de acuerdo con las formas de intercambio en:

a) **Reciprocidad**: intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación duradera.

b) **Redistribución**: bienes y servicios que se centran primero en un individuo o institución, para enseguida distribuirse en la comunidad o sociedad.

c) **Mercado**: bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.<sup>18</sup>

Se han establecido dos formas de redes sociales que pueden ser formales o de participación, que hace referencia a un sistema o conjunto de servicios estructurados de organismo comunitarios y gubernamentales sin afiliación directa con el usuario, es proporcionado por profesionales y su función es ayudar a mantener al anciano en la comunidad mientras sea posible. La red informal está

constituida por los familiares, amigos y vecinos, siendo la familia la base de soporte de este apoyo y precisando que el soporte informal es más útil en situaciones como el ayudar en un período de crisis, satisfacer algunas necesidades específicas (en enfermedad), ayudar en tareas domésticas, reducir el nivel de estrés o favorecer la socialización del individuo.<sup>21</sup>

Las redes de apoyo social de las personas en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social en la Diócesis de Madrid apoyándonos sobre el modelo teórico elaborado por Dunst y Trivette (1990) que identifican cinco componentes primordiales:<sup>10</sup>

1. La relación de apoyo remite a la existencia y a la cantidad de relaciones sociales, el número de personas de la red social personal y la participación en alguna organización social como una asociación. Tanto la existencia de relaciones sociales como el alcance de esas relaciones.<sup>10</sup>
2. La estructura del apoyo se refiere a aspectos cuantitativos de la red social personal, incluyendo la proximidad física de los miembros de la red social, la duración y estabilidad de las relaciones, la frecuencia de los contactos entre los miembros y la reciprocidad de las relaciones sociales.<sup>10</sup>
3. La constitución del apoyo se refiere a la necesidad de ayuda percibida y a la adecuación con el tipo de apoyo propuesto.<sup>10</sup>
4. La función del apoyo se refiere al tipo, cantidad y calidad del apoyo. Estos tipos de soportes incluyen (sin ser limitados) las dimensiones informacionales, emocionales, materiales e instrumentales de la asistencia que son ofrecidas por los miembros de la red social personal.<sup>10</sup>
5. La satisfacción acerca del apoyo se refiere a la manera que el apoyo está percibido como verdaderamente "ayudante". Esto agrupa diversas dimensiones: tener apoyo suficiente, satisfacción del apoyo recibido, la percepción sobre la resolución de las necesidades de apoyo, la percepción sobre disponibilidad y

adecuación del apoyo, también la confianza de que el apoyo estará disponible en caso de necesidad<sup>10</sup>.

Según Bartolomé (2008), las redes sociales reflejan lo que en tiempos se mostraba mediante sociogramas: una serie de puntos representando individuos, notablemente personas, unidos mediante líneas que representan relaciones. El carácter de una red social puede ser muy variado así como el motivo aglutinador: desde el sexo a la afición por los viajes, las redes sociales mueven el mundo, aunque evidentemente, algunas los mueven más que otras.<sup>22</sup>

Mantiene Dabas (1998) el efecto red es la creación permanente de respuestas novedosas y creativas para satisfacer las necesidades de la red de manera solidaria y autogestora. (Gómez, 2008). Respecto al apoyo social de las redes sociales (Gómez) las siguientes características son las que definen o dibujan los tipos más importantes:

1. Expresiones de afecto y cuidados positivos, o apoyo socio emocional.
2. Información y orientación en la resolución de los problemas, o apoyo instrumental.
3. Apoyo material, a través del cual se da o se reciben bienes materiales.

Los objetivos de la intervención con redes sociales (Gómez) son: La creación de un contexto donde las redes sociales puedan emerger para permitir que los miembros de una red puedan ayudarse a sí mismos para resolver los problemas comunes que les afectan utilizando sus propios recursos. Conseguir coordinar los diferentes servicios implicados e intervinientes, así como los miembros de la red social y de las distintas redes involucradas. Romper situaciones homeostáticas aparecidas en el pasado y que han dejado de ser funcionales para los miembros de la familia. Poder establecer unos niveles óptimos de atención y contención de las crisis por las que la persona o la familia atraviesan y que pueden ser peligrosas para ellos. Prevenir y sustituir aquellas redes que sean perjudiciales por su insuficiencia. Las relaciones cumplen una función esencial de apoyo para la

adaptación de las personas a su contexto vital y en la consecución de sus metas y proyectos personales. El trabajo social juega un papel clave cuando se orienta hacia el establecimiento y/o fortalecimiento de las redes de apoyo social informal, fuente de la que manan solidaridades cercanas en ese contexto de la vida cotidiana.<sup>23</sup>

El apoyo social se puede percibir a través de tres aspectos:

- a) Apoyo afectivo Expresión de afecto de una persona hacia otra.
- b) Apoyo confidencial: aprobación de la conducta, pensamiento o puntos de vista de la otra persona
- c) Apoyo instrumental: prestación de ayuda de tipo material.<sup>24</sup>

La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas (Berkman y Syme, 1979, House , 1982, Schwarzer y Leppin, 1992). También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales como la depresión, la neurosis, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas. Gottlieb (1988) describe cómo las intervenciones basadas en el apoyo social han tenido tanto auge en la última década. Las razones que enumera se describen a continuación:

- Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.
- Movilizan recursos informales promoviendo la participación.
- Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.
- Indicadas en una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico.
- Aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la auto responsabilización y competencias personales.



- Reciben este tipo de apoyo no sólo las personas directamente implicadas sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (cuidadores, familiares, etc.).<sup>25</sup>

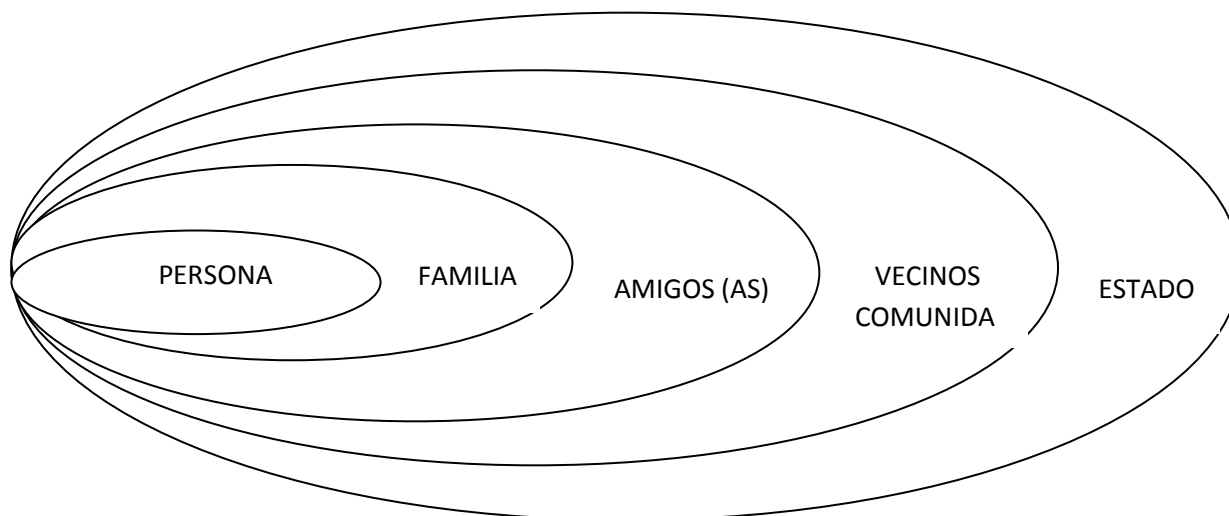
Las redes de apoyo son un sistema de intercambio de apoyos que surgen y se multiplican entre los sectores de la población menos favorecida y que se constituyen como una especie de sistema informal de seguridad social para la supervivencia y que se orientan para satisfacer necesidades no cubiertas por el sistema formal.<sup>25</sup>

#### Tipos de Apoyo<sup>9</sup>

<b>MATERIALES</b>	<b>INSTRUMENTALES</b>	<b>EMOCIONALES</b>	<b>COGNITIVOS</b>
Dinero	Cuidado	Afectos	Intercambio de experiencias
Alojamiento	Transporte	Compañía	Información
Comida	Labores del hogar	Empatía	Consejos
Ropa		Reconocimiento	
Pago de servicios		Escucha	

En la literatura se describen 2 tipos de fuentes de apoyo que son las formales e informales, dentro de las formales se encuentran las instituciones públicas y privadas que tiene como característica una organización burocrática, objetivos, programas y personal técnico y las informales conformadas por familias, vecinos y organizaciones sociales civiles, que se caracterizan por ser organizaciones flexibles, tienen ayuda personalizada, el tipo de personal es remunerado o voluntario y tiene acciones puntuales.

## Tipo de Fuentes de Apoyo



El número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales son claramente distintos entre hombres y mujeres. Puede decirse que las diferencias de género en el ciclo de vida se expresan con bastante claridad en las edades avanzadas. Este resultado tiene su origen en los roles distintos que hombres y mujeres desempeñan en nuestras sociedades.

El inicio de la vejez implica un momento de transición, coincidente con la salida de los hijos de la familia, que puede tener efectos negativos en ambos. En el caso de las mujeres con la pérdida del rol de apoyo y cuidado que se le asignaba a la madre y en el caso del hombre con el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral. Las redes de apoyo familiar de la población mayor, se expresan diferente en hombres y mujeres. Parte de estas variaciones tienen relación con características sociodemográficas, como el estado civil de unos y otros. Wagner y Scott han mencionado que el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres. Igualmente el número de los hijos tiene una actuación diferencial con respecto al padre o la madre. La mortalidad a través de los diferenciales en la esperanza de vida también tiene efectos importantes, puesto que los hombres al tener una vida más corta viven la vejez en compañía, lo que en algunas latitudes se complementa cuando la edad de la cónyuge es muy inferior. Las diferencias de género muestran que los varones solteros o viudos tienen una red social más reducida que las mujeres en cualquiera de esas categorías.

La amistad tiene significados diferentes para hombres y mujeres en edad avanzada, también hay continuidades y discontinuidades en ambas. Sus objetivos son diferentes y los efectos para cada quien cambian también dependiendo del lugar de residencia. Scott y Wagner han señalado que “las amistades de los hombres siguen basándose en las actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo”.

### **Calidad de vida de las personas mayores y redes de apoyo**

Las preocupaciones sobre el próximo milenio acerca de un planeta demográficamente envejecido han generado consenso para estudiar las condiciones objetivas de vidas (institucionales, culturales y sociales) que enfrentan los adultos mayores para tener un nivel aceptable en su sobrevivencia cotidiana. El sostenido incremento en la esperanza de vida ha llevado a la pregunta de si el aumento en los años de vida van acompañados de aumentos en los años de vida saludable, integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (federal, estatal, municipal).

Las redes comunitarias son diferentes para hombres y mujeres. En sociedades donde existe la concepción de tiempo de ocio, específicamente donde la persona mayor ya no tiene que trabajar y cuenta con alguna estrategia de sobrevivencia económica, se tiene tiempo para participar en grupos voluntarios. Scott y Wagner (1996) mencionan que por regla general en las zonas rurales las mujeres tienden a participar más en actividades comunitarias que los hombres.<sup>25</sup>

### **REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES: ALGUNAS EVIDENCIAS**

Según Arias en un estudio realizado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina, el “tamaño promedio (de las redes de apoyo de las personas mayores) es de 8.8 personas, con una desviación estándar de 3.7, aunque varía de 2 a 19 personas”.

En Chile, el tamaño más frecuente de la red de apoyo de personas mayores (39.6%) del Gran Santiago es de 1 a 2 personas (Huenchuán y Sosa, 2002), lo mismo que en ciudad de México, aunque en una proporción menor: 32.6% (Ham y Palma, *et al*, 2002) La participación en organizaciones sociales pareciera ser una oportunidad para generar o reforzar vínculos entre personas de edad, ello porque en general “ el mantenimiento de relaciones con las personas de la misma edad, con las que han compartido sucesos de la vida, genera una gran gratificación a partir del reconocimiento y confirmación mutua, así como la posibilidad de recordar tiempos pasados” <sup>14</sup>

En cuanto a la distribución de la red, se encuentran variedad de situaciones. En Argentina, por ejemplo, Arias nos señala que “mientras en algunos casos los vínculos que conformaban la red eran predominante entre familiares, en otros eran los amigos o aun los profesionales fundamentalmente del área de la salud”. De acuerdo a Arias, las redes de apoyo social de las personas mayores “revelan una alta densidad... en general todos los integrantes de las red se conocen, interactúan y se frecuentan intensamente, esto da, una gran posibilidad de activación, auto organización y puesta en marcha de los recursos en momentos en los que la persona en cuestión requieran de su ayuda”, pese que otros autores señalan lo contrario (Hall y Wellman, 1985): la densidad de la red no se haya necesariamente asociada a un mayor apoyo o a una mejor salud.<sup>14</sup>

La valoración de las fuentes de apoyo de las personas mayores, Barros (1994), plantea que existen diferencias según nivel socioeconómico: en los estratos bajos la mejor calificación la obtienen el cónyuge o la pareja, mientras que en el estrato medio la obtienen los hijos. Más aún, en los estratos medios debido principalmente a la opinión de las mujeres, quiénes constituyeron las mayor proporción de los entrevistados/as de la investigación citada - los peor evaluados fueron los cónyuges. Esta diferencia se puede deber a que en el estrato bajo lo que evalúan es la compañía, la ayuda material y económica, mientras que en el estrato medio se tiene en mente al evaluar, la afinidad en la pareja.

Las investigaciones sobre cuidadores se han centrado en las características sociodemográficas del cuidador/a de personas dependientes (dementes,

Alzheimer, etcétera). En general se aprecia una alta participación femenina en el cuidado de las personas mayores, en especial hijas, muchas de las cuales no reciben ningún tipo de retribución económica por el cuidado de la persona a su cargo.

Las propuestas de Saranson y Thoits, que suponen una progresiva subjetivación del concepto de apoyo social. Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La percepción o creencia que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado.<sup>22</sup>

La necesidad de analizar el apoyo social en el contexto de la intervención comunitaria con familias, no se trata de un constructo de fácil descripción y evaluación puesto que incluye diversas dimensiones y distintos niveles de análisis, de manera que podemos encontrar más de una forma de acercamiento a la hora de intentar definir y evaluar empíricamente el apoyo social. A grandes rasgos, el interés puede centrarse en las características estructurales de la red social con la que cuenta una persona, en las funciones que dicha red cumple, es decir, en los tipos o modalidades de apoyo que aporta y/o en la valoración subjetiva que la persona realiza al respecto (necesidad percibida de apoyo, satisfacción con la ayuda recibida...). Lógicamente existen herramientas de evaluación muy distintas en función de cuál o cuáles de estas dimensiones susciten el interés del investigador o del profesional.<sup>26</sup>

Al analizar el apoyo social en los adultos mayores, es posible identificar dos grandes categorías de proveedores de apoyo en ellos: los familiares y los no familiares –amigos, vecinos, miembros de organizaciones de autoayuda, profesionales y proveedores de servicios–. Para los adultos mayores las relaciones con sus familias serían las más importantes; sin embargo, no se debe restar importancia a la conveniencia de ampliar el repertorio de las personas con quienes ellos pueden establecer relaciones sociales íntimas. Contar con un

instrumento que mida efectivamente el apoyo social percibido por los individuos, es un gran aporte en la investigación relacionada con el tema. Uno de los instrumentos que lo mide es la escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, la cual ha sido ampliamente validada en los Estados Unidos, mostrando excelentes características métricas en los siguientes grupos: estudiantes universitarios, embarazadas, adolescentes que viven en el extranjero, residentes pediátricos, adolescentes de una unidad psiquiátrica y pacientes psiquiátricos ambulatorios.

En el IMSS en el 2009 Gloria M. Galván y Flores, en su estudio *La enfermera en la red de apoyo* concluye que cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe), la satisfacción con él mismo a través de las relaciones estrechas con los miembros de su familia, familiares, personal de salud y comunidad, menor será el impacto de la enfermedad.

Esto nos lleva a considerar que las relaciones interpersonales en enfermería, no deben considerarse "dentro de la serie de dones innatos". La relación con el paciente es el eje de los cuidados que exige tanto la formación fundamentada científicamente, como la sabiduría del profesional experto que domina la ciencia y el arte del cuidado. Independientemente del apoyo requerido por el paciente la enfermera debe reconocer esta situación como una oportunidad de ayuda mutua en la que si bien el paciente recibe un beneficio al recibir menor impacto de la enfermedad, o alcanzar el bienestar.

Fernández y cols., realizaron un estudio en el cual le preguntaban a los adultos mayores sobre las personas con las que convivían analizando cuatro preguntas como indicadores de la intensidad de apoyo social y concluyendo que el apoyo social es de gran utilidad para dar lugar a programas de intervención para fomentar el apoyo social en adultos mayores.

En el año 2011 se establece en el IMSS el programa de atención gerontológica para adultos mayores, dentro del cual se realiza una valoración geriátrica integral

a todos los adultos mayores de 75 años. Dicha evaluación contiene una serie de preguntas para establecer si se cuenta con redes de apoyo, pero no se establece el tipo de red ni la funcionalidad de esta.

Se validó y publicó instrumento para medir redes de apoyo en adultos mayores por la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad De Estudios Superiores "Zaragoza" UNAM<sup>31</sup>. En este estudio se utilizó la Escala de redes de apoyo social para adultos mayores. La encuesta consistió de 31 ítems divididos en 4 apartados: el primero de datos generales, el segundo de red informal familiar, el tercero la red informal extrafamiliar y el cuarto la red formal institucional. Esta escala valora el tipo de apoyo y grado de satisfacción de las redes de apoyo social, evaluando el apoyo emocional, material, instrumental e informativo, nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional. Y determinando que por arriba del 51% es funcional y por debajo de 50% es no funcional.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La difusión de las redes de apoyo en México está muy limitada, ya que aunque existen programas de apoyo social para los adultos mayores estos no se han llevado a cabo en nuestro país por falta de difusión y por falta de interés de las autoridades correspondientes. La evidencia actual sobre el estudio de las redes de apoyo en los adultos mayores ha demostrado que su efectividad tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores y por consiguiente en su estado de salud y bienestar, en su buen funcionamiento y la eficiencia de estas redes por consiguiente disminuye de manera considerable el impacto social y familiar de los padecimientos que aquejan al adulto mayor.

Dado el gran crecimiento demográfico, así como el aumento de las enfermedades crónico degenerativas, es prioritario que los sistemas de salud cambien a un modelo gerontológico, preventivo y de detección oportuna, que sea

accesible a los adultos mayores haciendo participe a la familia, a grupos comunitarios y al personal de los servicios de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, como la menciona la literatura.

Por tal motivo es fundamental que en este modelo gerontológico, preventivo y de detección oportuna, la participación comunitaria, en las que incluimos a la familia como principal red de apoyo, así como a los amigos, otros familiares y grupos comunitarios y sin dejar de incluir a los sistemas de salud MEDICOS FAMILIARES, TRABAJO SOCIAL y apoyos gubernamentales para conservar la salud individual y poblacional de los adultos mayores que cada día se incrementan más en nuestra sociedad.

### **3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el tipo de red predominante en relación a las redes de apoyo social en pacientes adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 21?

## **4. JUSTIFICACIÓN**

Tomado en cuenta el crecimiento poblacional y la transición demográfica, así como el crecimiento acelerado de los adultos mayores en nuestro país, representará un reto importante implementar programas que nos permitan ver por la calidad de vida de los adultos mayores así como para su atención en los servicios de salud.

El crecimiento demográfico en México, según lo reportado por el INEGI, el grupo de 60 años y más crece en una tasa del 3.8% llegando a 10.5 millones de adultos mayores representando el 9.4% de la población total en el 2011, este hecho ha ocasionado un aumento del uso de servicios de salud, lo que representa una preocupación para las instituciones, ya que hay factores como la edad, ocupación, estado civil y el mismo proceso de envejecimiento que afecta la participación social de este grupo, y que nos lleva a modificar conductas, entre



estas están las redes de apoyo social involucrando a la familia, los amigos e instituciones.<sup>32</sup>

A nivel mundial se ha demostrado que el conocimiento de las redes de apoyo y su estudio en los adultos mayores son indispensables para dirigir las políticas de salud ya que su impacto tienen un reflejo positivo en la calidad de vida de los adultos mayores, así mismo han demostrado ser un vínculo de acción para los sistemas de salud en la atención gerontológica

Las redes de apoyo se consideran como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y apoyo emocional. Por ello es indispensable conocer las redes de apoyo social de nuestra población, su funcionamiento y de esta manera generar la evidencia para dirigir de manera adecuada las políticas de salud, así como los programas institucionales para la población geriátrica.

En el siguiente estudio de investigación se espera dar a conocer a los médicos familiares y no familiares del primer nivel atención el tipo de redes de apoyo que predomina en los adultos mayores en la UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 IMSS.

## **5. HIPÓTESIS**

Debido al tipo de estudio que es de tipo descriptivo no requiere de una formulación de hipótesis.

Sin embargo para fines académicos se planteó la siguiente

Las redes de apoyo social en los adultos mayores de 65 años se espera que sean de un 65 por ciento que se encuentren presentes en este grupo de edad.

Más del 80 por ciento de los adultos mayores tienen un familiar directo que les proporciona un tipo de red de apoyo en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. México, D.F.

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el tipo de redes de apoyo social más frecuente en pacientes adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 21 México, D.F.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico, como estado civil, escolaridad, servicios de salud con los que cuenta, si pertenecen o no a un grupo comunitario, en los adultos mayores de la UMF No 21. México, D.F.
- Describir el tipo de intercambio ya sea emocional, material, instrumental e informativo en las redes de apoyo social.
- Describir la frecuencia de intercambio en las redes de apoyo social.
- Describir la frecuencia de redes de apoyo social en relación al género del adulto mayor.

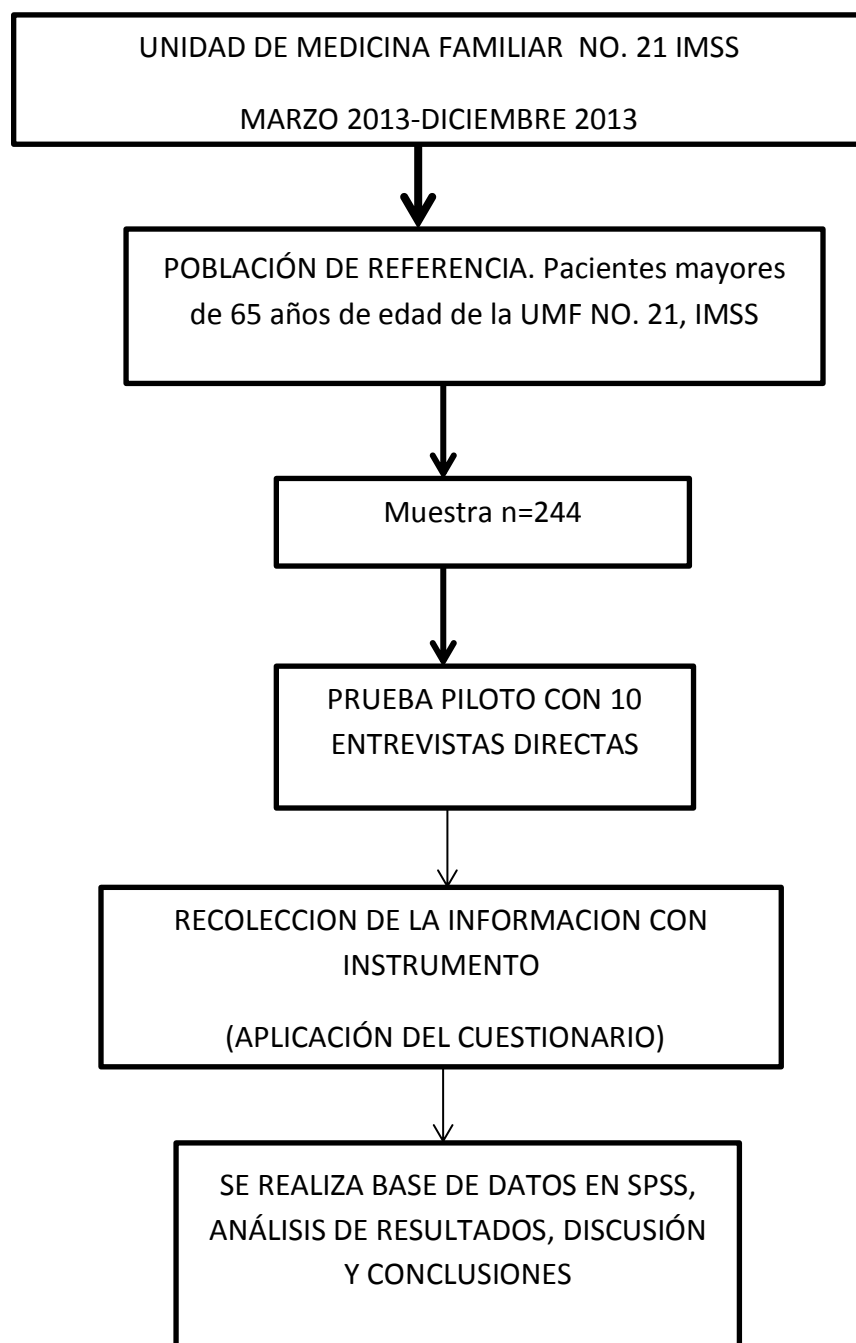
## 7. MATERIAL Y MÉTODO.

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO:

Diseño de estudio. **transversal** debido a que para la realización del estudio se examinaron una serie de variables en una población determinada y en un tiempo determinado y **descriptivo** debido a que se describen los resultados obtenidos que no se relación con causa efecto.

## 7.2 ESQUEMA DEL DISEÑO DEL ESTUDIO.

En el siguiente diagrama se muestra el diseño general del estudio.



El presente estudio se realizó de Marzo 2013 a Diciembre del 2013, en la Unidad de Medicina Familiar Número 21 Delegación Sur del Distrito Federal en Adultos mayores de 65 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

### 7.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

En este estudio se incluyeron a los Pacientes mayores de 65 años, que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de ambos turnos y se aplicó la encuesta diseñada previamente por un período de 4 meses hasta completar el total de muestra establecida.

La población total de referencia es de 29,962 pacientes mayores de 65 años adscritos a la UMF no 21, IMSS, ubicada en Av. Francisco de Paso y Troncoso s/n, colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza, D.F. Este estudio se realizó del 1º de Marzo 2013 al 28 de Febrero 2014.

### 7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Se incluyeron a los Pacientes adultos mayores de 65 años, de ambos sexos y derechohabientes a la UMF 21,
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Así como a pacientes de ambos turnos.
- Pacientes que acudieron durante el período establecido del estudio.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

### 7.5 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 65 años
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- Pacientes con algún deterioro cognitivo o demencia que le impida contestar la encuesta.
- Pacientes con analfabetismo.

### 7.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Aquellos pacientes que no concluyeron la encuesta
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

## 8. MUESTREO

**Muestreo** Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, tomando el padrón de pacientes derechohabientes de la UMF 21 mayores de 65 años de ambos turnos del servicio de ARIMAC (Área de Informática Médica y Archivo Clínico) utilizando una hoja de números aleatorios que acudieron a la consulta en el período establecido para completar el tamaño de muestra.

### 8.1 Tamaño de Muestra

En base a los datos obtenidos por el servicio de ARIMAC de la UMF21, están registrados un total de 29,962 pacientes mayores de 65 años, por lo cual el tamaño de la muestra es:

N= Tamaño de la población que es de 29,692 pacientes, utilizando la fórmula para poblaciones finitas, obtenemos una muestra representativa de 202 pacientes. Tamaño de la muestra para la población finita y conocida:<sup>28</sup>

$$n = \frac{N(Z\alpha)^2(p)(q)}{d^2(N-1) + Z\alpha^2(p)(q)}$$

Dónde:

N= Total de la población

Z $\alpha$ =1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p=proporción esperada

q=1-p (en caso de 1-.05=.95)

d= precisión (0.3%)

$$n = \frac{(29692)(1.96)^2(0.5)(0.95)}{(.03)^2(29692-1) + (1.96)^2(0.5)(0.95)} = 202$$

N=29,962 pacientes

n= 202

Nivel de confianza 95%

Error=. 05

q = .3%

Tomando en cuenta que hay pacientes que podrían no terminar la encuesta o no esté bien contestada se ajustó la muestra a 244 pacientes.

## 9. FUENTE DE INFORMACIÓN

- ARIMAC
- Aplicación de encuesta por medio del cuestionario estructurado.
- 

## 10. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVIDAD DE LAS VARIABLES

Se incluyeron las variables, edad, sexo, estado civil, escolaridad, servicios de salud con los que cuenta, si tienen hijos, familiares, amigos o si pertenecen a algún grupo social.

*Variable independiente* En siguiente estudio son aquellas que no podemos modificar pero que juegan un papel importante para evaluar nuestras redes de apoyo en adultos mayores como son: el apoyo emocional, el apoyo instrumental, el apoyo material y el apoyo informativo, así mismo, incluimos en este apartado la edad, sexo, ocupación, estado civil y escolaridad.

*Variable dependiente* en este estudio son las redes de apoyo familiar, extrafamiliar e institucional, que se evaluará con la aplicación de la escala de redes de apoyo social para adultos mayores .el impacto de las redes de apoyo en este grupo de edad influyen en su calidad de vida.

### VARIABLES INDEPENDIENTES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Valor que adquiere la variable
<b>Sexo</b>	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: mujer u hombre.	Toda aquella persona dentro el estudio: hombre o mujer	Cualitativa nominal	1.- hombre 2.- mujer

<b>Edad</b>	Del latín <i>aetas</i> , es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Número de años cumplidos al momento de la encuesta	Cuantitativa continua	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-65-69 años</li> <li>2.-70-74 años</li> <li>3.-75-79 años</li> <li>4.-80-84 años</li> <li>5.- 85-89 años</li> <li>6.- más de 90 años</li> </ol>
<b>Patología</b>	Se define como enfermedad dolencia que aqueja a un ser vivo.	Datos obtenidos por la encuesta de aplicación	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Ninguna</li> <li>2.-Hipertensión arterial</li> <li>3.-Diabetes Mellitus</li> <li>4.-Artritis reumatoide</li> <li>5.-HAS y DM</li> <li>6.- Otras</li> </ol>
<b>Estado civil</b>	El estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles.	Datos obtenidos en la encuesta de aplicación	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-soltero</li> <li>2.-casado</li> <li>3.- viudo</li> <li>4.-divorciado</li> <li>5.-unión libre</li> <li>6.-separado</li> </ol>
<b>Escolaridad</b>	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado de estudios referidos por el paciente en la encuesta	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Saben leer y escribir</li> <li>2.-Primaria</li> <li>3.-secundaria</li> <li>4.-Bachillerato o equivalente</li> <li>5.-licenciatura</li> <li>6.-otros</li> </ol>

<b>Seguridad social</b>	En México, “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado	, el artículo 123 constitucional establece la utilidad pública de la Ley del Seguro Social y describe aquellos rubros que deben estar cubiertos por esta Ley. Por su parte, de acuerdo al artículo 2 de la Ley del Seguro Social	Cualitativa nominal	1.-ISSSTE 2.-PEMEX 3.-SEGURO POPULAR 4.-OTRO 5.-NINGUNO
-------------------------	---	--	---------------------	---

## VARIABLES DEPENDIENTES

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE</b>
<b>REDES DE APOYO FAMILIAR</b>	Serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional , ayuda material, servicios e información	Se aplicó el instrumento validado para escala de redes de apoyo de adultos mayores.	Cualitativa nominal	1.-Redes familiares. 2.-Redes extrafamiliares. 3.-Redes apoyo comunitario 4.-Red de apoyo institucional



NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE
<b>Frecuencia con la que ven a su red de apoyo</b>	Es aquella con la que el paciente ve físicamente a su red de apoyo.	Obtenida al aplicar la escala de redes de apoyo	Cualitativa Nominal	1.-no lo veo y/o ni le hablo 2.-menos de una vez al mes 3.-1 o 2 veces al mes 4.-una vez o más a la semana.
<b>Tipo de apoyo que le proporciona su red de apoyo social</b>	Siendo el apoyo emocional concretado a expresiones de amor, cariño, el instrumental como aquellas acciones como cuidado, material implican los apoyos monetarios y apoyo informativo que permite el intercambio de experiencias y consejos.	Obtenida al aplicar la escala de redes de apoyo	Cualitativa Nominal	1.-Apoyo emocional 2.Apoyo instrumental 3.-Apoyo Material 4.-Apoyo informativo.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE
<b>Grado de satisfacción que le proporciona su red de apoyo</b>	Es el grado de satisfacción del individuo sobre algo en este caso, de sus redes de apoyo	obtenida al aplicar la escala de redes de apoyo	Cualitativa Nominal	1.-Nada 2.-Poco 3.-Regular 4.-Mucho.

## 11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO Y METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En base al cronograma de actividades se solicitó autorización a la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar, representada por la Dra. Maribel Muñoz González, para la realización del estudio, realizando una revisión bibliográfica sobre el tema de estudio, para realizar marco teórico y diseño del estudio, se solicitó también la autorización al Consejo de ética de la Unidad representado por la Dra. Leonor Campos Aragón y se otorgó el consentimiento informado a cada paciente que se encontró en la sala de espera mayores de 65 años y de ambos turnos y que cumplieron con los criterios de inclusión.

A los pacientes que aceptaron se les aplicó una encuesta estructurada por 86 ítems en un período estimado en 20 minutos aproximadamente por encuesta. Dicha entrevista se realizó en la sala de espera en ambos turnos de la UMF 21 en el horario de 13:00 a 17:00 horas, con un total de 8 encuestas diarias durante el período de recolección del mes de Febrero a Agosto 2013 para recabar un total de 244 encuestas en ambos turnos hombre y mujeres, mayores 65 años de edad, independientemente de su ocupación, escolaridad y estado civil y/ o con cita previa. Las encuestas fueron aplicadas por el investigador responsable.

Se aplicó el cuestionario de “Escala de redes de apoyo social para adultos mayores” el cual consta de 81 ítems (6 para saber las personas con las que cuenta (esposo(a), hijos( as), familiares, amigos (as), pertenecer algún grupo y contar con servicios de salud.) 12 para el aspecto conyugal, 12 para apoyo de hijos, 12 para familiares, 12 para amigos, 12 para apoyo comunitario y 12 para

apoyo de red institucional. Cada apartado del instrumento mide un área específica identificando la frecuencia con la que ve/o les habla a sus redes de apoyo otorgándoles un valor de 1 –no lo ve y/o habla, 2 menos de 1 vez al mes, 3 1 o 2 veces al mes y 4 1 o más veces a la semana, se estudió el tipo de apoyo al cual se le otorga el valor 1-emocional, 2 instrumental, 3 material, 4 informativo y 5 todos los anteriores, de la misma manera se captura el grado de satisfacción en cada apartado dándole el valor de 1. Nada. 2. Poco, 3. Regular y 4. Mucho.

#### 11.1 MANIOBRA PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

Se le explicó al paciente de manera verbal la importancia de contestar con veracidad la encuesta para evitar registros falsos. Se capacito al encuestador (alumno) en la aplicación correcta de la encuesta y en la aplicación del consentimiento informado. Con estas medidas se limita en sesgo de información que es el principal sesgo en este tipo de estudios.

#### 11.2 PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto con el 10% de la muestra para evaluar la factibilidad del uso y comprensión por parte de los pacientes para el cuestionario que se aplicó como parte del proyecto de investigación. Durante una semana se aplicaron 20 cuestionarios en la unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS, D.F. Posterior a lo cual se modificaron las preguntas que no eran comprensibles o presentaban problemas de interpretación.

#### 11.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de resumen (frecuencias y porcentajes) y de dispersión (desviación estándar),

Para el análisis de las variables se realizó un registro de datos en el programa estadístico SPSS versión 20.

#### 11.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación no se pone en peligro la vida del paciente, ya que se realizaron encuestas a adultos mayores de 65 años, adscritos a la UMF No. 21 del IMSS Delegación Sur del Distrito Federal, en donde se analizó las redes de apoyo en adultos mayores, por lo anterior solo se solicitó del consentimiento informado anexo. La información recolectada se mantuvo estrictamente anónima, ya que solo fue conocida por los investigadores; respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia y no maleficencia.

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud que menciona “ es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas dispuestas en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984, texto vigente, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 04-06-2014, en su título 5to., Investigación para la salud, capítulo único, artículos 96-103, de acuerdo a esta Ley se clasifica como una investigación de riesgo mínimo.

Además de lo dispuesto en la Declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. Además la seguridad el bienestar de los pacientes se respetó cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el Código de Reglamentos

Federales de Estados Unidos Mexicanos (regla común).<sup>29</sup>

#### 11.5 Declaración de HELSINKI

Apego a la declaración de Helsinki, Asamblea Mundial, Fortaleza Brasil 2013 y Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la Salud, México 2014.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte de ella.

Siempre debe respetarse el hecho del participante en la investigación a proteger su integridad, deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y en su personalidad. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.<sup>30</sup>

## **12. RECURSOS HUMANOS, FINANCIAMIENTO Y RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES.**

Recursos humanos. El investigador y los pacientes entrevistados.

Recursos Materiales: Hojas blancas tamaño carta, lápices, sacapuntas, goma, equipo de cómputo (software:Windows).Impresora, cartuchos de impresora, memoria USB, paquete estadístico SPSS versión 20, Escala de Redes de Apoyo para Adultos Mayores.

Recursos financieros: Los recursos financieros fueron proporcionados por el mismo investigador.

## **13. PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN**

Realizando una selección de tipo aleatoria simple en pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio con una muestra de 244 pacientes de ambos turnos mayores de 65 años, hombres y mujeres, se les explico previamente el que consistía el estudio e invitándolos a participar en él, aplicándoles el consentimiento informado y en qué consistía la encuesta la cual estaba integrada por 32 ítems , de los cuales 9 son para aspectos sociodemográficos , 5 para conocer si tienen o cuentan con algún apoyo (esposo . hijos. Otros familiares, amigos, apoyo comunitario y apoyo institucional) y 18 ítems para evaluar nuestras redes de apoyo dividido en 4 grupos en los cuales se evaluó frecuencia, tipo de apoyo y satisfacción del apoyo otorgado dando en relación a la frecuencia con que ven a su tipo de apoyo (1.-para no lo veo y/o hablo, 2.- menos de 1 vez al mes, 3.- 1 o 3 veces al mes y 4.-1 o más veces a la semana.), el tipo de apoyo proporcionado (1.-apoyo emocional, 2.-apoyo instrumental. 3.- apoyo material y 4 apoyo informativo).<sup>31</sup>

El instrumento de recolección de datos se muestra en el anexo 2.

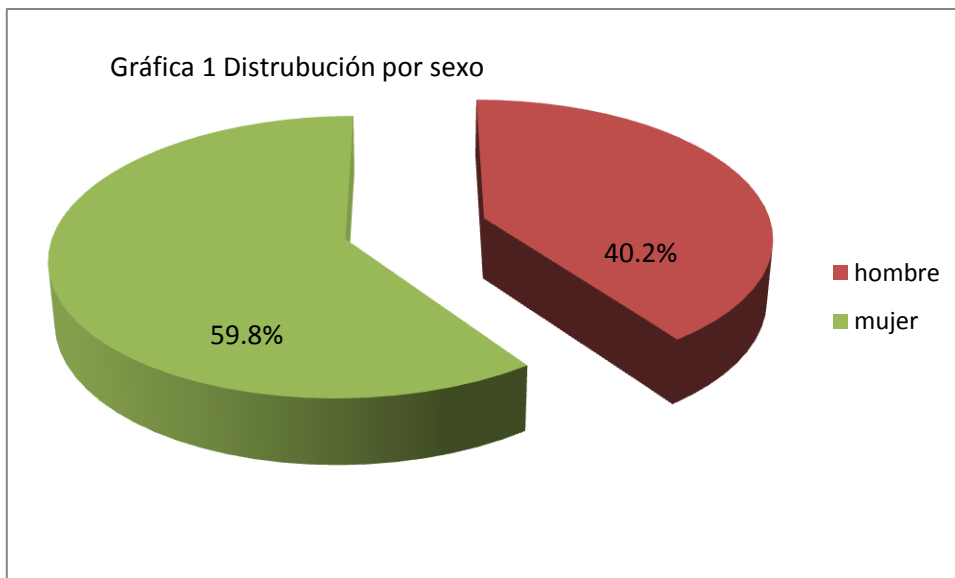
Previo a la aplicación de la escala de redes de apoyo social, se aplicó una prueba piloto de 10 encuestas en el mes de Febrero 2013, mediante el cual se identificó y se corrigió cada uno de los ítems en caso de no ser claros o en aquellos que se encontraron problemas en su recolección

Se capturó la información obtenida en hoja matriz, el manejo estadístico fue Bivariado nominal y ordinal sacando la relación entre ellas con el uso del Programa estadístico SSPS (paquete estadístico para ciencias sociales) versión 20 para su captura y análisis. Se graficó, así mismo se aplicaron pruebas estadísticas y se discutieron los resultados. .

#### 14. RESULTADOS

El estudio se realizó en al UMF No. 21 del IMSS, D.F., la muestra para este estudio fue de 244 pacientes la distribución de las características sociodemográficas fueron las siguientes: de los 244 pacientes el 59.8 % fueron mujeres y el 40.2% hombres (gráfica 1).

GRAFICA 1:DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.



Fuente:Resultados obtenidos de la encuesta realizada de redes de apoyo para adultos mayores de UMF 21 de Febrero a Agosto del 2013

Así mismo se encontró que el grupo de edad que más predominó fue el rango de 65 a 69 años con un total de 25.6 %, y el 4.9% correspondió a pacientes mayores de 90 años. (Tabla 1).

**Tabla 1. Frecuencia y porcentajes por edad en categorías de los pacientes de la muestra de estudio.**

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65-69	65	26.6%
70-74	60	24.6%
75-79	54	22.1%
80-84	37	15.2%
85-89	16	6.6%
90y más	12	4.9%
TOTAL	244	100

Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de redes de apoyo para adultos mayores de UMF 21 de Febrero a Agosto del 2013

Tomando en cuenta su estado civil el 65.6% refieren estar casados en relación que el 0.2 % se encuentra separado, el 46.7 de la población de estudio refirió tener primaria y solo un 0.8 por ciento tiene otro grado de estudio, el 95.1% refiere no contar con otro tipo de seguridad social y de esta muestra en estudio se encontró que 29.1 % padece Hipertensión arterial y Diabetes mellitus. Tabla 2

**Tabla 2 Aspectos sociodemográficos de la población de estudio.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL	SOLTERO	13 5.3%
	CASADO	160 65.6%
	VIUDO	60 24.6%
	UNION LIBRE	2 0.8%
	SEPARADO	5 0.2%
	DIVORSIADO	4 1.6%
TOTAL	244	100%
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	114 46.7%
	SECUNDARIA	44 18%
	SABE LEER Y ESCRIBIR	40 16.4%
	BACHILLERATO	29 11.9%
	LICENCIATURA	15 6.1%
	OTROS	2 0.8%
TOTAL	244	100%

<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	NINGUNO	<b>252</b>	<b>95.1%</b>
	OTRO	<b>7</b>	<b>2.9%</b>
	ISSSTE	<b>4</b>	<b>1.6%</b>
	SEGURO POPULAR	<b>2</b>	<b>0.4%</b>
	PEMEX	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>244</b>	<b>100%</b>
<b>PATOLOGIAS</b>	DM-HAS*	<b>71</b>	<b>29.1%</b>
	HAS**	<b>66</b>	<b>27%</b>
	DM***	<b>57</b>	<b>23.4%</b>
	OTRAS	<b>38</b>	<b>15.6%</b>
	ARTRITIS REUMATOIDE	<b>1</b>	<b>0.4%</b>
	NINGUNA	<b>11</b>	<b>4.5%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>244</b>	<b>100%</b>

\*Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, \*\* Hipertensión Arterial,\*\*\*Diabetes Mellitus

Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de redes de apoyo para adultos mayores de UMF 21 de Marzo a Agosto del 2013

Al comparar las variables de las redes de apoyo con las que cuentan los adultos mayores de la UMF21, se puede encontrar diferencias significativas al ver al encontrar con los resultados que de quien más red apoyo es del cónyuge en un 35%; y en relación con el apoyo proporcionado por los hijos, el apoyo predominante es el apoyo de tipo material con un 41.7% así como, el apoyo que les proporcionan los familiares es principalmente de tipo instrumental con un 49%, de la misma manera se encontró que los amigos les proporcionan ayuda de tipo material con un 35.5%. En relación a las redes sociales formales los adultos que pertenecen algún grupo comunitario que representa el 11.4% de la población de estudio y estos refieren un 89.7% contar con apoyo emocional, instrumental, material e informativo. Así mismo se encontró que los adultos que acuden a consulta en la UMF 21 se encuentran satisfechos ya que se encontró que el 75.2 por ciento reciben apoyo de tipo material por parte de su médico como representante de la unidad médica (Tabla 3).



**TABLA 3 Tipo de apoyos recibidos por los pacientes de estudio**

Tipo de apoyo	Emocional	Instrumental	Material	Informativo	Todos los anteriores
<b>Cónyuge</b>	3%	1.7%	25.5%	36.9%	35.5%
<b>Hijos</b>	4.8%	9.7%	41.7%	40.3%	3.4%
<b>Familiares</b>	5.2%	49%	31.4%	14.5%	0%
<b>Amigos</b>	5.9%	23.8%	35.5%	2.8%	31.7%
<b>Grupo Comunitario</b>	0.3%	5.9%	2.1%	2.1%	89.7%
<b>Consulta</b>	1%	12.8%	75.2%	10.7%	99.7%

Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de redes de apoyo para adultos mayores de UMF 21 de Marzo a Agosto del 2013.

En la siguiente tabla se puede observar la frecuencia con la que los adultos mayores ven a su redes de apoyo encontrando que el 35.6% de la población no ve y no le habla a su cónyuge en relación con el 54.1 % que lo ve más de 1 vez a la semana, así como observar que solo un 10% ve a sus hijos menos de una vez al mes, se observó de igual manera que el 16.9 por ciento ve a sus familiares más de una vez al mes, en comparación a los amigos que representa el 31%. También se encontró que aunque el 11.4 % que pertenecen a un grupo comunitario de estos el 90% no ve ni les habla. En relación a la consulta el 90.7% refieren ver a su médico 1 o más veces al mes

**Tabla 4 Frecuencia con la que ven a sus redes de apoyo la población de estudio**

Frecuencia	No lo veo no le hablo	Menos de 1 vez al mes	1 o más veces al mes	1 o más veces a la semana
<b>Cónyuge</b>	35.6%	0.7%	9.7%	54.1%
<b>Hijos</b>	3.1%	10%	42.7%	44.1%
<b>Familiares</b>	8.3%	66.2%	16.9%	8.6%
<b>Amigos</b>	36.5%	24.8%	31%	7.9%
<b>Grupo Comunitario</b>	90%	3.1%	3.8%	3.1%
<b>Consulta</b>	0%	9.3%	90.7%	0%

Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de redes de apoyo para adultos mayores de UMF 21 de Marzo a Agosto del 2013.

En la gráfica 2 encontramos el grado de satisfacción que manifiestan los adultos mayores de la UMF 21, IMSS en relación al apoyo recibido, encontrando que solo el 29.7% refiere mucha satisfacción por parte del cónyuge, con un 49.7% refieren satisfacción regular por parte de los hijos, así mismo solo el 9% refieren nada de satisfacción por parte del apoyo de los familiares, solo el 16.9 por ciento refiere poca satisfacción por el apoyo recibido de sus amigos, el 40% refiere mucha satisfacción por parte de su grupo comunitario y en relación a la consulta solo el 1% refiere nada de satisfacción por el apoyo brindado contra el 39.7% que refieren mucha satisfacción (Tabla 3).

Tabla 3. Grado de Satisfacción por el apoyo recibido en la población de estudio.

<b>GRADO DE SATISFACCIÓN</b>	<b>NADA</b>	<b>POCO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MUCHO</b>
<b>CONYUGE</b>	36.6%	2.1%	31.9.7%	29.7%
<b>HIJOS</b>	3.4%	10.7%	49.7%	36.1%
<b>FAMILIARES</b>	9%	45.2%	40.3%	5.2%
<b>AMIGOS</b>	4.1%	19.9%	43.4%	16.9%
<b>GRUPO COMUNITARIO</b>	1%	4%	45%	40
<b>CONSULTA</b>	1%	11.4%	41.9%	39.7%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%

Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de redes de apoyo para adultos mayores de UMF 21 de Febrero a Agosto del 2013.

## 15. DISCUSIÓN

Un estudio realizado en México en el IMSS realizado por Porras –Juárez y colaboradores en el 2010 en donde encontraron como resultado que los adultos mayores perciben el ejercicio físico como una actividad en beneficio de su salud sin embargo se demuestra que las redes de tipo emocional y de socialización deficientes repercuten en la limitación de esta conducta<sup>18</sup>. En este estudio se planteó investigar cual o cuales son las redes de apoyo más frecuentes en los adultos mayores, así como saber el grado de satisfacción de sus redes de apoyo.

Aranda y Torres analizaron en el 2010 que la población que cuenta con una adecuada red de apoyo social tiene mayor protección ante cualquier situación crítica, con la finalidad de contribuir a elevar su calidad de vida<sup>2</sup>. En este estudio se encontró que más el 90% de la población de estudio acude al menos 1 o más veces al mes a su consulta en la unidad de medicina familiar deduciendo que eso les ayuda a su calidad de vida ya que solo el 1% de esta población refiere que no está nada satisfecho con el apoyo proporcionado.

Angarita y González en el 2009 reportaron que el apoyo social tiene una influencia positiva en las personas con enfermedades crónicas y de sus cuidadores<sup>15</sup>, por consiguiente con este estudio podemos dar una perspectiva del cuidado que pueden tener los adultos mayores en relación con las redes de apoyo con las que cuentan.

Rioseco y Quezada en el 2008 en un estudio con adultos mayores encontraron que se valían por sí mismos, encontrando que en este grupo su principal red de apoyo la reciben de sus hijos en relación con el apoyo que les proporcionan otros familiares<sup>33</sup>. En este estudio se encontraron resultados muy parecidos a los reportados en la literatura.

Urzua en una revisión en el 2012 encontró que en relación con la satisfacción de las redes de apoyo en los adultos están directa e indirectamente afectadas por el sexo, educación, raza, ingresos y apoyo social.<sup>34</sup>

En este estudio se encontró que los adultos mayores tiene su apoyo principalmente en de sus familiares siendo el de sus cónyuge como su primera red de apoyo, seguida del apoyo que proporcionan los hijos.

## **16. CONCLUSIONES**

El presente estudio ha generado información sobre la frecuencia y efectividad de las redes de apoyo en nuestros adultos mayores. Encontramos que la población se encuentra con factores de riesgo cardiovascular en una proporción elevada (más del 50% presenta DMT2 o HAS). Si bien la evidencia científica ha demostrado que la efectividad de las redes sociales tiene un impacto positivo en la calidad de vida de la población geriátrica.

¿A dónde debemos dirigir nuestras intervenciones? Nuestro estudio demuestra que el principal apoyo percibido por nuestros adultos en las redes primarias (familia e hijos) es el instrumental, el apoyo emocional se demuestra poco frecuente. La población percibe los servicios de salud como una importante red de apoyo material y de información, lo cual es una fortaleza para nuestra institución ya que este factor se traduce en empoderamiento de los servicios de salud por parte de la población y una congruencia entre las necesidades de salud percibida y la oferta de servicios del sistema.

Llama la atención que una tercera parte de la población aunque percibe como red a su conyugue refiere no tener contacto frecuente, otro factor es la poca frecuencia de convivencia con hijos, esto está relacionado con lo que se demuestra en la percepción de bajo apoyo emocional. Otra área de oportunidad

es la baja participación de la población en grupos sociales, ya que a pesar de que el adulto mayor se percibe como parte de algún grupo social el 90% no acude o lo frecuenta.

Estas observaciones permitirán dirigir las políticas y programas de salud en la población de adultos mayores para el fortalecimiento de las redes sociales y la colaboración de la comunidad en el cuidado de la salud de este grupo etario. Propiciando intervenciones de salud pública que propicien la mejora de la calidad de vida y el mantenimiento del estado de salud de nuestros adultos mayores.

## **17. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.**

Es necesario reconocer las redes sociales como una extensión de los sistemas de salud. Por lo tanto es trabajo de las Unidades médicas la investigación y la implementación de intervenciones con el fin de incrementar la funcionalidad y la densidad de las redes en adultos mayores.

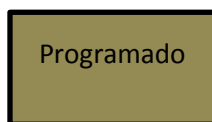
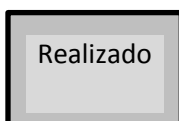
Por tal motivo consideró importante crear programas de difusión para sensibilizar a la población e involucrarla con el fin de propiciar una mayor convivencia y conocimiento de los adultos mayores, así como informar de los grupos comunitarios que existen en diferentes instancias gubernamentales y no son aprovechadas para el fin con las que han sido creadas.

Sugiero empezar en nuestra unidad con la elaboración de carteles y colocarlos en las diferentes salas de consulta, archivo y medicina preventiva para informar a los adultos mayores y familiares que los acompañan a la unidad que se informen de los tipos de apoyo que ahí en la unidad se le puede proporcionar así como las medidas preventivas que se pueden implementar para mejorar su calidad de vida.

Utilizar y propiciar comunicación entre los médicos familiares y el servicio de trabajo social en las Unidades médicas ya que se cuentan con los programas y los servicios en nuestro instituto para propiciar el desarrollo de redes en aquellos pacientes que el personal médico detecte como necesarios.

## 18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> <b>“REDES DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR EN LA U.M.F. 21 DEL IMSS.”</b> * DRA. *DRA.*ARACELI PANOHAYA HUILOTL.,**DRA LEONOR CAMPOS ARAGON,**DRA PATRICIA ALCANTARA HERNANDEZ *Residente del curso de Especialización en Medicina Familiar * **Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud UMF N°21 del IMSS,**Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor adjunto de la Residencia de Medicina Familiar de la UMF # 21 del IMSS												
ACTIVIDAD	MARZO 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Juni o 2012	Juli o 2012	Agost o 2012	Septiembr e 2012	Octubr e 2012	Noviembr e 2012	2013	2014	2015
Título Marco Teórico y Planteamiento del problema		20 /04 / 12	13 /05/ 12									
Hipótesis y definición de variables				5 /06/ 12								
Definición de instrumento de evaluación					5/ 07/ 12							
Diseño metodológico y estadístico						3 /08 /12	10/09/ 12					
Consideraciones éticas, recursos y aspectos generales								03/10 / 12				
Presentación al comité de Ética								22/ 10/ 12				
Etapas de ejecución del proyecto									12 /11/ 12	Febrero /2013		
Recolección, organización y análisis de datos										Febre- ro a Agos- to 2013		
Descripción, discusión de resultados										Septie m-bre 2013		
Análisis y presentación de resultados											Marzo- Julio 2014	
Conclusiones del estudio, integración, revisión y reporte final											Octubr e 2014	
Autorizaciones e impresiones												Febrer o 2015



**19. ANEXO 1  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD.  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.  
(ADULTOS).**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.**

**Nombre del estudio:** "REDES DE APOYO EN ADULTOS MAYORES EN LA UMF No.21 Francisco del Paso y Troncoso del IMSS en el año 2012".

**Patrocinador externo (si aplica):** No aplica.

**Lugar y fecha:** Unidad de Medicina Familiar # 21 Francisco del Paso y Troncoso, Delegación Venustiano Carranza, México D.F. Febrero a Agosto del año 2013

**Número de registro:**

**Justificación y objetivo del estudio:** describir el tipo de redes de apoyo social en pacientes adultos mayores de la unidad de medicina familiar no. 21 en el año 2013.

**Procedimientos:** Responder encuesta para obtener datos que ayuden a determinar las redes de apoyo que predominan en los adultos mayores de la UMF21.

**Posibles riesgos y molestias:** Incomodidad en algún tipo de pregunta

**Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:** Conocer con que tipo de apoyo cuenta para mejorar su calidad de vida y bienestar

**Información de resultados y alternativas de tratamiento:**

**Participación o retiro:** Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi situación laboral, ni la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio.

**Privacidad y confidencialidad:** El investigador responsable se ha comprometido a que toda información será confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Conocer las redes de apoyo con las que cuenta el paciente para mejorar su estado de salud y bienestar.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador responsable: Dra.: Araceli Panohaya Huilotl 044 55-27-32-10-14; Colaboradoras: Dra. Leonor Campos Aragón y Dra. Patricia Alcántara Hernández, teléfono 57-68-60-00

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso

**Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [conise@cis.gob.mx](mailto:conise@cis.gob.mx)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del sujeto**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, dirección, relación y firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, dirección, relación y firma**

## Anexo 2

# Instrumento de recolección de datos para el Estudio de Relaciones sociales en Adultos Mayores en la Unidad de Medicina Familiar No.21

Escala de redes de apoyo para adultos mayores<sup>31</sup>

<b>Nombre investigadores:</b>	Dra. Leonor Campos Aragón, Dra. Patricia Alcántara  Hernández Leonor Campos Aragón Dra. Araceli Panohaya Huilotl.
<b>Fecha elaboración.</b>	___/___/___ día mes año FOLIO
<b>Criterios de inclusión.</b>	Todos los pacientes mayores de 65 años derechohabientes de la UMF21 ambos turnos

## CUESTIONARIO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			NO LLENAR
1.-	NOMBRE: _____		[ ]
2.-	EDAD: _____	3.- SEXO: (1)HOMBRE (2)MUJER	[ ]
4.-	ESTADO CIVIL : (1)SOLTERO (2) CASADO (3)VIUDO (4)DIVORSIADO (5) UNION LIBRE (6) SEPARADO (7) OTROS		[ ]
5.-	ESCOLARIDAD (1)SABE LEER Y ESCRIBIR (2) PRIMARIA (3)SECUNDARIA (4)BACHILLERATO O EQUIVALENTE (5) LICENCIATURA (6) OTROS		[ ]

6.	TELEFONO: _____	7.-	Número de Seguro social: _____	[ ]
8.-	¿TIENE ESPOSO(A)	1.SI	2.NO	[ ]
9.-	¿TIENE HIJOS (AS)	1.SI	2.NO	[ ]
10.-	¿TIENE PARIENTES, SOBRINOS(AS), HERMANOS(AS), PRIMOS (AS), ETC.?	1.SI	2.NO	[ ]
11.-	¿TIENE AMIGOS (AS)?	1.SI	2.NO	[ ]
12.-	¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE APOYO COMUNITARIO?*	1-SI	2.NO	[ ]
13.-	¿CUENTA USTED CON SEGURIDAD SOCIAL O APOYO INSTITUCIONAL? 1.-ISSSTE 2.-PEMEX 3.- SEGURO POPULAR 4.-OTRO 5.-NINGUNO			[ ]



**I RED INFORMAL FAMILIAR** (Marque con un **x** el número correspondiente)<sup>31</sup>.

<u>CONYUGUE</u>		NO LLENAR
14	<p>¿Con que frecuencia ve y habla con su conyugue?                      1. No lo veo y/o hablo      2. Menos de una vez al mes                      3. 1 o 2 veces al mes      4. 1 vez a la semana o más</p>	[ ]
15	<p>¿Qué tipo de apoyo le proporciona estas personas?                      1. Apoyo emocional      2. Apoyo instrumental                      2. Apoyo material      4. Apoyo informativo                      5. Todos los anteriores</p>	[ ]
16	<p>¿En qué grado está satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan su cónyuge?                      1.Nada      2.Poco      3.Regular      4. Mucho</p>	[ ]

<u>HIJOS</u>		NO LLENAR
17	<p>¿Con que frecuencia ve y habla con sus hijos(as)?                      1.No lo veo y/o hablo      2.Menos de un vez al mes                      3.1 o 2 veces al mes      4. 1 vez a la semana o más</p>	[ ]
18	<p>¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con sus hijos(as)?                      1.Apoyo emocional      2. Apoyo instrumental                      3.Apoyo material      4. Apoyo informativo                      5.Todos los anteriores</p>	[ ]
19	<p>¿En qué grado está satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?                      1.Nada      2. Poco      3. Regular      4. Mucho</p>	[ ]

<u>FAMILIARES PROXIMOS (CERCANOS)</u>		NO LLENAR
20	¿Con que frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes? 1. No lo veo y/o hablo      2. Menos de un vez al mes 3. 1 o 2 veces al mes      4. 1 vez a la semana o más	[ ]
21	¿Qué tipo de apoyo le proporciona estas personas? 1. Apoyo emocional      2. Apoyo instrumental 3. Apoyo material      4. Apoyo informativo 5. Todos los anteriores	[ ]
22	¿En qué grado está satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes? Nada(1)      Poco(2)      Regular(3)      Mucho(4)	[ ]

**II RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR** (marque con una x el número correspondiente)

<u>AMIGOS</u>		NO LLENAR
23	¿Con que frecuencia ve y habla con sus amigos (as)? 1. No lo veo y/o hablo      2. Menos de un vez al mes 3. 1 o 2 veces al mes      4. 1 vez a la semana o más	[ ]
24	¿Qué tipo de apoyo le proporciona estas personas? 1. Apoyo emocional      2. Apoyo instrumental 3. Apoyo material      4. Apoyo informativo 5. Todos los anteriores	[ ]
25	¿En qué grado está satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos (as)? 1. Nada      2. Poco      3. Regular      4. Mucho	[ ]

**III Apoyo comunitario** (marque con una x el número correspondiente)

<b>Apoyo comunitario</b>		<b>NO LLENAR</b>
26	¿Con que frecuencia acude usted al grupo comunitario? 1. No acudo      2. Menos de un vez al mes  3. 1 o 2 veces al mes      4. 1 vez a la semana o más	[      ]
27	¿Qué tipo de apoyo le proporciona este (os) grupos? 1. Apoyo emocional      2. Apoyo instrumental  3. Apoyo material      4. Apoyo informativo 5. Todos los anteriores	[      ]
28	¿En qué grado está satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan el grupo con el que acude? 1. Nada    2. Poco      3. Regular      4. Mucho	[      ]

**III RED INSTITUCIONAL** (marque con una “x” el número correspondiente)

<b>RED INSTITUCIONAL</b>		<b>NO LLENAR</b>
29	¿Con que frecuencia acude usted a este apoyo? 1. No recibo apoyo      2. Menos de un vez al mes  1 o 2 veces al mes      4. 1 vez a la semana o más	[      ]
30	¿Qué tipo de apoyo le proporciona la institución? 1. Apoyo emocional      2. Apoyo instrumental  3. Apoyo material      4. Apoyo informativo 5. Todos los anteriores	[      ]
31	¿En qué grado está satisfecho (a) con el (los) tipo(s) de apoyo que recibe? 1. Nada    2. Poco(2)      3. Regular      4. Mucho	[      ]

## 20. BIBLIOGRAFIA

1. De la Rúa, A. de Federico; Análisis de Redes Sociales y Trabajo social, Departamento de Sociología Ethnologie, Université Toulouse II le Mirail (Francia), [ainnhoa.federico@univ-lille.fr](mailto:ainnhoa.federico@univ-lille.fr), 2008
2. Molina, J.L.; Fernández, R.; Llopis Jaime. El apoyo social en situaciones de crisis: Un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales, Universidad Autónoma de Barcelona, Portularia Vol. VIII, nº 1. 2008, [61-76], issn 1578-0236. © Universidad de Huelva.
3. Molina, J.L. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. Empiria, Julio-Diciembre, 2005, 10, 71-106.
4. Gary R. Andrews, Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro, CEPAL-SERIE Seminarios y conferencias, No. 2, página 247-256
5. Durán, D., Orbegoz Valderrama, L.J., Uribe-Rodríguez, A.F, Molina, J.M, Integración social y Habilidades funcionales en adultos mayores, Universidad de Granada, España; Univ. Psychol. Vol. 7, No 1, Bogotá abr. 2008.
6. <https://www.lilly.es/PRENSA/...10>
7. [www.cepal.org/celade/agenda/21/10592](http://www.cepal.org/celade/agenda/21/10592)
8. Urueño, A., Ferrari, A., Blanco, D., Valdecasa, E. Las Redes Sociales en Internet, Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI, Diciembre 2011.
9. Fundación para el bienestar del Adulto Mayor I.A.P., Redes Sociales de Apoyo con Adultos Mayores, México, D.F., Marzo 2007
10. Ruiz Cubrero, M; García, Martín, et all., Redes de apoyo social en personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social en la diócesis de Madrid; Equipos de Investigación sociológica S.A Madrid, Mayo 2010. Pág. 1-9.
11. INAPAM, Por una Cultura del envejecimiento, 2010. ver también: [www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM) 2010
12. Requena Santos, F., El Concepto de Red Social, [www.reis.cis.es/REIS/pdf/REIS-048-08](http://www.reis.cis.es/REIS/pdf/REIS-048-08)
13. Luengo Rocha, Carmen; redes de apoyo y capacidad de resiliencia: su importancia en la recuperación de pacientes accidentados laborales.; Revista

Electrónica de Trabajo Social, Universidad de Concepción No. 7, 2008; E.Mail: [aluengo@udec.cl](mailto:aluengo@udec.cl).

14. Arias. C, Botas, N., Polizzi, L.; Características de las redes de apoyo : comparación entre adultos jóvenes y adultos mayores residentes en la Ciudad de Plata, Universidad Nacional de Plata, Facultad de Psicología, Interpsiquis 2011

15. Arias. C, Botas, N., Polizzi, L.; Características de las redes de apoyo : comparación entre adultos jóvenes y adultos mayores residentes en la Ciudad de Plata, Universidad Nacional de Plata, Facultad de Psicología, Interpsiquis 2011

16. SEDESOL, Secretaría de Desarrollo Social, Diagnóstico del Programa Pensión para Adultos Mayores, 2013.

17. Cardona A. D., Estrada, R.A , Chavarriaga M. L.M., Segura, C. A., Ordoñez, M. J., Osorio, G. J.J., Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008, Revista Salud Pública, Volumen 12, No. 3 Bogotá, Junio 2010.

18. Salinas, A., Manrique, B.; Téllez Rojo, M. Ma., Redes de apoyo social en la vejez. Adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades, Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba- Argentina , del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

19. Shama Levy, T., Cuevas Naso, et al; Estado de Salud y Nutrición de los Adultos Mayores en México: Resultados de una Encuesta Probabilística Nacional, Revista Salud Publica de México, Vol 50, No 5, Cuernavaca, Sep.-Oct 2008.

20. [sipse.com/México/](http://sipse.com/México/)

21. Cursio Borrero, L., Soporte Social Interno, Salud y Funcionalidad en el Anciano Hacia la Promoción a la Salud, Volumen 13, Enero-Diciembre 2008, pág. 42-58.

22. Botero de Mejía, B.E., Pico, M. Ma. E., Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de &0 años: Una Aproximación Teórica., Hacia la Promoción de la salud, Volumen 12, Enero-Diciembre 2007, páginas 11-24.

23. Rodríguez Álvarez, Ma. Dolores; Redes Sociales: Relaciones y vínculos Conscientes, Universidad Complutense de Madrid, 2010.

24. Porras, C., Juárez, I., Grajales, A., Hernández, C., Alonso, Ma. M., Castillo, I., Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social 2010, 48 (2). 127-132)

- 25 Vega Angarita, OM., González Escobar, DS., Apoyo Social: Elemento clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica, Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería, No.16, Junio 2009.
26. López, V. I., Menéndez, A. D. S., Florence, L. B., Jiménez, G. L., Hidalgo, G. Ma. V., Sánchez, H. J., Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial, Intervención Psicosocial, 2007, vol. 16, No. 3, páginas 323-337, ISSN: 1132-0559.
27. Rioseco, H.R., Quezada, V.M., Ducci, V. Ma. E., Torres, H. M., Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. Revista Panamericana Salud Pública, Volumen 12, No.3, páginas 414-424, 2010.
28. <http://www.bioestadístico.com/index.php?option>
29. Secretaría de Salud Reglamento de la Ley General de Salud en materia e investigación para la salud. México: SS; 2002, Disponible en <http://www.salug.gob.mx/unidades/cdi/hom/compi/rlgsmis.html>
30. Mazzanti Di Ruggiero, Ma. De los Ángeles, Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos Revista Colombiana de Bioética, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 125-144, Universidad El Bosque Colombia.
31. Arronte Rosales, Alicia, et al. "Manual para la evaluación, gerontológica integral en la comunidad", 2da. Edición, Editorial Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, páginas 121-129.
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadística a propósito del día Internacional de las personas de edad; 1 Octubre 2013, México.
33. Rioseco, H.R., Quezada, V.M., Ducci, V. Ma. E., Torres, H. M., Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. Revista Panamericana Salud Pública, Volumen 12, No.3, páginas 414-424, 2010.
34. Urzúa, M.A., Casqueo, U.A., Calidad de Vida: Una revisión Teórica del concepto, Terapia psicológica 2012, volumen 30, No. 1, páginas 61-71