



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**IMPACTO DE LOS GRUPOS DE APOYO SOBRE EL
BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL DE LOS ADULTOS
MAYORES DIABÉTICOS**

Tesis presentada por

Roberto Enríquez Santamaría

Para obtener el grado de

**DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES CON
ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS REGIONALES**

Tijuana, B. C., México

2014

Dedicatoria

A mi familia por todo su apoyo y comprensión
durante el proceso del doctorado.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología "CONACYT" y al Colegio de la Frontera Norte "COLEF" por su apoyo brindado para realizar el curso de posgrado.

Resumen

Objetivo: Evaluar el impacto de las redes de apoyo sobre el bienestar físico y mental de los adultos mayores diabéticos en dos contextos geográficos diferentes. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo transversal en 333 adultos mayores diabéticos (AMD) de 60 años y más; seleccionados en hospitales públicos y entidades asistenciales en las Ciudades de Tijuana y Cuernavaca. Se aplicó un cuestionario dirigido a evaluar aspectos sociodemográficos, la estructura y funcionalidad de las redes de apoyo que inciden en el bienestar físico y emocional del AMD. **Resultados:** 161 AMD viven en Tijuana y 172 en Cuernavaca. La edad promedio es de 70 años, dos terceras partes son mujeres, la mitad de ellos tienen pareja, 96 por ciento cuenta con servicios de salud. En Tijuana carecen de pensión 74.5 por ciento y en Cuernavaca 55.2 por ciento. El nivel de severidad de la diabetes de los AM se clasifica entre alto y grave en 30 por ciento de los sujetos. El bienestar físico de los sujetos estudiados fue alto, solamente un poco más de la tercera parte tiene dificultad para realizar alguna de las actividades de la vida diaria ya sea instrumentales, básicas o de movilidad. Así mismo, pocos individuos tienen alta necesidad de ayuda. Sobre el bienestar emocional la situación es contraria ya que más de dos terceras partes tienen un nivel de bienestar emocional bajo. Al analizar el efecto de la estructura de la red en el bienestar físico se encontró que algunas variables predicen menor dificultad y menor necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria como son la presencia de hogares unipersonales y nucleares compuestos por sólo pareja, particularmente en Tijuana y una red compuesta solamente por hijos en ambas ciudades. Ninguna de las variables estudiadas en la estructura de las redes predijo el bajo bienestar emocional. Sobre el efecto de la funcionalidad de la red en el bienestar físico se encontró mayor necesidad y recepción de apoyo en los individuos con alta dificultad y alta necesidad de ayuda. El efecto de la funcionalidad sobre el bienestar emocional mostró que los AMD con bajo bienestar emocional reportan necesidad de apoyo y reciben apoyo emocional más en Tijuana que en Cuernavaca. **Conclusiones:** El bienestar físico y emocional de los AMD en este estudio se ve afectado por la estructura y funcionalidad de la red de apoyo. Sin embargo, la estructura de la red tiene un efecto solamente sobre el bienestar físico, mientras que la funcionalidad influye tanto en el bienestar físico como en el emocional. El contexto geográfico modifica el efecto de la estructura y funcionalidad de la red en el bienestar físico y emocional lo que se evidencia particularmente en el contexto fronterizo.

Palabras clave: diabetes, redes, bienestar, apoyo, vejez

Abstract

Objective. Evaluate the effect support networks have on the physical and emotional wellbeing of elders with diabetes mellitus (EDM) in two different geographic environments. **Methods:** A group of 333 EDM aged 60 and more were selected in different public hospitals and care centers from Tijuana and Cuernavaca through a simple random method. Every elder answered a questionnaire that measured sociodemographic aspects, the structure and functional characteristics of the support networks and physical and emotional wellbeing. **Findings:** Participants in the study were 161 EDM from Tijuana and 172 from Cuernavaca. Average age was 70 years, more than a half had 6 years of schooling or less and had a partner, two thirds were women, 96 per cent had access to medical care and only one third had pension. Although every subject had diabetes, 30 percent were in the high and severe level. Most of them were independent in their daily living activities but had a low emotional well being. The effect of network structure showed that having a one person household and a nuclear with partner arrangement, predicted low difficulty level and low need of help particularly in Tijuana. Any of the variables included in the structure of the network predicted emotional wellbeing.

Functionality of the network affected the physical wellbeing of EDM. Subjects with high difficulty and need of help in daily activities reported greater need of social support and also received more social support. The effect of functionality over emotional wellbeing showed that EDM with low emotional wellbeing needed and recieved more support in Tijuana than in Cuernavaca. **Conclusions:** Physical and emotional wellbeing of the EDM in this study showed an influence of the structure and functional characteristics of networks. However, the structure of the network only affected physical wellbeing; while functionality of the network affected both physical and emotional aspects. The geographic context modified the effect that structure and functionality of the network had over EDM wellbeing, particularly in Tijuana due to its sociodemographic and border region factors.

Keywords: diabetes, networks, wellbeing ,support, elders

	Contenido	Página
	Introducción.....	2
	Capitulo I.Marco teórico-conceptual	
1.1.1	Envejecimiento demográfico	3
1.1.2	Envejecimiento y aproximaciones teóricas	5
1.1.3	Transición epidemiológica.....	9
1.1.4	Bienestar físico del adulto mayor	12
1.1.5	Bienestar mental del adulto mayor	16
1.1.6	Teoría de redes	17
1.1.7	Perspectiva relacional de las redes sociales	23
1.1.8	Red social significativa.....	25
1.1.9	Determinantes sociales en salud	28
1.2.1	Apoyo social y salud	35
1.2.2	Apoyo social y diabetes	36
1.2.3	Apoyo dirigido y no dirigido.....	45
	Capitulo II.Marco contextual	
2.1.1	La enfermedad en México	47
2.1.2	Cambio en la estructura y dinámica de las familias de México.....	50
2.1.3	El contexto geográfico y socioeconómico.....	51
2.1.4	El contexto en la frontera México-EU.....	51
2.1.5	Tijuana y Cuernavaca.....	52
2.1.6	Preguntas de investigación y esquema conceptual.....	55
	Capítulo III. Diseño metodológico	
3.1.1	Diseño de estudio	56
3.1.2	Tamaño de muestra	56
3.1.3	Muestra.....	57
3.1.4	Instrumentos.....	58
3.1.5	VARIABLES.....	58
3.1.6	Análisis estadístico.....	62
	Capítulo IV. Análisis de resultados y discusión	
4.1.1	Características socio demográficas de los adultos mayores con diabetes.....	64
4.1.2	Bienestar físico y emocional de los adultos mayores con diabetes.....	65
4.1.3	Estructura de la red de apoyo de los adultos mayores con diabetes	66
4.1.4	Funcionalidad de la red de los adultos mayores con diabetes.....	67
4.1.5	Análisis multivariado por ciudad.....	69
4.1.5.1	Efecto de la estructura de la red en el bienestar físico del adulto mayor comparando ciudades	69

4.1.5.2	Efecto de la funcionalidad de la red en el bienestar físico del adulto mayor comparando ciudades	70
4.1.5.3	Efecto de la estructura de la red en el bienestar emocional del adulto mayor comparando ciudades	72
4.1.5.4	Efecto de la funcionalidad de la red en el bienestar emocional del adulto mayor comparando ciudades	73
4.2.0	Discusión.....	74
4.3.0	Conclusiones.....	81
4.4.0	Ventajas y limitaciones...	82
	Referencias bibliográficas.....	112

Cuadro	Página
1 Tipologías de productos para la satisfacción de necesidades	14
2 Comparativo de ciudades	53
3 Patrón migratorio histórico de Baja California y Morelos	54
4 Variables de estudio.....	59
5 Índice de dificultad en las actividades de la vida diaria	60
6 Índice de ayuda en las actividades de la vida diaria.....	60
7 Índice de bienestar emocional.....	61
8 Índice de severidad de la diabetes.....	62
9 Características generales de la muestra y por ciudad.....	65
10 Análisis bivariado del bienestar físico y emocional entre Tijuana y Cuernavaca	66
11 Análisis bivariado de la estructura de la red de apoyo entre Tijuana y Cuernavaca	67
12 Análisis bivariado de la funcionalidad de la red en Tijuana y Cuernavaca.....	68
13 Regresión logística de la estructura de la red en el bienestar físico	70
14 Regresión logística de la funcionalidad de la red en el bienestar físico de los adultos mayores diabéticos.....	71
15 Regresión logística de la estructura de la red en el bienestar emocional.....	72
16 Regresión logística de la funcionalidad de la red en el bienestar emocional de los adultos mayores diabéticos.....	73
Anexos	
I Consentimiento informado	83
II Cuestionario.....	87
III Tablas comparativas entre el medio hospitalario y centros asistenciales	108

El razonamiento diagnóstico no es una suma sino una síntesis. Lo primero lo podría hacer una máquina, lo segundo sólo puede hacerlo el médico. Para ello el médico necesita tener "sentido clínico"; cosa que sólo se puede adquirir con la experiencia propia. Por eso se suele decir que el diagnóstico es "una síntesis plena de sentido". M Soriano Jiménez, Barcelona 1958.

Introducción

El estudio de las redes de apoyo de la población envejecida y su impacto sobre la salud representa una necesidad que surge a partir de diversos fenómenos demográficos que son evidentes en países desarrollados, y que tienden a convertirse en problemas inaplazables en países como México. En primer lugar, se encuentra el envejecimiento de la población producto de la transición demográfica que está inmersa en los cambios demográficos de la región y acorde con datos de La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) se reporta que la tasa de crecimiento en adultos mayores en América Latina y el Caribe está aumentando. Existe un volumen estable de población joven en la región, sin embargo su ritmo de crecimiento tiende a disminuir y se espera un crecimiento más acelerado de la población envejecida, en mayor proporción que en periodos anteriores. Esto se convierte en un fenómeno demográfico de gran relevancia en la época actual, desde la perspectiva poblacional e individual (Wong, 2005). De acuerdo a los datos analizados por la CEPAL entre el periodo que comprende de 1950 al 2000, la población de 60 años y más aumentó de 5.5 al 8.8 por ciento; por lo tanto se estima que la población de adultos mayores aumentará de un 8.8 por ciento a 23.6 por ciento en los próximos cincuenta años. Esto traducido en números implica un crecimiento de 9 a 180 millones de adultos mayores en el curso de un siglo (Jaspers-Schkolnik. 2008). Acorde a la clasificación de la CEPAL para América Latina, México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, es decir entre los países que disminuyeron su fecundidad y mortalidad. En México, 7.7 por ciento de la población tiene 65 años o más, para el 2025 se estima que este segmento corresponderá a 13 por ciento de la población y para el 2050 a 24 por ciento. Adicionalmente, se estima que los mayores de 80 años aumentarán a 8.4 por ciento. Ligada directamente con la transición demográfica se encuentra la transición epidemiológica que para el caso de México vislumbra un panorama más complejo y disímulo en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que corresponden al 14 por ciento de la población, pues está considerada la primer causa de morbilidad-mortalidad en mayores de.

65 años, cuyas complicaciones generan un persistente aumento de discapacidad temporal y definitiva y muerte, así como un oneroso costo para el sistema de salud, el paciente y sus familias. Esto además implica la necesidad de contar con un cuidador primario para asistir al enfermo en fases avanzadas del padecimiento donde predomina la dependencia funcional. En consecuencia esta suma de eventos ha propiciado tener una población no sólo más vieja, sino también más enferma y con menor bienestar físico y mental la cual vive en una situación social marcada por altos niveles de pobreza y desigualdad, limitada en recursos económicos y en acceso a servicios de salud. A todo lo anterior se le suma el cambio en la estructura de los hogares y la inclusión de la mujer en el mercado laboral, lo cual ha producido una disminución en el número de integrantes de los hogares y por lo tanto en la estructura de las redes de apoyo con que cuentan los viejos a la vez que se presentan cambios en el sistema de valores afectando el apoyo intergeneracional y con ello la funcionalidad de las redes de apoyo. Las diferencias regionales en algunas de estas condiciones dentro de un territorio tan amplio y heterogéneo como es el mexicano, hacen que dichos fenómenos presenten matices y variaciones que no permiten hablar de un patrón único y que por el contrario hacen necesario considerar otro fenómeno demográfico como es la migración que modifica también la estructura de los hogares dando lugar a las familias transfronterizas en las regiones de la frontera, a familias transnacionales en regiones del interior del país con alta tradición migratoria y al mantenimiento de los hogares extendidos en regiones con baja migración. Efectos del fenómeno migratorio que a su vez modifican la estructura y funcionalidad de las redes de apoyo de la población envejecida. Con base en estos antecedentes la presente investigación se planteó el objetivo de estudiar el impacto que tienen las redes de apoyo sobre el bienestar físico y mental de los adultos mayores diabéticos que viven en un contexto fronterizo y en un contexto de baja migración utilizando una metodología de tipo cuantitativa. Se diseñó y aplicó una encuesta dirigida a evaluar la estructura y funcionalidad de las redes de apoyo y las condiciones de bienestar físico y mental de un grupo de adultos mayores diabéticos de la ciudad de frontera de Tijuana y la ciudad de Cuernavaca ubicada en el centro del país.

CAPÍTULO I. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

1.1.1 Envejecimiento demográfico

Diversos estudios han evidenciado que los grandes cambios en las estructuras por edades de las poblaciones está originando la transición demográfica en América Latina debido a la reducción de la mortalidad y fecundidad, propiciando un proceso de envejecimiento más acentuado (Jaspers-Schkolnik, *et al*, 2008).

El crecimiento acelerado de la población en edad de 60 años o más afecta diversos aspectos de nuestra sociedad, desafiando a los políticos, las instituciones, las familias, las empresas y los proveedores de servicios salud, debido a un incremento en la demanda por satisfacer las necesidades de los adultos mayores en todos los grupos raciales y étnicos. Acorde con los datos de la CEPAL, la tasa de crecimiento en adultos mayores en América Latina y el Caribe está aumentando. Existe un volumen estable de población joven por el momento en la región, sin embargo su ritmo de crecimiento tiende a disminuir y se espera un crecimiento más acelerado de la población envejecida, en mayor proporción que en periodos anteriores; esto se convierte en un fenómeno demográfico de gran relevancia en la época actual, desde la perspectiva poblacional e individual; cuyos pesos absolutos y relativos son superiores a los del resto de la población (Wong, 2005). Los datos analizados por la CEPAL en el periodo que comprende de 1950 al 2000 refieren que la población de 60 años y más aumentó de 5.5 al 8.8 por ciento; por lo tanto se estima que la población de adultos mayores aumentará de un 8.8 por ciento a 23.6 por ciento en los próximos cincuenta años. Esto traducido en números implica un crecimiento de 9 a 180 millones de adultos mayores en el curso de un siglo (Jaspers-Schkolnik. 2008). Acorde a la clasificación de la CEPAL para América Latina, México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, es decir entre los países que disminuyeron su fecundidad y mortalidad. En México 7.7 por ciento de la población tiene 65 años o más, para el 2025 se estima que este segmento corresponderá a 13 por ciento de la población y para el 2050 a 24 por ciento. Adicionalmente, se estima que los mayores de 80 años aumentarán a 8.4 por ciento. Este rápido envejecimiento de la población también está representando un incremento en la carga para las familias y en los recursos de que dispone una sociedad. México se está viendo forzado a enfrentar situaciones tales como el apoyo social y la asignación de recursos a lo largo de las generaciones en un momento de

limitada condición económica (Wong y Palloni, 2009). Esto se traduce en una creciente población de adultos mayores y disminución de la población joven; sin embargo, la población potencialmente activa no tiene grandes variaciones, pero tiende al descenso (Ham, 2003).

En este sentido el tema de la vejez cobra vigor como un fenómeno social complejo, ya que lo más preocupante es la vulnerabilidad a la que se exponen los adultos mayores, manifestándose principalmente a través de la dependencia económica y social (Aranibar, 2001). En recientes investigaciones realizadas en los estados de Morelos, Guerrero y Jalisco, se encontró que las mujeres ancianas que viven en pobreza y áreas rurales informaron tener mayor multimorbilidad, aunque acudían más al médico y conocían más de sus padecimientos que los hombres, resaltando la triada funesta desde el enfoque de género es ser mujer, vivir en la pobreza y en un entorno rural (Salgado y Wong 2007). Por ende es indispensable comprender los retos prioritarios actuales que enfrentan los adultos mayores para preservar su bienestar integral ante la creciente carga de enfermedades no transmisibles y los cambios en los sistemas familiares (Kinsella, 2008).

En este contexto la teoría de la transición demográfica siga vigente, pues ofrece un punto de partida útil para explicar los cambios observados en la composición de la población por edad y sexo durante el siglo pasado (Davis, 1945). La primera etapa de esta teoría refiere que, al mismo tiempo, que las sociedades más desarrolladas tenían altos niveles de fecundidad y mortalidad, había concomitante una baja tasa de crecimiento, observándose relativamente poca gente en edad avanzada. La segunda etapa consiste en una sustancial disminución de las tasas de mortalidad, en especial la mortalidad infantil; y que debido a que los niveles de fecundidad se mantenían altos, se dio como resultado un aumento rápido en la población, particularmente en las edades más tempranas. En esta etapa la pirámide poblacional adquiere una forma triangular, con una base ancha que refleja grandes cohortes de niños y jóvenes, mientras que se observaba cohortes más pequeñas en las generaciones sucesivas. En la tercera y última etapa, se observa una sensible disminución en el nivel de fecundidad, ocasionando una disminución de la tasa de crecimiento de la población; confiriendo una distribución más uniforme a los grupos de edad. La pirámide poblacional en esta etapa final adquiere una forma predominantemente rectangular, y los grupos en edad avanzada son mucho más densos y significativos

(Kinsella, 2009). Es precisamente en esta última etapa donde el crecimiento acelerado de la población en edad de 65 años o más afecta diversos aspectos de nuestra sociedad.

1.1.2 Envejecimiento y aproximaciones teóricas

Como se ha resaltado, el envejecimiento es un fenómeno biopsicosocial y demográfico ineludible que está inmerso en la realidad y dinámica de las sociedades actuales, con diversas perspectivas e interpretaciones conceptuales y teóricas. Una forma de aproximarnos a las teorías del envejecimiento desde la visión social, es la perspectiva micro/macro continua. En este sentido hay que recordar que lo micro atañe al envejecimiento individual; como se adaptan y responden a su propio medio ambiente cada persona. Al respecto, se puede considerar la teoría de la actividad como un ejemplo del ámbito micro. La esencia de esta teoría es que hay una relación positiva entre la actividad y la satisfacción con la vida, pero que la pérdida de esa función conlleva a una pobre satisfacción con la vida. (Lemon, et al, 1972). Al darse el retiro, el individuo, busca otra actividad con la cual comprometerse para sustituir el empleo y el contacto social. El rol es una fuente esencial del sentido de identidad y valor en los adultos mayores que se han retirado. Esta teoría tiene algunos resultados poco claros; puesto que por ejemplo se ha limitado a examinar un subconjunto de individuos de clase media y casados, usando estudios transversales que no permiten desentrañar la causa y el efecto. Además que los críticos de esta teoría mencionan que no se toman en cuenta otros factores, particularmente la salud, el nivel educativo y cultural de los sujetos, puesto que esto puede influir significativamente en el curso de la vida del adulto mayor. Esta teoría de la actividad surgió en parte como una respuesta a la teoría del retiro (Bengston, et al, 1972). La teoría del retiro o separación, se aproxima a la comprensión de los estados del envejecimiento, refiere que "el envejecimiento es un proceso de retiro inevitable, que resulta de la disminución entre la interacción de una persona inmersa en el proceso de envejecimiento y el sistema social al que pertenece". Esta teoría afirma que es natural y aceptable para los adultos mayores retirarse de la sociedad. La teoría fue plasmada en el libro *Envejecer* (Cumming, 1961) y fue la primera teoría del envejecimiento desarrollada por los científicos sociales. Esta teoría tiene un significado histórico en el ámbito de la gerontología; sin embargo desde entonces, se ha enfrentado a fuertes críticas ya que la teoría fue propuesta como universal, innata y unidireccional. La teoría de la separación es una de las tres

principales teorías psicosociales que describen cómo las personas se desarrollan en la vejez. Cumming y Henry concibieron nueve preceptos o postulados entorno al "proceso de separación". 1) Todo el mundo espera la muerte, y las habilidades del individuo probablemente se deteriorarán con el tiempo; como resultado de esto, todas las personas tienden a perder vínculos con otras personas en su sociedad. 2) Debido a que las interacciones individuales entre las personas fortalecen las normas, surge una forma de separación que se convierte en un proceso circular o auto-perpetuo. 3) Dado que los hombres tienen un papel fundamental en América, y las mujeres en un nivel socio-emocional, la separación es diferente entre hombres y mujeres. 4) La vida del individuo está marcada por los cambios del Ego; por ejemplo, el envejecimiento va distorsionando el Yo del individuo y haciendo que el conocimiento y la habilidad se deterioren, mientras que el éxito en una sociedad industrializada requiere ciertos conocimientos y habilidades. Al respecto, para satisfacer ciertas demandas, la edad de calificación asegura que los jóvenes posean los conocimientos y destrezas suficientes para asumir la autoridad y el viejo se retire antes de que pierda sus habilidades. Este tipo de separación se lleva a cabo por el individuo, provocada por los cambios del Yo, o por la organización en que está inmerso o también pueden ser ambos aspectos. 5) Cuando el individuo y la sociedad están listos para el retiro, los resultados de la desconexión es completa; sin embargo, suele haber desfases entre el momento del retiro del individuo y la sociedad al momento de asumir compromisos. 6) El papel central del hombre es el trabajo, y para la mujer es el matrimonio y la familia. Por lo que si los individuos abandonan sus roles centrales, pierden espacio drásticamente en su vida social, y por lo tanto sufren crisis y desmoralización, a menos que puedan adaptarse mejor a su nuevo rol. 7) Este postulado contiene dos conceptos principales. a) La preparación para el retiro se produce cuando, un individuo es consciente de la brevedad de la vida y la escasez de tiempo. Los individuos perciben que su espacio de vida disminuye. Una persona pierde la energía del Ego. b) Cada sociedad otorga ciertas facilidades y posibilidades a los individuos debido a los requisitos del sistema de trabajo racional-legal en una sociedad opulenta, y por la naturaleza de la familia nuclear y la tasa de mortalidad diferencial. 8) Hay menos interacciones y se gesta una desconexión de las funciones centrales para guiar las relaciones durante el resto de la vida y los diversos papeles o roles cambiantes. A su vez, los premios de las relaciones se vuelven cada vez

más diversos, con solidaridades verticales que se transforman en horizontales. 9) El último postulado de esta perspectiva conceptual, se refiere a que esta teoría de la separación es independiente de la cultura, pero de alguna forma está obligada o forzada por la cultura. Estas teorías han caído en el desuso, sin embargo son un referente importante para aproximarnos al estudio del envejecimiento. Ambas teorías tienen una aproximación hacia el individuo en su proceso de adaptación/éxito, así como las experiencias que los individuos deben a sus propias decisiones.

Teoría del intercambio

La teoría del intercambio es otro ejemplo del nivel micro que alude al contexto teórico social del envejecimiento. Esta teoría se enfoca a la interacción entre individuos, procurando mantener cierto orden y balance en el intercambio entre unos y otros. Esta teoría ha sido aplicada exitosamente en diversas experiencias relacionadas con el envejecimiento como lo es en el cuidado, el apoyo de las redes sociales así como los cambios que operan en las relaciones familiares (Morgan, Kunkel, 2001).

Teoría política económica

Otra perspectiva teórica como la política-económica se enfoca en comprender como ciertos factores macro-sociales, como la discriminación por la edad y la influencia corporativa en la política, se pasan por alto en la explicación del bienestar de la población envejecida. El nivel macro se refiere a la sociedad como un todo, y como las estructuras e instituciones sociales, influyen en la experiencia que implica el envejecimiento. Un ejemplo de este nivel es la teoría de la modernidad; que refiere, que el status social de los adultos mayores declina cuando las sociedades se modernizan; puesto que los cambios sociales que acompañan el desarrollo económico de la sociedad, como la industrialización, hacen que las habilidades de los adultos mayores se vuelvan obsoletas y poco necesarias para el funcionamiento de la sociedad (Morgan, 2001).

Teoría del ciclo familiar

El individuo que experimenta el proceso del envejecimiento por la inercia del tiempo está inmerso generalmente en un ambiente familiar que no es estático. En este rubro la teoría del ciclo familiar surgió en los años cincuenta del siglo pasado y se enfocó en entender los cambios sistemáticos que ocurren en la familia a través del tiempo al unísono de la

maduración que experimenta cada uno de sus miembros. Las familias al igual que los individuos progresan desde el nacimiento hasta la muerte (Duvall, Mitchell, 1985). Acorde con esto, las relaciones familiares, las metas y las rutinas son diferentes con cada etapa del desarrollo. Esta teoría fue desarrollada después de la segunda guerra mundial, en un momento de alta fecundidad y baja tasa de divorcios. Sin embargo esta visión tradicional de las etapas, basada en una familia nuclear idealizada ha sido criticada, puesto que puede haber diversos sucesos familiares, como el divorcio, el volver a casarse o ser un hogar mono-parental. Por lo que esta teoría ha sido reinterpretada en función de las transiciones que experimentan las familias, más que encasillar la evolución familiar en etapas preestablecidas (Cohler, Altergott, 1995).

Teoría de la familiar nuclear

Se han desarrollado diversas investigaciones acerca de las familias, más allá de los años de crianza, enmarcada dentro de la teoría de la familia nuclear. Esta aproximación teórica se dio durante los años cincuentas, donde se destacaron aspectos concernientes a la autonomía y aislamiento de la familia, considerando irrelevantes las relaciones extendidas de parentesco (Parsons, 1959); sin embargo, posteriormente esto cambió y se observó que los intercambios y el apoyo que surge de la familia extendida son indispensables y benéficos. El intercambio y apoyo familiar es particularmente útil para afrontar situaciones de conflicto y tensión al interior de las familias, como lo es cuando ocurre alguna enfermedad que aqueja a alguno de los miembros de la familia de mayor edad o longevidad; este hecho no es nuevo en absoluto.

1.1.3 Transición epidemiológica y diabetes

Es innegable que existe un auge de las enfermedades no transmisibles en el entorno nacional, que predominan sobre las enfermedades infectocontagiosas que históricamente habían prevalecido más. En este sentido uno de los padecimientos con mayor impacto en México es la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Diferentes estudios demuestran que la prevalencia se incrementó en los últimos 30 años. En la encuesta nacional de salud del año 2000 (ENSA, 2000) se encontró que la prevalencia de DM2 en los individuos de 20 años o más de edad fue de 7.5 por ciento. Las tasas de mortalidad y morbilidad de derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de 65 años o más registran la DM2 como la primera causa de mortalidad y de egresos hospitalarios (Lara-Benítez, et al, 1996). La distribución por edades de la población mexicana permite pronosticar que aumentará la incidencia y la prevalencia de la DM2 en las próximas décadas. El 61 por ciento de los mexicanos tiene menos de cuarenta años, y es después de esa edad que se incrementa la prevalencia significativamente. Esto tiene serias consecuencias para el país, pues la enfermedad incapacitará temporal o definitivamente a gran número de adultos en edades económicamente productivas. Por otro lado si se hace la relación de la presencia de la diabetes con el grado de escolaridad como determinante social en salud, se observa que esta es inversamente proporcional, es decir que se presenta con mayor frecuencia en los grupos con menor escolaridad y por consiguiente grupos con menores ingresos económicos que constituyen grupos vulnerables, por sus condiciones de desprotección respecto a la seguridad social. Así mismo los estilos de vida no saludables o de riesgo, como por ejemplo la obesidad son predictores clave para los casos incidentes de DM2, tanto en personas de edad media como en adultos mayores, sin embargo el tener acceso a ciertos recursos económicos puede tener un efecto protector para evitar la aparición de la enfermedad en personas de edad de media, pero no así en adultos mayores (Wray L, Alwin D, 2006). Padecer DM2 necesariamente conlleva para el paciente realizar medidas que debe ser asumidas a lo largo de toda la vida, tales como, los ajustes en la alimentación, el control del peso en el caso de la obesidad, la ingesta de medicamentos para disminuir los lípidos en sangre, una actividad física adecuada, el empleo de agentes hipoglucemiantes orales o insulina, y el uso cotidiano de medidas como el aseo de los pies o la limpieza de

los dientes. Dichas acciones, corresponden a indicaciones médicas cuyo propósito es “controlar la enfermedad”, las cuales se desarrollan generalmente en el espacio cotidiano de las personas- su hogar y en su grupo doméstico. Es allí donde se viven las consecuencias de la diabetes que van más allá del cumplimiento o no de las indicaciones médicas. Las consecuencias incluyen no sólo cambios en la fisiopatología del individuo, pero sobre todo en la dinámica relacional con su red social (Strauss & Corbin, 1984). Por lo tanto el bienestar de los adultos mayores con alguna enfermedad crónica, implica la evaluación y seguimiento de las condiciones crónicas de salud, síntomas depresivos, limitaciones funcionales y físicas. Englobando con ello en estos indicadores las afecciones más comunes del anciano que repercuten negativamente en su calidad de vida y precisan en la mayoría de los casos, asistencia de carácter personal, facilitados generalmente por los familiares vistos como cuidadores informales (no remunerados). Sin embargo, cambios importantes en la estructura de las familias actúan sobre la estabilidad de los cuidados familiares informales, que son relevantes para la atención del adulto mayor; por ejemplo un aumento en la proporción de mujeres sin hijos, más movilidad de los hijos mayores de edad, así como patrones cambiantes de empleo para las mujeres, contribuyen a una reducción en el grupo de apoyo a la familia, que afectan el cuidado (Lowenstein, 2005). Al incrementarse la inmigración se reduce el tamaño de la familia, propiciando una ruptura dentro de las familias extensas, en detrimento de la duración y la intensidad del cuidado de los parientes adultos en edades avanzadas; por lo tanto las redes de apoyo informales se ven sometidas a presiones cada vez mayores (Guzmán, Huenchuan, Montes de Oca, 2003).

Cuidador primario, cuidados informales y diabetes

A propósito de esta necesidad de comprender todas las circunstancias que rodean la realidad del cuidador primario, se abordó en un estudio desde la perspectiva gerontológica este fenómeno en torno al cuidador primario. Dicha investigación se hizo a través de dos centros de atención primaria de salud en Salamanca (España) enfocada en una intervención psicológica en un grupo de cuidadores primarios de pacientes dependientes y en otro grupo que se uso como control. En este estudio los criterios de inclusión se definieron como la persona que aceptó las responsabilidades primarias relacionadas con el cuidado de la persona dependiente, siendo generalmente un pariente de la persona a quien cuida, el haberlo atendido por más de 6 meses, y tanto que el cuidador primario y el destinatario

vivieran en la misma casa. Se encontró que la mayoría de los participantes eran mujeres (74,4 por ciento), con una edad media de 62,35 años en el momento del estudio, y que habían sido el cuidador primario durante 9 años en promedio. La intervención psicológica se encaminó al manejo del estrés. Se hizo hincapié en el cuidador primario en la importancia del autocuidado, el manejo de las emociones, los aspectos importantes que afectan el estado de ánimo, como valorar el tiempo libre, la realización de actividades agradables, aprender a ajustar el pensamiento a la realidad, saber más sobre el sentimiento de culpa de dónde viene, cómo se forma, y las estrategias para identificarlo, de los derechos del cuidador y finalmente se abordó el tema para saber cómo obtener ayuda en la última sesión. Los resultados obtenidos evidenciaron que la aplicación de una intervención psicológica mejora la salud mental de los cuidadores primarios de personas dependientes con trastornos crónicos, encontrando una mejoría en la salud mental en el grupo de intervención de los cuidadores primarios. Además, dado que la situación de los cuidadores primarios es crónicamente estresante, se observó que las alteraciones emocionales no aumentaron e incluso disminuyeron significativamente, hecho que puede ser considerado como un logro importante (Gaugler, Mittelman, *et al*, 2010). En este sentido estos resultados coinciden con los de Losada y colaboradores (2006), Márquez-González y colaboradores (2007) en la medida en que encontraron una mejoría significativa en materia de salud mental y una significativa reducción de los pensamientos disfuncionales en el cuidador primario del grupo de intervención. Estos resultados apoyan la idea de que la modificación de pensamientos disfuncionales es uno de los mecanismos de acción a través del cual las intervenciones cognitivo-conductuales pueden contribuir a la reducción de las inconformidades en los cuidadores primarios (Losada, *et al*, 2011). Sin embargo, esto no significó cambios en la calidad de vida o la carga de trabajo para el cuidador primario; lo que indica que la intervención no tiene efectos significativos en las variables globales, pero es prometedor plantear este tipo de intervenciones psicológicas para amortiguar los problemas y complicaciones que encara el cuidador primario en su quehacer diario y rutinario de cuidar permanentemente al paciente crónicamente enfermo y dependiente (Rodríguez-Sánchez, Patino-Alonso, *et al* 2012). En el caso particular de los enfermos diabéticos y sus complicaciones, se ha encontrado que el tiempo que se emplea por parte de los cuidadores informales que no reciben pago, es mayor que en adultos

mayores sin la enfermedad; en una amplia encuesta realizada en personas de 70 años y más en Estados Unidos se encontró que las personas sin DM2 necesitaban 6 horas/semana de cuidados y las que era diabéticas, se aplicaban insulina y tenía discapacidades requerían 14 hora/semana, implicando un costo de 3 a 6 billones de dólares por año. Esto refleja los significativos costos de los cuidados informales asociados con la enfermedad (Langa, Vijan et al 2002).

1.1.4 Bienestar físico del adulto mayor

Por la naturaleza propia del ser humano, debido al uso y la adquisición de los productos para la realización de las actividades de la vida diaria, es prudente abordar esto desde la Teoría de las Necesidades de Maslow (1943). Esta concepción teórica se encuentra organizada de forma piramidal y es la satisfacción de los niveles más bajos la que provoca las siguientes necesidades. Maslow ordena las necesidades en cinco estadios:

- 1) Las necesidades fisiológicas integran la primera prioridad del individuo y se relacionan con los aspectos de supervivencia. Dentro de este estadio se encuentra la alimentación, la sed, el sueño, el mantenimiento de la temperatura corporal, el sexo y la supresión del dolor.
2. Las necesidades de seguridad se relacionan con la creación del orden, el equilibrio, la estabilidad, la protección contra el daño y la dependencia.
3. Las necesidades sociales relacionadas con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y con su participación social, como por ejemplo la necesidad de comunicarse o la pertenencia a un grupo.
- 4.La necesidad de reconocimiento se trata de la necesidad de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro del grupo social. Además incluye la autovaloración y el respeto a sí mismo.
5. Las necesidades de autorrealización las que se hallan en la cúspide de la pirámide y son las que llevan al individuo a realizar todo su potencial, por lo que nunca llegan a satisfacerse completamente.

Las motivaciones de uso o de adquisición de un producto vendrán dadas por el deseo de satisfacer una necesidad por parte de los individuos.

Para satisfacer estas necesidades se realizan diversas acciones que de forma genérica se denominan Actividades de la Vida Diaria (AVD). Peña Casanova (1998) define las actividades de la vida diaria como el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social. En función de su complejidad, las clasifica en tres niveles que son básicas, instrumentales y avanzadas.

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas referidas al autocuidado y la movilidad (comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etcétera). La realización de estas actividades sin ayuda de terceros son las que demuestran mayor autonomía e independencia básica.

2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se trata de las actividades que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad, como telefonar, comprar, cocinar, cuidar de la casa, utilizar el transporte, manejar dinero, etcétera.

3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) son aquellas actividades que permiten al individuo desarrollar su papel social, mantener una buena salud mental y disfrutar de una aceptable calidad de vida. Entre ellas se encuentran las referidas al ocio, aficiones, viajes, participación social, deportes, etcétera.

La relación entre estos dos conceptos fundamentales, las necesidades y las actividades de la vida diaria, queda demostrada desde la perspectiva de que las necesidades que queremos satisfacer son las que nos marcan las actividades que realizamos en nuestra vida diaria. Así, por ejemplo, la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria tendría como finalidad satisfacer las necesidades fisiológicas y las relacionadas con los aspectos más básicos de seguridad. De forma similar ocurre para los otros dos niveles de actividades, mientras que las actividades instrumentales cubrirían las necesidades sociales básicas y otras relacionadas con la seguridad, las actividades avanzadas de la vida diaria cubrirían el resto de necesidades sociales, las de reconocimiento y las de autorrealización.

Las necesidades sentidas con mayor fuerza por las personas mayores son el deseo de mantener la autonomía y conservar al mismo tiempo su integración en el entorno. La primera entendida como la capacidad de no tener que depender de otras personas económicamente ni en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana, mientras que la

integración se expresa mediante el deseo de la persona mayor por conservar su arraigo al hogar y al entorno habitual, y por seguir desempeñando funciones útiles y apreciadas tanto por la propia persona como por su entorno más próximo. Este estudio refleja, además, cómo estas necesidades específicas dan pie a dos líneas diferenciadas de negocio en el ámbito del consumo de las personas mayores relacionadas con la salud y la integración de las personas mayores. Así, para el caso de la salud encontramos bienes y servicios destinados a preservar la salud o restaurarla tales como las ayudas técnicas o la telemedicina, y también los programas de gimnasia de mantenimiento ofertados por algunos ayuntamientos. Relacionados con el deseo de la persona mayor de seguir viviendo en su hogar de la manera más cómoda y segura posible, se pueden citar los servicios ofrecidos por las empresas de teleasistencia o las posibilidades que abre la automatización del hogar mediante el uso de la domótica. Es necesario mencionar también las infraestructuras y ofertas del mercado, tanto públicas como privadas, que permiten conservar e incluso potenciar las redes sociales de la persona mayor, y que contribuyen a una mejora en la calidad del tiempo libre y de ocio, donde encuentran su espacio, por ejemplo, las actividades turísticas, los cursos para mayores o los productos tecnológicos del área de información y telecomunicación (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Contribución de las diferentes tipologías de productos a la satisfacción de las necesidades de autonomía e integración de las personas mayores

	Autonomía	Integración
vivienda	Elemento destacado para mantener la autonomía de la persona mayor. Debe estar adaptada y ser accesible a las necesidades y usos de la persona mayor. La vivienda también aporta seguridad económica, y por tanto una mayor independencia.	Elemento imprescindible para hacer que la persona mayor se sienta parte integrante de su núcleo social y familiar. En contraposición a la idea de ingreso en un centro residencial.
Alimentación	Para esta necesidad básica la persona necesita en determinadas situaciones productos de fácil consumo, tanto en su elaboración y preparación como en su ingesta, para favorecer la no dependencia respecto a terceros.	La celebración de la comida es un acto social que integra a la persona en su núcleo de relaciones, así como el acto de la compra que se convierte en un acontecimiento social para la persona mayor.

Transporte y comunicaciones	La autonomía de una persona también se refiere a su capacidad de desplazamiento mediante unos medios de transporte adaptados y asequibles. Y el empleo de tecnologías para la información y comunicación como soporte a la realización de determinadas actividades de la vida diaria (llamar al supermercado para que traigan la compra a casa, por ejemplo).	Las TIC resultan herramientas adecuadas para evitar caer en situaciones de aislamiento, ya que fomentan el contacto y comunicación con los demás. Y los medios de transporte accesibles y asequibles que ayudan a acortar las distancias y mantener las redes sociales
Equipamiento personal	Ropa con un diseño adaptado que facilite el momento de vestirse y sea cómoda para asegurar la autonomía de la persona mayor.	El vestuario es uno de los elementos clásicos del equipamiento personal de una persona y se convierte en el ámbito social en un criterio diferenciador entre las personas.
Equipamiento en el hogar	Se trata de aquellos elementos que hacen del hogar un lugar idóneo para desarrollar las actividades de la vida diaria de una forma autónoma e independiente. Destacarían, desde la perspectiva de la carga tecnológica, los sistemas domóticos y de inteligencia ambiental.	El contar con un equipamiento del hogar que haga de éste un lugar adecuado para recibir visitas es un claro ejemplo de elemento propicio para el fomento de la integración de la persona.
Salud	La disponibilidad de unos recursos sociosanitarios al alcance de las personas mayores cubre la necesidad de autonomía. Un servicio como la telemedicina acerca los recursos sanitarios a los hogares.	La adquisición y empleo de una ayuda técnica llega a compensar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía del usuario en relación con el resto de la población
Actividades de ocio y tiempo libre.	La posibilidad de poder elegir entre un amplio abanico de actividades de ocio y tiempo libre incrementa la percepción de libertad y autonomía de la persona mayor.	Una de las formas para que la persona mayor pueda mantenerse integrada en su comunidad es la realización de este tipo de actividades, especialmente si se realizan de forma colectiva o grupal

Fuente: elaboración con base en Maslow, 1943.

La interpretación de la satisfacción de las necesidades de autonomía e integración de las personas mayores, también se ha postulado desde la perspectiva gerontológica, donde el concepto de bienestar subjetivo ha venido siendo utilizado por algunos investigadores de manera liberal e imprecisa. Algunos estudiosos lo usan para denotar la salud o la ausencia de discapacidad, mientras que otros lo utilizan para referirse a la percepción de calidad de vida. Los términos del bienestar subjetivo, la felicidad, el bienestar psicológico, afecto

positivo y la moral se usan indistintamente. Aunque todos ellos se refieren a una orientación positiva hacia la vida, existen diferencias conceptuales entre ellas. El factor clave de la hipótesis de distinguir entre ellos es la estabilidad (George, 2006). Satisfacción con la vida y la moral son conceptualmente ligados como orientaciones relativamente estables frente a la vida, no se ven afectados por los estados de ánimo transitorios. La felicidad sea ha visto que es menos estable y menos cognitiva de satisfacción con la vida y el afecto positivo se espera que sea el menos estable, cambiando rápidamente y con frecuencia en respuesta a la estimulación del entorno inmediato.

1.1.5 Bienestar mental del adulto mayor

Campbell, Converse y Rodgers (1976) informaron que los patrones de edad de satisfacción con la vida y la felicidad difieren algo con base en datos de una muestra representativa nacional, ellos compararon jóvenes, de mediana edad y adultos mayores. Los adultos mayores fueron los más satisfechos con sus vidas, los adultos de mediana edad estaban menos satisfechos que los adultos, y los jóvenes fueron intermedios.

Con respecto a la felicidad, sin embargo, los adultos jóvenes eran más felices, los adultos de mediana edad fueron menos felices, y mayores fueron intermedios. Ahora está más claro que estos indicadores específicos del bienestar subjetivo son más parecidos que diferentes y que básicamente miden lo mismo, a los individuos (George K, 2010). En realidad la perspectiva psicológica y subjetiva del bienestar estudian el mismo proceso psicológico sirviéndose de diferentes indicadores. El bienestar subjetivo tiene bases más enfocadas al *bienestar emocional* y se ha abordado a través de temas como la felicidad, la afectividad o la satisfacción vital (Zubieta E, et al 2012). Mientras que el bienestar psicosocial se ha desarrollado a través de las investigaciones de Ryff (1989) sobre el bienestar psicológico y el concepto de *Bienestar Social* desarrollado por Keyes (1998) que recoge los aspectos interpersonales de la *salud mental*, y se compone de cinco dimensiones (Blanco & Díaz, 2005).

1) *Integración social*. La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. Las personas con alto bienestar social se sienten parte de la

sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia y tienden lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, entre otros.

2) *Aceptación social*. La presencia de confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, como atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad, y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.

3) *Contribución social*. Es el sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo. Es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.

4) *Actualización social*. La concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos -confianza en el progreso y en el cambio social-. Confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.

5) *Coherencia social*. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo. La sensación de que se es capaz de entender lo que sucede a nuestro alrededor.

1.1.6 Teoría de redes

Esta teoría es resultado de diferentes corrientes de pensamiento y teorías de tipo antropológica, psicológica, sociológica y también matemática. Sus orígenes históricos han sido excelentemente tratados por J. Scott (1991). Scott se remonta a la Gestalt Theory para encontrar sus primeros orígenes. Dentro de esta concepción la percepción de un objeto se realiza dentro de una totalidad conceptual compleja y organizada, totalidad que posee propiedades específicas diferentes de la simple adición de las propiedades de las partes. La teoría de Kurt Lewin (1936) puso de relieve el hecho de que la percepción y el comportamiento de los individuos de un grupo, así como la misma estructura del grupo, se inscriben en un espacio social formado por dicho grupo y su entorno, configurando así un campo de relaciones. Estas relaciones pueden ser analizadas formalmente por procedimientos matemáticos. En esta misma línea se inscribe también Moreno (1934) y su sociometría, quien puede ser considerado como uno de los fundadores de la teoría de redes bajo el nombre de *sociometrid*. Mientras un grupo de psicólogos de esa época hicieron análisis en pequeños grupos a partir de los modelos de grafos teóricos para dar cuenta de la

estructura social de los mismos y para poner de manifiesto cómo la estructura del grupo afecta a los comportamientos individuales (Galaskiewicz, 1993).

Otra de las fuentes u orígenes de las redes proviene del estructural-funcionalismo antropológico desarrollado en Harvard en los años treinta, donde se realizaron análisis de los grupos y subgrupos a partir de la utilización de sociogramas (Mitchell, 1969). Algunos resultados se pueden resumir en dos aspectos que son primero en la insistencia en el conflicto más que en la cohesión como factor del mantenimiento y segundo la transformación del grupo. Utilizando el estructural-funcionalismo antropológico en grupos dinámicos se analizaron la importancia de las relaciones informales e interpersonales como la amistad, el parentesco y la vecindad en la integración de una pequeña comunidad de pescadores. La totalidad de la vida social se ha de contemplar como un conjunto de algunos puntos o nodos que se vinculan por líneas para formar redes totales de relaciones. La esfera informal de relaciones interpersonales se contempla así como una parte, una red parcial de una total (Barnes, 1954). Nadel (1957) parte de la definición de estructura como la articulación de elementos en la formación de una totalidad. Las estructuras sociales son estructuras de roles. Separando su contenido de la forma Nadel pensó que la estructura puede ser investigada por métodos comparativos y por modelos formales matemáticos.

Granovetter y Lee realizaron estudios que, sin ser plenamente algebraicos tuvieron una importancia decisiva. Granovetter en *Get for a job* (1974) analizó la forma de transmisión de la información en la búsqueda de trabajo y sobre todo, los lazos que se establecen. Lee (1969) en *The Search for an Abortionist* estudio cómo la mujer adquiere la información necesaria para abortar.

La teoría de las redes sociales abre nuevos marcos de referencia y también favorece la reinsertión en ella de teorías existentes. Se acerca a las influencias con otras teorías, por ejemplo, la teoría del intercambio que fue propuesta por Homans (1961) y Blau (1964). Intenta ser una teoría general de la interacción cuyo objeto de estudio son los fenómenos grupales de conformidad a las normas, cohesión, «status» grupal, poder y similares. Tradicionalmente se había considerado que estos fenómenos tenían escasa o nula relación entre sí y se investigaban separadamente, produciéndose, como consecuencia, una situación de notable fragmentación teórica. El significado del término intercambio para Homans, es toda conducta

humana social, es decir, toda aquella que se da entre dos personas que interactúan espontáneamente, es un intercambio, una relación entre dos personas, que se da si ambas esperan obtener recompensas de ella y se mantiene si sus esperanzas se confirman. El número de actividades a intercambiar es prácticamente ilimitado, pero lo que importa en el intercambio social no son las actividades específicas, sino una característica que todas poseen, el valor, que se define como el «grado de refuerzo o castigo que una persona deriva de una unidad de actividad, y que, por tanto, puede ser positivo o negativo (Heath, 1976). En cambio, Blau acepta que una gran cantidad de conductas sociales, pero no todas, constituyen un intercambio. Algunas son más primitivas y anteriores al intercambio propiamente dicho y otras más elaboradas y posteriores al mismo. Así, una asociación entre personas obedece a una simpatía y aprobación social mutua, que están basadas en la esperanza de obtener recompensas, pero que en sí misma no constituye un intercambio, porque la aprobación social al ser intercambiada pierde su valor, pues deja de ser sincera y genuina. El intercambio social, versión Blau, está constituido por las acciones voluntarias de los individuos que obedecen a los resultados que se espera que proporcionen y que, por término general, proporcionan. Se trata, por tanto, de conductas que intencionadamente buscan el intercambio. La definición no da suficiente énfasis a una característica que distingue al intercambio de las relaciones sociales que implican un desequilibrio entre los dos actores, el «status» y el poder. En el esquema teórico de Blau las relaciones están ordenadas cronológicamente, donde las personas se asocian por simpatía y la asociación permite que puedan emprender intercambios en los que se van a obtener beneficios, pero poco a poco se van desarrollando diferencias entre ellos que dan paso a la dependencia unilateral del poder. Paralela a la secuencia cronológica existe una ordenación de menor a mayor complejidad, siendo la relación de intercambio el vínculo que une ambas. Las diferencias con Homans son evidentes por la limitación en el número de relaciones sociales que se consideran intercambio. Homans trata la aprobación social como un sentimiento que puede ser objeto de intercambio y las relaciones de poder como cualquier otra relación social, sin tener en cuenta si supone una dependencia unilateral o no (Homans,

1961).. Además, en la concepción teórica de este autor no se exige que el intercambio lo busquen intencionadamente los actores, sino más bien que éstos, al interactuar, generen una relación de intercambio, que puede pasar inadvertida para ambos. Para Blau, el intercambio sólo puede tener como objeto «servicios instrumentales». La aprobación social, los sentimientos de atracción, el respeto, la estima y la obediencia no pueden serlo. Tanto por lo que incluye como por lo que excluye, este intercambio de Blau está mucho más cerca que el de Homans del concepto vulgar que, en efecto, tiende a entender el intercambio como una instrumentalización de la relación de dos (o más) personas en beneficio mutuo; pero no a considerar la relación en sí misma como sinónima de intercambio. En contextos diferentes a los habituales en los que surge la interacción espontánea, Homans admite la existencia de un intercambio que podríamos denominar indirecto por la forma en que es recompensada cierta actividad. Esto es lo que sucede con la forma de pago en cualquier organización. Sin embargo, este tipo no es total, sino parcialmente diferente del directo que es su origen. También Blau admite la existencia de un intercambio indirecto en las relaciones más complejas; por ejemplo, la del profesional y su cliente. Aparentemente el intercambio entre los dos es servicios por honorarios, pero en realidad la conducta del primero se rige fundamentalmente por las normas del grupo profesional al que pertenece. La aceptación y el prestigio dentro de éste se consiguen mediante el cumplimiento de sus estándares, y es a este segundo intercambio al que Blau denomina indirecto, que es el que explica la conducta del profesional en este caso. La dimensión temporal es mucho más importante en el modelo de Blau. En primer lugar el intercambio implica canje de favores, lo que supone una relación ya establecida. Habría que estudiar cuáles son las condiciones que llevan a establecer la relación y favorecen la aparición del intercambio. En segundo lugar, como la reciprocidad no está asegurada por ningún contrato, los primeros favores intercambiados tienden a ser pequeños y su finalidad principal es comprobar si la otra persona es digna de confianza. Así pues, cualquier intercambio importante entre dos personas concretas va precedido de una historia peculiar de intercambios menores. En tercer lugar, cuando el intercambio es recurrente (mismos participantes y

mismas actividades) funciona el principio de la disminución marginal de la utilidad. Las clases de relaciones interpersonales según Homans son toda interacción, por encima de la diversidad aparente de sus manifestaciones en los fenómenos grupales de influencia, normas, poder, liderazgo, diferencias de «status», etc., es conducta social elemental y, por tanto, intercambio. Precisamente la intuición original sobre la que descansa la teoría es que cualquiera de esos fenómenos sólo puede ser explicado a partir del reconocimiento de este hecho. Blau, por el contrario, cree que la interacción tiene niveles distintos de complejidad y que da lugar a seis distintos tipos de relaciones interpersonales que implican asociaciones elementales, fundadas en procesos psicológicos básicos: a) El intercambio social propiamente dicho b) Los procesos de diferenciación de poder y de «status» c) El intercambio secundario d) El intercambio indirecto y, finalmente e) El intercambio en las grandes asociaciones. Las asociaciones y procesos elementales están basados en la atracción mutua, que, a su vez, depende de la expectativa de recibir recompensas y son complementados por los procesos de representación del Yo que culminan con la aceptación social. Blau denomina «primitivos» a estos procesos por considerarlos fundamentados en procesos psicológicos y por constituir las primeras etapas de cualquier relación. Las asociaciones elementales son lo único que la psicología puede explicar, ya que sólo implica la motivación inicial para asociarse. Las otras relaciones, al incluir aspectos que van más allá de esa motivación, caen fuera de su competencia.

El intercambio social propiamente dicho, engloba las relaciones en las que existen reciprocidad y equivalencia y cuyo objeto son los servicios instrumentales, únicas recompensas sociales que, por ser extrínsecas a la relación, pueden obtenerse por medio de un cálculo y exigir reciprocidad y ser intercambiadas. La fundamentación de este intercambio la encuentra Blau no en la norma de reciprocidad, sino en lo que denomina condiciones «existenciales del intercambio», que son, en realidad, las necesidades de cada participante (Morales, 1978).

Teoría de redes vinculada con la teoría de la elección racional

Como se mencionó la teoría de las redes sociales abre nuevos marcos de referencia y también favorece la re inserción e influencias de otras corrientes como la Teoría de la

Elección Racional que aparece durante la primera mitad del siglo pasado en la academia estadounidense como una crítica al modelo de la economía de bienestar que se intentaba construir en Europa por académicos de orientación socialdemócrata y socialista. La teoría se ocupa de la acción racional como sinónimo de acción instrumental. Es decir, de la acción intencional guiada por intereses, sean éstos de cualquier tipo. La teoría de la elección racional llegó para quedarse. A pesar de la indiferencia mostrada por los sociólogos latinoamericanos al respecto del modelo de la elección racional, ésta representa una innovación teórica y metodológica revolucionaria y ambiciosa del último medio siglo. Su origen como disciplina consolidada se debe a los trabajos de Kenneth Arrow, que le valieron el Premio Nobel de Economía en 1972, pues desarrolló un poderoso edificio axiomático basado en la teoría de conjuntos para replantear un problema añejo, ya postulado en la Ilustración y sus postrimerías por los filósofos utilitaristas ¿cómo es posible lograr la agregación de preferencias individuales diversas en un concepto lógicamente coherente de preferencia colectiva? En otras palabras, Arrow investigó la legitimidad de la existencia de criterios de utilidad colectiva o social, o si se quiere, en el lenguaje antiguo, la existencia de un interés general sostenido en una voluntad general.

Además, aunque el análisis de redes es para algunos sólo una orientación teórica particular sobre la manera de entender la estructura de los fenómenos sociales vinculada a las teorías estructurales de la acción, para otros constituye una teoría en sentido estricto. Dentro del marco organizacional y/o institucional las redes han tratado las relaciones de poder y autoridad sobre todo en organizaciones formales complejas; por ejemplo, las redes entre empresas a partir de la presencia en consejos de administración.

.Las relaciones de afinidad y amistad han sido también una materia habitual de las redes sociales; idénticamente las de familia y parentesco, por ejemplo, de roles entre miembros de las familias, matrimonios. Otra temática corriente se refiere a las relaciones de comunicación por los lazos entre actores como canales de transmisión de mensajes; de transacción por los actores que intercambian instrumentos físicos o simbólicos, regalos, venta económica, compras, servicios, información sobre trabajo, aborto, consejos políticos, trabajo social (Vidal de la Rosa, 2008).

1.1.7 Perspectiva relacional de las redes sociales

La idea central del análisis de redes reside en el supuesto de que lo que la gente siente, piensa y hace, tiene su origen y se manifiesta en las pautas de las relaciones situacionales que se dan entre actores. Oponiéndose así a la idea de que los atributos o las características de los actores individuales son la base o son causa de las pautas de comportamientos y, por tanto, de la estructura social. La raza, la edad, el sexo, la categoría social importan mucho menos en la teoría de redes que las formas de las relaciones mantenidas. Son las relaciones, los vínculos que mantienen los actores, los que establecen las estructuras en cuyas posiciones se sitúan las unidades. Por consiguiente, la explicación de los comportamientos requiere un análisis de cómo los actores están conectados unos a otros en las diversas situaciones en las que son observados.

Hay que resaltarlo, los actores y sus acciones son contemplados como interdependientes y no como independientes o unidades autónomas. Los lazos relacionales entre los actores movilizan transferencias de recursos, tanto materiales como no materiales. Los modelos contemplan las estructuras de relaciones como entornos que proporcionan oportunidades o bien coaccionan la acción individual. Los modelos de redes identifican la estructura social, económica, política, etcétera; como pautas constantes de relaciones entre actores (Structure, versión 4.2, 1991). No olvidemos que las redes sociales centran su análisis sobre la relación entre las unidades que actúan; es decir, teoría, modelos, métodos y aplicaciones son expresables en términos relacionales de conceptos o procesos.

La diferencia fundamental entre explicaciones dentro de la teoría de redes sociales y otras perspectivas consiste en la inclusión de conceptos y de información sobre las relaciones entre unidades, siendo dicha relación la unidad de análisis fundamental. Así pues, la unidad de análisis en la aproximación de las redes sociales no es el individuo sino el conjunto formado por los individuos y los lazos entre ellos. Las relaciones están contextualizadas específicamente y se alteran o desaparecen según dichos contextos de tal manera que se considera al actor a partir de la interacción con otras partes del contexto de la red o, al contrario, no es considerado si no está incluido en un contexto relacional dado. Existen diversos métodos de análisis, para el tratamiento de los datos relacionales:

El primer criterio, más bien en la perspectiva relacional, es el de cohesión social. Por el que los actores están agregados y juntos en una posición en la medida en que están conectados más directamente a los otros por lazos o vínculos (cohesivos).

El segundo criterio, es una perspectiva estructural o posicional es el de la estructura de equivalencia (White et al, 1976). Este criterio ha sido definido en el sentido de que los actores ocupan posiciones o roles equivalentes en un conjunto debido a los lazos comunes a otros en el sistema. No se requiere que sean lazos directos.

Las diferentes maneras de identificar posiciones estructurales llevan a diferentes resultados. La elección dependerá básicamente de la elección metodológica y del problema sustantivo y teórico investigado. Para algunos propósitos la aproximación relacional será preferible, mientras que en otras situaciones la de posiciones equivalentes será más interesante.

Los fenómenos inherentes a las redes sociales, y por tanto objeto de análisis, son fundamentalmente tres que consideran los límites de las redes, los lazos y los comportamientos (Structure, 1991).

Los principios que corresponden a los modelos y a los criterios para el análisis de estos fenómenos son, además de los de cohesión y equivalencia estructural ligados a los criterios precedentes, otros como de prominencia y rango.

Estos principios definen los diferentes tipos de interpretaciones que se pueden dar de los fenómenos sociales a partir de las redes sociales. Cada principio implica una intuición estructural, un motor dentro del comportamiento y creencias, y un modelo teórico que agregan relaciones observadas en imágenes estructurales.

Principio de cohesión. Como hemos dicho precedentemente, la intuición estructural que alimenta este principio consiste en que los actores similares lo son en la medida en que están vinculados por relaciones entre ellos. Dichas relaciones son además responsables de los procesos de socialización por interacción y por el de la similitud de creencias y tendencias comportamentales. La fuerza causal de los comportamientos se basa precisamente en la intensidad de los lazos de comunicación. Es un principio que nos marca también las fronteras del grupo.

Principio de equivalencia. Este principio es que actores equivalentes son los que poseen pautas de relación semejantes a los de su misma posición con relación a otros actores. El modelo define los límites sociales de posiciones distintas y origina creencias y tendencias

comportamentales homogéneas entre actores equivalentes. La fuerza causal está vinculada al rol jugado por la posición dentro del armazón de referencia compartido (Lorrain, 1971; White, 1976; Burt 1982, 1987; Winship 1984).

Los principios de prominencia, de rango y de corretaje, predicen el comportamiento midiendo el poder o la libertad de un actor a actuar. Los dos últimos, de rango y corretaje, miden directamente su potencial de acción difiriendo del primero, de prominencia, en el sentido de que los individuos tienen posibilidad de evitar o negociar los esfuerzos de control de los otros.

Principio de prominencia. El principio de prominencia sitúa a los individuos sobre un eje vertical a manera del organigrama de una organización que son los líderes arriba, los dirigidos abajo. Se invoca el mecanismo causal en la medida en que un individuo es el objeto de las relaciones de muchos otros, que son a su vez objeto de las relaciones de otros, etc. Este principio supone la utilización de otros por parte del líder de la red a fin de impulsarlos a que lleven a cabo sus deseos u órdenes. (Hubbel, 1965; Coleman, 1972; Marsden, 1984).

Principio de rango. El principio de rango se aplica de una manera simple como es, por ejemplo, la suma de las relaciones que posee un actor; es decir, entre más relaciones se poseen, más acceso se tiene a los recursos sociales. Pero se pueden encontrar modelos más sofisticados como los vínculos de puente. Las relaciones de puente son un importante recurso social. La fuerza causal se encuentra precisamente en esta posibilidad de acceso relacional para evaluar y utilizar recursos (Granovetter, 1973).

Principio de intermediario (Brockner). Bajo este principio un actor individual tiene la libertad de seguir o perseguir sus propios intereses en la medida en que sus relaciones conecten con gente que está desorganizada, pudiendo contraponer unos contra otros, liberándose él, de esta manera, de dichas constricciones. La fuerza causal reposa en el contacto que se mantiene con los otros que están desorganizados (Freeman, 1977; Burt, 1980a, 1980b, 1982).

1.1.8 Red social significativa

Por lo que el enfoque del bienestar en sus múltiples dimensiones se ha centrado en el desarrollo personal, en las formas de las personas de afrontar los retos vitales y sus esfuerzos por conseguir sus metas, así como también en las valoraciones que hacen de las

circunstancias y de su funcionamiento dentro de la sociedad. Sin embargo, es comprensible que surja una mayor escasez de contactos en la red social durante la vejez, originando inevitablemente cambios cualitativos importantes en las relaciones que siguen activas y vigentes, pues de hecho se ha probado que no importa el tamaño de la red, sí su disminución se ve compensada con un mayor apoyo de los pequeños lazos existentes y más próximos (Glass, *et al*, 1997).

Para Sluzky (1995) el concepto de red social significativa resulta de la conjunción de dos vertientes teóricas que implican el pensamiento sistémico y el construccionismo social, y significa "el conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, en la realidad social cotidiana y que son en principio accesibles de manera directa o indirecta al contacto personalizado y aún a una convocatoria de red personalizada u otra intervención semejante. El efecto terapéutico de la red significativa se logra al ampliar las fronteras del sistema significativo de la persona al conjunto de vínculos interpersonales, los que no se agotan ni en la familia nuclear ni en la extensa, sino que incluyen además a los amigos, a los compañeros de trabajo, de estudio, de recreación, de organizaciones comunales, religiosas, entre otras.

Incluso con propósitos clínicos Sluzky plantea la incorporación del paradigma red en la observación y conceptualización de la realidad clínica, enriquece cualitativamente la visión multidimensional del terapeuta y por lo tanto, su potencial de acción clínica, porque es una guía para la descripción, la explicación y la terapia: a) para la descripción, porque la incorporación de la red social expande y amplía la capacidad descriptiva, porque podemos observar procesos adicionales que habían pasado desapercibidos anteriormente y que son necesarios para la interacción del sujeto y que pueden haber contribuido a desencadenar el problema o conflicto; b) para la explicación, porque facilita el desarrollo de nuevas hipótesis acerca de otros componentes de la red y c) para la acción terapéutica, porque la noción de red orienta en hacia nuevas intervenciones transformativas".

Según la propuesta de Sluzky, la red significativa se identifica por características estructurales y funcionales, así como atributos del vínculo. Entre las primeras, están las características estructurales, tales como tamaño de la red grande (más de 30 personas), medio (10 a 30 personas) y pequeño (menos de 10 personas). Dependiendo del tipo de intervención, en el caso de intervención terapéutica es preferible trabajar con un tamaño

pequeño o medio; en una gran red, puede diluirse la problemática que se está tratando; una red pequeña puede producir un gran involucramiento emocional, que paraliza la acción y ofrece poca oportunidad para la retroalimentación.

La densidad se refiere a la conexión entre los miembros independientemente del paciente identificado, ya que a mayor involucramiento entre los familiares o amigos del paciente, mayor oportunidad de comunicación, y por lo tanto, intercambio de impresiones alrededor de la problemática a resolver. La composición de la red hace referencia al número de componentes que se ubican en cada cuadrante del mapa de red, lo cual puede dar lugar a concentraciones de relaciones en algunos de los cuadrantes, o a una distribución de las relaciones en los distintos cuadrantes. La dispersión se refiere a la distancia geográfica entre los miembros que componen la red. A mayor dispersión, menor accesibilidad para una convocatoria terapéutica. La homogeneidad o heterogeneidad de la red va a estar definida por las características demográficas, étnicas, culturales, socioeconómicas que compartan o no los componentes de la red. Este aspecto es importante en términos de la posibilidad de compartir códigos comunes, lo cual facilita la capacidad de respuesta frente a situaciones de crisis.

Entre las funciones que cumple la red significativa, están desde las afectivas hasta las cognitivas. Es decir, parte de los componentes de la red pueden cumplir funciones de apoyo emocional, otra parte puede cumplir la función de referente cognitivo para orientar acciones o tomar decisiones. También puede funcionar como proveedor de recursos materiales ante situaciones críticas en ese sentido. Las funciones de control social, generalmente son asumidas por aquellas organizaciones de las cuales la persona forma parte; pueden ser de índole religiosa, política, social, entre otras.

El tejido vincular que configura la red significativa se caracteriza también en términos de sus atributos, mediante los cuales es posible identificar un nivel jerárquico de funciones que cumplen los vínculos, así como determinar si existe una concentración de funciones en determinados vínculos, o aquellas que están distribuidas entre varios vínculos. Asimismo, es importante para efectos evaluativos y diagnósticos, identificar la direccionalidad y la intensidad de la relación vincular, tal y como la vive la persona que consulta, si siente que esa relación es recíproca o no, si el compromiso es compartido o no. Otro elemento que contribuye a configurar la red significativa, tiene que ver con los antecedentes de cada

vínculo, las experiencias compartidas y la frecuencia de los encuentros que construyen esa historia de vida vincular (Sluzky, 1995, Romero M C, 2000).

En la misma vertiente Sluzki refiere que las relaciones pueden persistir o incluso aumentar con el tiempo debido a una sólida conexión con el cónyuge, prosperando la intimidad mutua, así como con una pequeña red de amigos cercanos. Mientras que los estrechos vínculos con hermanos y con los hijos pueden experimentar un gratificante reencuentro del tipo "después de todos estos años". Sin embargo, en ocasiones el resultado a largo plazo de esta red social puede llevar a un agotamiento de las relaciones, causando una falta de reciprocidad (Sluzky, 2000). Los aspectos espirituales del individuo también tienen un rol importante; la salud normalmente se percibe por estar intrínsecamente vinculada con la espiritualidad. La esfera física, emocional, y la salud espiritual están entrelazados. Para favorecer la curación, la dimensión espiritual debe ser abordada. Dicho de otra manera, la sanidad física y mental depende de la incorporación de la espiritualidad en el tratamiento (Hodge, 2013).

1.1.9 Determinantes sociales en salud

Pobreza y teoría marxista. La pobreza surge según la perspectiva teórica de Marx como una especie de pecado original donde unos gozan de su riqueza y la mayoría no tiene nada y necesita vender su pellejo para poder sobrevivir, es decir los obreros libres y desheredados alquilan su fuerza de trabajo a los dueños del dinero y medios de producción. Marx refirió que la situación de las clases humildes del pueblo empeoraban, los propietarios de pequeñas tierras y colonos se veían reducidos al nivel de jornaleros y asalariados, a la par que se les hacía más difícil ganarse la vida. En efecto la usurpación de las tierras comunales y la revolución agrícola que la acompañaba deterioraron hasta tal punto que la situación de los obreros agrícolas fue descendiendo su salario hasta un nivel mínimo que requirieron el socorro oficial de pobreza; por ejemplo los inclosure que eran grandes cercados de las propiedades incrementaron la despoblación, el precio de las subsistencias y fomentó el monopolio de las grandes granjas, despojando a los pobres de sus medios de subsistencia. Las violaciones, vejaciones y despojos descarados al pueblo, a la propiedad, y la persona, se propagaron en esa época capitalista-feudal (Marx, 1997).

Con respecto a la época contemporánea, y considerando al desarrollo capitalista como un progreso contradictorio, Arriarán señala que “la modernidad como experiencia histórica significa principalmente “desarrollo” pero que en su variante capitalista de modernidad en el ámbito latinoamericano, ha resultado un proyecto frustrado, en tanto combina dos hechos a) la subsistencia de condiciones de marginación y explotación económica; y, b) la ausencia de un proyecto nacional de modernidad política y cultural (Arriarán, 1997).

Status social y estado de salud

En la literatura de la epidemiología social, los efectos del status social sobre la salud, se suele decir que derivan de los sentimientos de privación relativa y baja autoestima generada por la baja posición social (Marmot 2004; Wilkinson, 2005; Singh-Manoux, et al, 2005).

Por lo tanto, la posición de una persona dentro de la jerarquía de un estado de condiciones en la sociedad, puede determinar su capacidad para hacer frente a desafíos de la vida cotidiana de varias maneras. Para invocar cuestiones de estatus, sin embargo, es de observar que las relaciones sociales no son sólo asuntos de organización social. Están constituidas por los marcos culturales, así como las instituciones, y estas estructuras culturales pueden ser tan consecuentes para la salud como las dimensiones de organización del orden social (Kleinman, 1981; Lamont, 2000; Mansyur, et al, 2009). La conexión social de una sociedad proviene, no sólo de la densidad de sus redes sociales, sino también en los mensajes de las redes que logren transmitir acerca de la pertenencia social, por lo que se debe a otros, y sobre lo que se puede esperar a cambio (Emirbayer y Goodwin 1994; Sayer, 2005).

Determinantes sociales en salud específicos

El bienestar físico y mental de los adultos mayores, está influido estrechamente por diversos determinantes sociales, que se fundamentan en uno de los resultados más consistentes de las ciencias sociales que revela una estrecha relación entre la posición socioeconómica y la salud. La gente de clases sociales más altas tiende a tener una mejor salud, que se refleja en las medidas de mortalidad, así como muchos tipos de morbilidad en una amplia gama de países (Adler, et al, 1994; Kawachi, et al, 2000). Uno de los determinantes más influyentes, es el que resalta los efectos materiales de la posición de

clase, vistos como la forma en que los niveles más bajos de ingresos o riqueza exponen a las personas a factores de riesgo, tales como la falta de saneamiento o vivienda, impidiendo el acceso a la protección que se puede comprar en contra de dichos factores.

En tanto la riqueza que equivale a tener liquidez financiera y bienes han demostrado ser mejores predictores de una funcionalidad saludable (Marmot y Wilkinson 2005); por lo que la riqueza se ha considerado como un fuerte gradiente en salud dentro del entorno de los adultos de 50 años o más; sin soslayar, los efectos acumulativos de ventajas y desventajas adquiridas en etapas tempranas de la vida que están latentes y conducen a efectos tardíos en salud. Estas diferencias se pueden abordar también desde la perspectiva neo-materialista que ha permitido desarrollar predicciones teóricas sobre las relaciones temporales entre la desigualdad de ingresos y el cambio en la salud de la población. El argumento se centra en la relación entre la desigualdad de ingresos y la longevidad. Afirma que el cambio en la longevidad puede ser influenciada por niveles preexistentes de desigualdad de ingresos y que, en consecuencia, los cambios en los ingresos puede mejorar la longevidad diferencial. Hecho particularmente importante cuando se habla de la relación entre la inequidad y el cambio en los resultados de salud, debido a los lazos temporales. Diversos autores han discutido esta cuestión vinculada a los períodos de latencia entre la exposición y la aparición de los resultados de salud observables (Glass, Kawachi, et al, 2004).

La perspectiva teórica neo-materialista afirma junto con la teoría de la estratificación que las estructuras sociales y los procesos sociales dan lugar a la asignación diferencial de los recursos y bienes entre los miembros de cierta sociedad. En este sentido se espera que el bienestar subjetivo pueda ser más alto entre las personas a las que se asignan mayores recursos (Clarkwest, 2008). Existe una fuerte presunción de que los predictores principales del bienestar subjetivo son más objetivos y que las circunstancias de la vida en aquellos con las condiciones más ventajosas también tendrán los niveles más altos de bienestar subjetivo.

Tres bases principales de la estratificación social son vistos como dominantes en los Estados Unidos (y en la mayoría de las sociedades) el nivel socioeconómico (SES), la raza / etnia, y género. Por lo tanto, los estudiosos de la estratificación plantean la hipótesis de que los miembros de la sociedad que tienen niveles más altos de educación e ingreso: por

ejemplo: los adultos blancos y hombres, deben tener los niveles más altos de bienestar subjetivo, en promedio, que sus compañeros menos favorecidos (George, 2010).

Los determinantes sociales que inciden en la salud también se manifiestan en los logros educativos. Se evidenció en un estudio longitudinal que el estatus basal de salud tenía una marcada relación entre la educación y la declinación funcional después de los 65 años. Mientras que el grado ocupacional en la cohorte Whitehall se asoció como un fuerte predictor de la funcionalidad en edad avanzada. En tanto un adecuado ingreso se ha vinculado con una mejor funcionalidad en dicha etapa de la vida. En este rubro los resultados han sido mixtos, mencionándose que un bajo ingreso conlleva a una declinación mental mayor mientras que lo funcional o físico no se mostró comprometido; enfatizando que un bajo ingreso familiar predice el inicio de discapacidades, tomando en cuenta el nivel educativo (Marmot & Wilkinson, 2005). Es innegable que persisten diferencias socioeconómicas entre género, grupos sociales y étnicos; de ahí que se ha señalado que existe una mortalidad selectiva entorno a las circunstancias materiales adversas, debido a que una carencia de recursos materiales, implica pobres resultados en materia de salud. En una investigación encaminada a evaluar el concepto de vejez exitosa propuesto por Rowe & Kahn en una muestra de adultos mayores de los Estados Unidos se encontró que sólo un 11.9 por ciento de los individuos que participaron, lograron tener una vejez exitosa en ese año y que había una tendencia generalizada hacia abajo a mayor edad. Ser del género masculino y tener un status socioeconómico bajo, encontrando una probabilidad 25 por ciento menor de tener una vejez exitosa en el periodo de 1998 al 2004. Por ende las disparidades en el envejecimiento exitoso fueron evidentes para los subgrupos definidos por la sociedad, destacando la importancia de los factores estructurales para permitir un buen envejecimiento (McLaughlin, et al, 2010).

Otro de los argumentos se centra en los efectos psicosociales de la clase (Marmot & Wilkinson, 2001). Aunque hay un amplio acuerdo en tales efectos, no hay consenso sobre la forma en que operan. Las formulaciones más importantes sugieren que las disparidades en la condición social relacionada con los ingresos o la ocupación dan lugar a sentimientos de privación relativa que se hacen más intensos en los niveles inferiores de la jerarquía social; lo que genera deficiencias en las emociones y auto-estima negativa, que desencadenan los procesos fisiopatológicos asociados con una mala salud (Marmot, 2004;

Wilkinson, 2005). En términos paralelos, los empleados en puestos de trabajo con control relativamente limitado sobre el ritmo o la dirección de su trabajo se dice que experimentan niveles elevados de estrés que dañan su salud (Karasek & Theorell, 1990; Marmot, et al 1997).

Desde un punto de vista colectivo de vida, las personas en posiciones de clase baja no son saludables debido a que viven en contextos sociales que fomentan conductas de riesgo, como fumar, donde se tiende a desalentar las prácticas sociales que pueden proteger su salud (Cockerham, 2007; Veenstra, 2005; Williams, 2003). En tanto, el apoyo logístico y emocional proporcionado por las redes sociales puede conducir a una mejor salud (Berkman & Glass, 2000; Collins, et al, 2005). Se han evidenciado los efectos benéficos en la salud de las relaciones sociales. Se ha observado que tener apoyo social está vinculado con el mantenimiento de las funciones cognitivas en edades avanzadas (Berkman, 2000). El tener un adecuado soporte social ayuda a afrontar el desencadenamiento de enfermedades crónicas (Berkman, 1991).

Una persona que está casada es menos dependiente del sistema de salud formal y además gasta menos recursos en salir y por ende protege su economía. También los hijos adultos desempeñan un rol importante en el apoyo social. Es relevante señalar que existen diferencias de género puesto que las mujeres tienen mejores redes sociales y contactos cara a cara que los hombres, pero que están en desventaja respecto al capital social percibido y acceso a servicios locales (Marmot & Wilkinson, 2005). En esta perspectiva se reportó en un estudio de carácter cualitativo enfocado en analizar la composición de las redes y el apoyo social de ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México (hecho en 1997) que las redes sociales de estos ancianos estaban compuestas por siete punto cinco integrantes en promedio, principalmente mujeres, que eran redes multi-generacionales, incluyendo a la familia extensa.

Las redes en su mayoría proporcionaron apoyo emocional. Se reportó que las ancianas tuvieron redes más grandes y recibían más apoyo social en comparación a los ancianos varones; mientras que los ancianos casados y viudos, a su vez, tuvieron redes más grandes y recibían más apoyo social que los solteros. No hubo diferencias por la edad y con quien vivía en la unidad doméstica (Robles &, Rizo, 2000). En este entorno es indispensable resaltar que el conjunto de las redes sociales en las que está inserta una persona, existe una

dimensión horizontal de la conectividad social, que abarca las relaciones con familiares y amigos.

Hay varias formas bien establecidas en que las redes sociales mejoran las capacidades de las personas para hacer frente a desafíos de la vida, reduciendo así las experiencias de estrés y sus efectos emocionales o fisiológicos. Las redes sociales proporcionan información y ayuda logística para enfrentar los desafíos, así como el apoyo emocional que aumenta los sentimientos de autoestima que se alimentan en las capacidades generales (Berkman et al, 2000; Haslam, et al, 2005).

Como los ingresos, las redes son especialmente importantes para las capacidades, porque muchas son de usos múltiples, aunque algunos tipos de redes son más útiles para ciertos tipos de tareas que otros; por ejemplo, las grandes redes basadas en vínculos débiles pueden ser particularmente útil para encontrar vivienda o empleo, mientras que las pequeñas redes construidas sobre fuertes lazos pueden ser más útiles para hacer frente a los desafíos de la guardería o la enfermedad (Granovetter, 1973; Case, et al 1992; Lett, et al, 2007). La dimensión vertical de las relaciones sociales también juegan un rol vital en este punto de vista. Además de las jerarquías de la organización del lugar de trabajo, todas las sociedades tienen jerarquías sociales que distribuyen el estatus o prestigio social, una dimensión importante de las relaciones de clase (Weber, 1958).

Esto se fortalece desde la investigación gerontológica que refiere que de acuerdo con la teoría de la discrepancia, el bienestar subjetivo será más alto cuando la discrepancia entre nuestras aspiraciones y nuestros logros es pequeña. Por el contrario, el bienestar subjetivo será menor si nuestros logros están muy por debajo de nuestras aspiraciones. Existe una evidencia sustancial que ha apoyado la teoría de la discrepancia por más de tres décadas. Es un hecho importante que los adultos mayores, en promedio, informan menores discrepancias entre lo que desean y lo que tienen que los adultos de mediana edad y los más jóvenes (Campbell et al., 1976). Hasta la fecha, no se conoce plenamente con base en datos longitudinales el grado en que los adultos mayores logran que sus discrepancias sean más pequeñas a través de sus éxitos y logros frente a la reducción de sus aspiraciones con el tiempo.

Diversas investigaciones previas han examinado las evaluaciones globales de las aspiraciones y los logros. Más recientemente Cheng (2004) midió las discrepancias

aspiración-logro en tres áreas específicas: recursos materiales, las relaciones sociales y de salud en grupos de adultos mayores, de mediana edad y más joven. Los adultos mayores tuvieron discrepancias significativamente menores en recursos materiales y relaciones sociales que los grupos de edad más jóvenes, pero mayores discrepancias de salud. Sin embargo, los adultos mayores reportaron mayores niveles de bienestar subjetivo que los dos grupos de edad más jóvenes. Plagnol & Easterlin (2008) examinaron las aspiraciones acerca de la vida familiar y acerca de los recursos materiales, las relaciones entre aspiraciones cumplidas y la felicidad, y las diferencias de edad en ambos, a principios y mediados de la edad adulta. Las mujeres eran más propensas que los hombres a informar que sus aspiraciones se cumplieron, y también reportaron mayores niveles de felicidad. En la vejez, sin embargo, los hombres eran más propensos a reportar que sus aspiraciones se habían alcanzado y eran más felices que las mujeres.

Comparaciones sociales. Para muchos de nosotros, nuestro bienestar subjetivo se basa en gran medida de la forma en que percibimos o nos situamos en relación con los demás comparativamente. La investigación de la comparación social demuestra que los individuos o grupos con los que nos comparamos son fundamentales para nuestras propias evaluaciones y de nuestro bienestar. En esencia, se elige una "vara de medir" con el que vamos a evaluar nuestras propias características y los logros y que podemos usar hacia arriba o hacia abajo en las autoevaluaciones. Usando "ascendentes comparaciones sociales", nos comparamos con individuos o grupos que son más favorecidos que nosotros y las auto-evaluaciones resultantes probablemente sean negativas. Usando "comparaciones sociales a la baja", nos comparamos con los más desfavorecidos que nosotros, donde el resultando en las autoevaluaciones son positivas. La evidencia sustancial indica que los adultos mayores son más propensos que los adultos jóvenes y de mediana edad para utilizar comparaciones sociales a la baja. Gana, Alaphilippe, & Bailly (2004) encontraron que el uso de las comparaciones sociales a la baja explicó casi la totalidad del bienestar subjetivo más alto reportado por adultos mayores. De manera similar en otro estudio se informó que las comparaciones sociales hacia abajo mediaban los efectos de múltiples condiciones objetivas de la vida (ingreso, status marital) sobre el bienestar subjetivo reportado (Beaumont & Kenealy, 2004).

1.2.1 Apoyo social y salud

El concepto del apoyo social se refiere a los diversos tipos de apoyo (es decir, la asistencia / ayuda) que la gente recibe de los demás y se clasifican generalmente en dos (a veces tres) categorías principales: emocional, instrumental y en ocasiones de información. El apoyo emocional se refiere a las cosas que a la gente los hace sentir amados y cuidados, que refuerzan nuestro sentido de autoestima (por ejemplo, hablando de un problema, proporcionando un estímulo / respuesta positiva). El apoyo con frecuencia toma la forma de tipos no concretos de asistencia. Por el contrario, el apoyo instrumental se refiere a los distintos tipos de ayuda tangible que otros pueden ofrecer (por ejemplo, ayuda con el cuidado de los niños / limpieza, provisión de transporte o dinero). El apoyo informativo representa un tercer tipo de apoyo social (que a veces se incluye dentro de la categoría de apoyo instrumental) y se refiere a la ayuda que otros pueden ofrecer a través de la provisión de información (Fiori, Antonucci, *et al*, 2006).

El apoyo social está implícito en la acción de los grupos de apoyo; sin embargo, son términos intercambiables, que derivan en un concepto multidimensional que incluye los recursos reales o supuestos previstos por otras personas. Esto permite que el adulto mayor se sienta atendido, amado, valorado y su pertenencia a una comunidad, (Barrera, 1986, Arling, 1987, Stroebe, 2000) y que parece influir positivamente en los resultados de salud de los individuos (Falk, 1992, Newsom, 1996).

Las asociaciones más fuertes entre el apoyo social (sobre todo el apoyo emocional) y un resultado de salud se ven en relación con el bienestar psicológico. Está bien documentado en la literatura un menor riesgo para la depresión y trastornos psicológicos en general, en quienes disfrutan de un mayor apoyo social. Las relaciones y sus efectos en la salud física están menos documentados. Esto se puede deber a que ha existido una investigación más epidemiológica en la integración social (es decir, tamaño de la red) en lugar del apoyo social (House et al, 1988). Algunas pruebas vinculan el apoyo social (en oposición a la integración social) a la incidencia de enfermedades más importantes, como el infarto al miocardio, ictus, cáncer, o menos daño de aterosclerosis coronaria (Seeman, 1996).

La evidencia más fuerte de vincular el apoyo social a la enfermedad se encontró en una investigación que demostró una mejor supervivencia post-infarto al miocardio en los que tenían mayor apoyo emocional (Berkman, 2000). Datos similares indican efectos beneficios en el pronóstico post-accidente cerebrovascular. En términos generales, la evidencia sugiere que el apoyo emocional es de protección con respecto a la preservación de mejores condiciones funcionales físicas y cognitivas en edades más avanzadas (Seeman, et al, 2001; Fratiglioni, et al, 2004). Sin embargo, los efectos del apoyo instrumental son mixtos, pues aún con mayores niveles de apoyo persiste o existe una tendencia hacia la discapacidad en algunos casos (Seeman, et al, 1996).

Hay que acotar que las medidas del apoyo social padecen de dos limitaciones importantes: una es que no existe un "gold standard". La variedad de las diferentes medidas que se utilizan actualmente hace que sea difícil sacar conclusiones sobre la base de comparaciones de resultados entre los estudios, y la otra se refiere a la variabilidad del apoyo a lo largo del tiempo y la imposibilidad para evaluar estas variaciones y su impacto entre el apoyo social y su efecto en la salud del individuo. En este sentido una aproximación sensible y útil para medir todo lo que implica el apoyo social es evaluarlo a través del modelo de las redes sociales. Las principales características de las redes a considerar son: el rango o tamaño, la densidad, los límites o acotaciones y su homogeneidad. Respecto a los lazos individuales en la estructura de las redes a tomar en cuenta son: la frecuencia de los contactos, la complejidad y duración de los contactos así como su reciprocidad (Berckman & Kawachi, 2000).

1.2.2 Apoyo social y diabetes

Hay pocos modelos teóricos que den importancia al contexto social y los factores ambientales que pueden influir en las conductas de auto-cuidado y los resultados asociados con una enfermedad determinada. Esto ha incentivado el interés en examinar los factores psicosociales (por ejemplo, la aceptación de cargar con la enfermedad) que pueden influir en el control de la enfermedad y la calidad de vida de estos pacientes. Se ha observado en algunos estudios que la aceptación en conjunto con un ambiente de apoyo, alienta la adherencia al tratamiento para mejorar la salud a través de un buen control metabólico y en

consecuencia mejor calidad de vida y atenuación de las complicaciones (Aalto, 1997; Garay-Sevilla, 1995; Hanestad, 1991).

En este punto hay que subrayar que los principales componentes del régimen de auto-control incluyen el cumplimiento de la medicación, la dieta, la actividad física, y el auto-monitoreo de glucosa en la sangre (Cox, et al, 1992; Toljamo, et al 2001). La adherencia a un régimen de auto-control para mejorar la calidad de vida, es ampliamente recomendada por la American Diabetes Association (2003a, 2003b); esto es un gran reto, pues se trata de complejos cambios en el estilo de vida. Es la lucha permanente de muchos pacientes diabéticos, mantener comportamientos afines a la adherencia terapéutica (Ruggiero, et al, 1997; Toljamo, et al, 2001).

Por lo que la dificultad percibida de los pacientes para mantener la adherencia al tratamiento, impacta en el comportamiento del auto-control y se vincula con un deficiente control de la glucosa en sangre, quedando en consecuencia comprometida la calidad de vida (Bonds, et al, 2004). En este ámbito se ha propuesto un modelo conceptual, que refiere que hay diversos factores que inciden directa o indirectamente en la calidad de vida de los pacientes con DM2. Este modelo teórico, pretende evaluar las relaciones entre las variables predictoras (apoyo social, aceptación y conocimiento) con la variable moderadora que es representada en este caso por los comportamientos de auto-cuidado y la resultante calidad de vida de los enfermos diabéticos.

Estas variables latentes han permitido aproximarse con este modelo a la medición de la calidad de vida en estos pacientes, puesto que son indicadores relacionados con restricciones en la dieta, la flexibilidad del tiempo de ocio, problemas cotidianos, problemas físicos, las relaciones sociales, y su preocupación por el futuro; mientras que la aceptación con la enfermedad se ha medido a través de la perspectiva de la confianza. Finalmente los comportamientos de auto-cuidado se han centrado en indicadores como la dieta, la actividad física, el cumplimiento de la medicación, y el mantenimiento de registros. El apoyo social se ha medido a través de la generación de constructos que reflejan efectos directos e indirectos; por ejemplo, en un estudio se encontró entre los encuestados que los niveles más altos de apoyo social y que aceptaron la gravedad y consecuencias de la enfermedad, percibían menos dificultades con el control de su

comportamiento respecto al manejo de la diabetes; sin embargo, este conocimiento no necesariamente influyó en disminuir el deterioro de la calidad de vida.

Esta necesidad de reforzar estudios que se enfoquen a indagar los fenómenos que subyacen entre el apoyo social y ciertos padecimientos, tiene antecedentes en la investigación sociológica puesto que se ha subrayado la vulnerabilidad asociada con el aislamiento social y los beneficios derivados de la integración social (Durkheim, 1951; Kohn, *et al*, 1955). Sin embargo, esta relación ha sido difícil de cuantificar, debido a la heterogeneidad de los datos y que la mayoría de los estudios enfocados a esto han sido de corte transversal y carecen de una base teórica fuerte, y por lo tanto están limitados en su capacidad para hacer valer la dirección de la causalidad. Además, los estudios anteriores examinan con amplias diferencias, ciertas nociones del apoyo social (la cohesión familiar, la participación comunitaria y los vínculos sociales).

Hay que enfatizar en este punto, que estudios previos sugieren que en general, el apoyo social se asocia positivamente con el estado de salud, pero que estas investigaciones han carecido de consenso respecto a los mecanismos mediante los cuales opera esta relación (Kaplan, *et al*, 1977). En el caso de la DM2, estos mecanismos pueden inducir a un exitoso auto-control de la enfermedad (Hill-Briggs, 2003); ya que el apoyo social propicia un régimen de protección, favoreciendo la adherencia terapéutica, que consiste en mejorar la adhesión a un régimen de diabéticos, enfocado al control glucémico, la obtención de pruebas estandarizadas y terapias. En un estudio transversal de base poblacional, mediante un muestreo aleatorio realizado en 705 adultos mayores con DM2, en el sureste de la Ciudad de México en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, usando como instrumento principal "The Social Support Health Survey" y utilizando modelos de regresión lineal múltiple, se encontraron altos niveles de apoyo social (64 por ciento). Donde se observó que el apoyo social y la calidad de vida se incrementan juntos, a mayor apoyo social menor presencia de sintomatología depresiva y mejores niveles de glucosa en ayuno. Concluyendo que el apoyo social puede mejorar ciertos indicadores de bienestar físico y mental de los ancianos con DM2, independientemente de la presencia de complicaciones y otras patologías crónicas (Gallegos-Carrillo & Salmerón, 2009).

En este sentido los mecanismos simbióticos entre el apoyo social y la adherencia terapéutica, se insertan en un modelo teórico de decisión en salud, que funciona como un

marco para captar la contribución relativa al apoyo social, encaminado a mejorar la adherencia y los resultados sanitarios entre los adultos mayores diabéticos. Esta propuesta (Eraker, 1984) se basa en el modelo de Becker de creencias en la salud, donde incorpora las preferencias, sin descartar el análisis de decisiones y la teoría conductista de la decisión. Por lo que este modelo de decisión en salud se ha utilizado para examinar la adhesión del paciente a las intervenciones terapéuticas. Según este modelo, las decisiones de salud y el comportamiento (tales como el cumplimiento a corto y largo plazo) están influenciadas por las características socio-demográficas y las interacciones sociales (redes sociales, el apoyo y la supervisión del paciente). Sin embargo, estos factores también influyen en la experiencia de un paciente con el conocimiento acerca de la enfermedad, (incluyendo la enfermedad, las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, y los proveedores para el cuidado de la salud).

La experiencia del paciente y el conocimiento de forma independiente influyen en los resultados (incluida la adherencia), pero tienen efectos adicionales que interactúan en las preferencias del paciente (los procesos de toma de decisiones) y las creencias de salud. Este modelo es particularmente útil para examinar la relación entre el apoyo social y los resultados en salud (incluida la adherencia) en los pacientes con enfermedades crónicas con un régimen complejo. La adhesión del paciente es una función de numerosos factores complejos, que cambian de acuerdo al curso de la enfermedad, las actitudes del paciente y por supuesto a través del tiempo (Eraker, *et al*, 1984). Por otra parte, el modelo sugiere que la adherencia individual no necesariamente se traduce en resultados positivos para la salud, ya que pueden ser moderados por otros factores tales como las creencias y decisiones en salud.

Finalmente podemos afirmar que a pesar de que pocos estudios han abordado integralmente la distribución social del apoyo (House *et al*, 1998; Turner, *et al*, 1994).

En estudios como este se encontró que las características socio-demográficas, tales como la raza, grupo étnico y género pueden influir esta relación (Connell, *et al*, 1992). Sin embargo, este modelo, no sugiere cuales son las formas competitivas del apoyo social (relaciones sociales y redes, los cuidados informales, o de apoyo a la enfermedad). Como se ha argumentado hay una necesidad de ir más allá del apoyo social para investigar los

determinantes de la salud y el bienestar (Coyne, 1986). Por lo que este tipo de cuestionamientos se han hecho patentes en estudios con resultados controvertidos, puesto que por ejemplo, en un estudio se encontró que la asociación del apoyo social y la adherencia a un régimen, implicó una disminución del estado de salud durante un período de 2 años. Este resultado desafió las suposiciones anteriores de que la adherencia a un régimen necesariamente se traduce en una mejoría clínica o estabilidad en el control; cabe decirlo, dicho hallazgo se considera único. Por ende estos hallazgos deben explorarse desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa de la investigación. Hay que recalcarlo, estas relaciones pueden variar significativamente según la edad, el estado de salud, raza, grupo étnico y los años de educación; sugiriendo que el apoyo social en la enfermedad funciona de manera diferenciada en ámbitos socio-demográficos distintos; además, se debe considerar que el grado de aislamiento de los individuos es un factor de riesgo para que el apoyo tenga un efecto amortiguador.

Los estudios longitudinales deben ser por lo tanto un escalón hacia el esclarecimiento de la teoría de la "caja negra" y su vinculación con el apoyo social, pues hace notar que el apoyo varía según características socio demográficas intrínsecas de una comunidad o población específica. A pesar de las ventajas de este tipo de estudios, también hay varias limitaciones notables. En primer lugar, periodos relativamente cortos de seguimiento, por ejemplo durante un período de 2 años no se puede capturar adecuadamente el efecto de la adherencia en el régimen de prevención y la disminución o mejoría de la salud. En segundo lugar, dependen en gran parte de medidas subjetivas de la salud, como lo es el estado de salud auto-reportado, que puede estar afectado por factores psicosociales. Por ejemplo, la investigación ha sugerido que los adultos mayores con enfermedades crónicas califican su salud de manera más optimista, de lo que en realidad puede ser (Hong, et al, 2005).

De ahí que investigaciones futuras deben examinar las complejas vías del estado de salud y sus limitaciones funcionales (mantenimiento, deterioro y mejoría) así como las trayectorias de salud, en varios períodos de observación y durante un período prolongado de tiempo. También estudiar en profundidad diversas medidas de apoyo social como son las redes sociales y sus vínculos, incluyendo la participación comunitaria, así como otros predictores importantes tales como las creencias entorno a la salud y el conocimiento del padecimiento.

El auto-reporte, como se mencionó anteriormente, podría imponer algún sesgo sistemático en los resultados de este tipo de estudios; sin embargo, dada la relativa estabilidad de los coeficientes y errores estándar a través de diferentes modelos de análisis, se ha podido demostrar que es poco probable que estos resultados estén fuertemente afectados por un alto grado de error de medición (Alwin, 2007).

Finalmente un elemento que no se puede desdeñar ni marginar es todo aquello que implica el apoyo entre pares o compañeros, puesto que es una práctica asequible y relativamente fácil de concretar y que puede mejorar el auto-control de millones de personas con diabetes alrededor del mundo. En esta vertiente, el mayor reto para la promoción internacional del apoyo entre pares, es adecuar a la cultura y los sistemas de salud de cada población este tipo de apoyo. En dicho sentido la fundación de Robert Wood Johnson, propuso ciertas funciones clave para el auto control de la enfermedad. Estas funciones son: 1) asistencia en el control y estilo de vida diaria de quienes viven con diabetes, 2) apoyo social y emocional, y 3) vinculación con la atención clínica. En este sentido la evaluación de los beneficios generales del apoyo entre pares a través de diversos programas se puede hacer con la medición de estas funciones clave (Fisher, 2007).

Es innegable que existen desafíos para lograr que la promoción del apoyo de enfermos con otros enfermos con el mismo mal y su integración al sistema de salud sea exitosa. Es requisito propiciar y favorecer la armonía de cada individuo con su familia y sus redes sociales, al unísono de la participación continúa de sus pares, para alcanzar los beneficios fundamentales del apoyo entre compañeros o pares que padecen la enfermedad. Hay que subrayarlo, la promoción de la salud, a través del apoyo mutuo entre pares, ha estado constantemente presente a través de las acciones de los trabajadores de la salud, debido a sus cualidades intrínsecas (Lehmann, 2007). Específicamente en el manejo de la diabetes, se ha observado que tiene efectos positivos en términos de un mejor auto-control de los comportamientos de riesgo, pues esto se refleja o proyecta en los indicadores del status clínico.

Siguiendo esta dirección, la Organización Mundial de la Salud expuso en un informe la razón y evidencias para promover el apoyo entre pares con diabetes (WHO, 2007). En una reciente revisión sistemática se encontraron diversas formas de apoyos mixtos entorno a las intervenciones que se dan entre pares que viven en distintas áreas y tienen

la enfermedad (Dale, 2008). El apoyo entre pares puede beneficiar la discusión con un compañero que tiene conocimientos de primera mano de las circunstancias de su propia vida (Davis, et al, 2007). Además, en este punto es viable contar con la posibilidad de brindar palabras de aliento de alguien que comprende el problema y comparte la realidad y los retos propios del padecimiento (Fisher, et al. 2007); destacando que el apoyo de los compañeros también puede facilitar la asistencia regular a la consulta médica y la búsqueda de respuestas a las interrogantes que surgen diariamente.

Hay una tendencia para que estos programas de promoción internacional, enfocados a este tipo de apoyo sean flexibles para que puedan ser adaptados a los diversos matices de las poblaciones inmersas en condiciones sociales, económicas, organizativas y culturales peculiares. Por lo que se precisa definir las intervenciones en las funciones clave. No hay soluciones mágicas en la promoción de la salud. Por ejemplo en un meta-análisis de los programas de auto-control de DM2, se encontró que el único predictor de éxito no era ninguna característica o contenido particular del programa, sino la duración del contacto (Norris, et al, 2002). Esta predicción de beneficios por la duración del tratamiento también se ha observado en otros meta-análisis, como son las intervenciones para dejar de fumar, pues fue este hallazgo tal vez el más importante y medular que se capturó en una importante revisión de la literatura para dejar de fumar (Kottke, et al. 1988).

Hay que subrayar que las enfermedades crónicas requieren de cuidados crónicos. En el caso del consumo de tabaco, se ha observado que el apoyo social es gratificante, pues tiene efectos ansiolíticos, sugiriendo que el estado de ánimo puede competir con el atractivo que tiene consumir nicotina. Mientras está el apoyo, las opciones para la nicotina se reducen y cuando se retira el apoyo, la prominencia de la nicotina se queda sin oposición. De hecho, el apoyo social tiende a ser una influencia muy eficaz en el comportamiento mientras esté disponible. Sí lo contemplamos desde una perspectiva económica, el atractivo del apoyo es más que nada su disponibilidad, más que las credenciales del proveedor. En este sentido, los apoyos variados y continuos, así como su disponibilidad son la cualidad intrínseca para mantener adecuadas conductas de salud. Esto tiene relevantes implicaciones para la promoción del apoyo entre pares. Las personas con diabetes enfrentan un gran desafío en el control de su enfermedad en el curso de 30 o 40 años de sus vidas; sin embargo es factible afrontarlo con el invaluable apoyo mutuo entre pares o compañeros.

En este contexto, el modelo trans-teórico es *ad hoc* con estas pautas, pues hace hincapié en la ruta para desarrollar programas dirigidos hacia aquellos individuos que están listos o preparados para emprender cambios de comportamiento y estilos de vida; siendo relevante y crítica la relación médico-paciente que se establezca. Sin descartar otros elementos centrales como la educación para controlar la enfermedad y el soporte social que pueda subyacer. Estas pautas deben ir reforzadas con encuentros o entrevistas motivacionales con los enfermos diabéticos (Miller, et al, 2002). El modelo de etapas de cambio o modelo transteórico (MT) (Prochaska 1979) está fundamentado en la premisa básica de que el cambio del comportamiento es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional (Prochaska, 1997).

El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio. El MT explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y auto-eficacia. El MT usa una dimensión temporal, las etapas de cambio, (Prochaska, 1979) para integrar los procesos y principios explicativos del cambio de comportamiento en diferentes teorías. El cambio implica un fenómeno que ocurre con relación al tiempo, pero sorprendentemente casi ninguna teoría o modelo incluye un constructo representativo del tiempo. Por eso ha sido frecuente describir y explicar el cambio de comportamiento como un evento: dejar de fumar, parar de beber o de comer en demasía. El MT explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas (Cabrera, 1999).

Las etapas son:

- Pre-contemplación (pre-conciencia). Las personas en esta etapa no tienen intención de cambiar de conducta en un futuro próximo, no son conscientes del problema, o niegan el peligro que supone su conducta actual.

- **Contemplación (consciencia).** Las personas en esta etapa son conscientes de la existencia y están pensando seriamente en hacer algo para superarlo, pero todavía no se han comprometido a hacerlo.
- **Preparación (intención).** Las personas en esta etapa tienen intención de hacer algo para superar el problema en un futuro próximo y posiblemente lo hayan intentado en el pasado reciente, aunque no de manera constante.
- **Acción.** Las personas cambian la percepción que tienen de su conducta y experiencias o entorno para superar sus problemas. El cambio de conducta apenas comienza.
- **Mantenimiento** Se hace un esfuerzo para no retroceder el camino avanzado y mantener el cambio de comportamiento durante un largo período de tiempo.

Los pasos contemplados por el modelo de etapas de cambio pueden ser aplicados por ejemplo al caso de higiene doméstica; inicialmente, un ama de casa – quizás debido a que no cuenta con la capacitación o el conocimiento requeridos – ni siquiera considera tapar los alimentos, hervir el agua o mantener limpia la cocina.

Luego de escuchar un spot radial en el que se explican los principios básicos de los gérmenes y ver cómo una vecina refriega su casa, empieza a contemplar la idea de tomar acción para alcanzar un nivel más alto de higiene. Obtiene información del promotor de salud y de su vecina de la comunidad y finalmente comienza el proceso de cambio de comportamiento. Luego de un período de tiempo, tapa los alimentos, hierve el agua para beber y mantiene limpio el ambiente de la cocina como parte de su rutina diaria. Este modelo supone que posiblemente las personas no tengan la intención de cambiar en un principio, y que más tarde empiecen a considerar el cambio, para pasar después a plantearse en serio, y acabar adoptando el nuevo comportamiento, de forma poco consecuente al principio, y finalmente como algo rutinario que forma parte de sus vidas. El paso por cada una de estas etapas varía mucho entre sector y sector de la población, y de un individuo a otro. Algunas personas se quedan en la etapa de contemplación durante meses o años, y otras avanzan y retroceden una y otra vez. Por otra parte, todos somos propensos a reincidir en un comportamiento que creíamos haber superado (Prochaska, 1979).

Otro enfoque relevante que ha sido abordado ampliamente para comprender el cambio de comportamiento en salud es el modelo de *Creencias de Salud*, desarrollado por

(Rosenstock, 1974), y que se encuentra estrechamente identificado con el campo de la educación en salud. Este modelo destaca que el comportamiento de salud es una función tanto del conocimiento como de las actitudes. Específicamente, este modelo enfatiza que la percepción de una persona acerca de su vulnerabilidad a una enfermedad y la eficacia del tratamiento, tendrán influencia sobre sus decisiones en relación con sus comportamientos de salud. Dicho modelo teórico tiene vigencia y aplicación en la problemática que se expone aquí.

1.2.3 Apoyo dirigido y no dirigido

Se ha enfatizado que el apoyo puede tener dos vertientes: uno de carácter no dirigido y el otro dirigido. Al respecto Fisher y colaboradores, han llevado a cabo una serie de estudios referentes a estos dos tipos de apoyo. El no-dirigido, tiene rasgos de cooperación, se dice que puede haber opciones; por ejemplo, preguntar si usted necesita ayuda, o que se facilite hablar de algo. En contraste, el apoyo dirigido toma el control, da la prescripción, el profesional empuja al paciente a ponerse en marcha y hacer los cambios y los tratamientos. De ambos apoyos, en general, el apoyo no dirigido, se asocia con un mejor control metabólico, un mejor estado emocional y mejor calidad de vida entre los adultos con diabetes. Sin embargo, el apoyo dirigido parece ser ventajoso en circunstancias de urgencia o en aquellos casos en los que los beneficiarios carecen de las habilidades o los recursos para hacer frente a un desafío particular.

Estas formas de apoyo pueden trascender cuestiones culturales pero también tienden a amoldarse a condiciones específicas de cada sociedad. Se han identificado varios modelos de aplicación para el apoyo entre pacientes, incluyendo entrenadores o mentores, pares que sean simultáneamente trabajadores y promotores de la salud en su propia comunidad, el apoyo telefónico entre pares, por correo electrónico y sitios web. Resaltando que esto debe estar basado en el apoyo y liderazgo entre pares que pertenecen a un programa de auto-cuidado (Heisler, 2005). El apoyo no necesariamente debe estar envuelto en el sistema formal de salud, por ejemplo, el apoyo informal de un amigo a otros dos amigos con diabetes alentándolos a caminar más a menudo es de gran utilidad. Sin embargo, los

programas más formales y los más integrados en la atención de los sistemas de salud, han sido más fáciles de implementar, estudiar y evaluar.

El apoyo informal entre pares o compañeros lógicamente no está integrado al sistema formal del cuidado de la salud pero sin duda es de lo más común. Dicho proceso se da a través de grupos de apoyo organizados entre amigos y vecinos con condiciones similares. Estos tipos de grupos funcionan a un costo mínimo y puede tener ventajas sobre el sistema de salud, pues sólo basta con tener un espacio en la comunidad para reunirse. Al igual que con el abuso de sustancias y la depresión, la diabetes es una de las condiciones de salud más susceptibles para este tipo de grupos de apoyo; quizás, el ejemplo más generalizado de apoyo entre pares o compañeros es el programa de Alcohólicos Anónimos, con más de 2,000,000 de miembros en más de 180 países, y 114 000 grupos locales. Un meta-análisis indicó que, en combinación con otros tipos de tratamiento para la adicción, estos programas mejoran la abstinencia (Ferri, et al, 2006). A través del uso de la tecnología, se puede mejorar la eficacia de estos modelos de apoyo entre pares o compinches con diabetes; por ejemplo usando el teléfono e internet de apoyo (Heisler, et al, 2005; Womble, 2004).

CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL

2.1.1 La enfermedad en México

Durante los últimos 30 años, la diabetes mellitus tipo 2 paso de ser la octava causa de muerte en los hombres a ser la tercera, mientras que en las mujeres pasó del sexto al segundo lugar en México (Gonzalez y Ham-Chande, 2007). Según los resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (2001-2003) la prevalencia de DM2 en la población adulta mayor de 60 años es 14 por ciento y se acompaña de hipertensión arterial en la mitad de los casos y 60 por ciento de los adultos mayores con diabetes son mujeres con un nivel de escolaridad que se ubica alrededor de 4 años, y en su mayoría (83 por ciento) reportan condiciones económicas bajas (Mejia & Zuñiga, 2011). Donde este último indicador cobra especial relevancia dentro del contexto mexicano debido a que una alta proporción de los adultos mayores viven en condiciones de pobreza lo cual se agrava aún más si se consideran las desigualdades en el acceso a oportunidades de la población envejecida, constituida principalmente por mujeres.

Mientras la discapacidad en los adultos mayores constituye el camino final de muchas enfermedades antes de la muerte, lo que afecta considerablemente la calidad de vida de los enfermos y de sus familias, que en ocasiones es su única fuente de apoyo. Este proceso final que conduce hacia la muerte, actualmente tiene un enfoque gerontológico que se centra en el concepto de declinación terminal e implica la transición de las personas desde una fase pre-terminal de relativa estabilidad hacia en una fase terminal de rápida disminución de capacidades y funciones que termina con la muerte. Sin embargo, las descripciones teóricas carecían de especificidad sobre cuando se produce la transición. Por ejemplo, Birren y Cunningham (1985) señaló que puede haber algunos cambios o cierto deslizamiento cognitivo y social meses a años "antes de la muerte" pero no proporcionaron más especificidad sobre el momento.

En los últimos años, varios estudios han utilizado los modelos de crecimiento multi-fase para describir la transición de la persona típica durante la fase terminal (Hall, et al, 2000; Johnson, et al 2009). Por ejemplo, en los estudios de deterioro cognitivo terminal (Sliwinski, et al, 2006; Bennett, 2007) proporcionaron evidencia de dos fases de descenso, situando la transición de una etapa pre-terminal a las fases terminales o de caída entre dos y

seis o incluso ocho años antes de la muerte (Sliwinski et al, 2003; Thorvaldsson et al, 2008). En un aplicación de criterios similares a los informes de bienestar obtenido en un panel de estudios nacionales (la salud de los EE.UU. y el estudio de retiro y el panel socioeconómico alemán, SOEP) también se presentaron pruebas de dos fases de declinación, con una transición entre tres y cinco años antes de la muerte (Gerstorff, Ram, & Mayraz, 2010).

Por ejemplo, se observó en un estudio como una persona alemana típica entró en una fase terminal aproximadamente cuatro años antes de la muerte después de entrar en una tasa de disminución empinada. En conjunto, hay una creciente evidencia de que el fenómeno de la decadencia terminal se manifiesta como un cambio multi-fase en el bienestar cognitivo, y en otros dominios de la función. Esta disminución terminal sin resolver es por definición un proceso dentro de la persona. Sin embargo, se ha reportado en la literatura que hay un nivel promedio de cambio en el individuo. Pero esta inferencia a cualquier individuo específico se apoya en suposiciones no probadas, de que todos individuos siguen el mismo patrón de cambio. En este sentido los datos disponibles suelen ser demasiado escasos para dar un seguimiento fiable de los cambios incrementales a nivel individual.

Por lo tanto, sigue siendo una pregunta abierta si los cambios finales de la vida de cada individuo siguen el modelo de dos fases. Por ejemplo, en la corriente de los modelos de declive terminal se describe al final de la vida como un proceso de cambio relativamente progresivo, con cambios suaves, direccionales, iniciados después de una transición cualitativa en la fase pre-terminal. En este contexto, se requieren estudios intensivos que sigan a los individuos en forma mensual o incluso y necesariamente en intervalos semanales, para describir las diferencias individuales de la fase terminal puesto que algunos resultados que se tienen hasta ahora sólo han examinado descripciones de declive terminal de la persona típica. Las investigaciones han reportado diferencias individuales sustanciales en ambos niveles y en las tasas de cambio del bienestar en la tercera edad. Por ejemplo, algunas personas experimentan una disminución dramática, mientras que otros se mantienen con un bienestar estable. Al igual que con otras fases de la vida, el desarrollo diferencial es omnipresente (Rutter, 1997). En otro estudio se encontró que el promedio del equilibrio emocional se mantuvo estable entre las edades de 70 y 100, y que fue estadísticamente significativo, con un aumento del declive por cada década (Gerstorff, et al., 2013). Cabe destacar que la mayor parte

de los resultados destacan diferencias en las tasas lineales de cambio y hay pruebas que el declive terminal también es algo homogéneo. Por ejemplo, entre los participantes fallecidos de la SOEP de Alemania, el 69 por ciento presentó disminución en los últimos cinco años de vida (Gerstorf, Ram, et al, en revisión).

Sin embargo, casi todos los modelos multi-fase enfocados en el estudio de la declinación terminal del individuo se han basado en el muy estricto, si no realista suposición de que todos los individuos que entran en la fase terminal exactamente en el mismo punto en el tiempo. Sin embargo, con esta configuración, se confirmó la transición típica de la disminución terminal en algún punto entre tres y cinco años antes de la muerte y también confirmó que hay diferencias individuales sustanciales en el momento de la aparición de la fase terminal del bienestar. Por ejemplo algunas personas entraron en la fase terminal tempranamente (siete años antes de la muerte), mientras que otros entraron más tarde (dos años antes de la muerte), y otros nunca entraron en una declinación terminal.

En este sentido es necesario hacer investigación adicional para desentrañar si estas últimas personas murieron a causa de un accidente "al azar" o porque las medidas repetidas no eran lo suficientemente frecuentes para capturar las disminuciones terminales y de aparición tardía (< uno por ciento de los participantes fallecidos proporcionaron datos dentro de sus últimos 12 meses). En conjunto, los resultados convergentes de varios estudios sugieren que el cambio típico en la tercera edad implica múltiples dominios de la función (por ejemplo: la salud, la cognición, actividades sociales y el bienestar) que se pueden describir como un proceso de declinación terminal que involucra ciertas fases.

En este sentido diversos investigadores han comenzado recientemente a hacer la cronología de cómo varios atributos cambian simultáneamente. Por ejemplo, Wilson, Segawa, Hizek, y colegas (2012) estudiaron las interrelaciones entre trayectorias de declive terminal en el plano cognitivo y la función motora. Mientras que con el uso de métodos de crecimiento correlacionados (McArdle, 1988), encontraron en unos individuos la aparición temprana de la fase terminal como un aspecto ligado a función (deterioro en la fuerza manual) y que también tenían indicios de la fase terminal en otro dominio. Estos resultados empiezan a poner juntas las piezas individuales para entender las disminuciones terminales como todo un fenómeno holístico. Desafortunadamente, no se han establecido secuencias ordenadas del inicio de la declinación terminal a través de múltiples dominios y, también existe el

desafío para poder obtener datos al final de la vida, debido al desgaste que implica tener una muestra considerable, el tener pocas evaluaciones repetidas, el tiempo entre la onda de intervalos, la seguridad de una medición imperfecta, que conjuntamente socavan la estadística y la facultad de examinar las interrelaciones entre las trayectorias de cambio (Gerstorf,2013).

2.1.2 Cambio en la estructura y dinámica de las familias de México

El bienestar personal y social del adulto mayor depende en gran medida del soporte familiar, comunitario e institucional para satisfacer sus necesidades de tipo material e instrumental. Sin embargo, los patrones familiares se han ido modificando con la transición demográfica al unísono de las transformaciones socioeconómicas y culturales, y con ello las redes sociales de apoyo al adulto mayor se han disminuido. Los cambios en la estructura y composición de los hogares mexicanos con tendencia hacia un mayor número de adultos mayores y una reducción en el tamaño de los hogares, acompañado de la coexistencia de diferentes arreglos residenciales así como un aumento de la proporción de hogares encabezados por mujeres con una responsabilidad económica más equilibrada entre hombres y mujeres Arriagada (2004), han determinado que las redes familiares y la diversificación del apoyo relacionado con el número de integrantes de la familia estén disminuyendo con consecuencias directas sobre la disponibilidad de cuidadores para los adultos mayores. Así mismo, la mayor participación de la mujer en la actividad económica produce un efecto sobre el modelo de mujer cuidadora que durante años ha sido la base de la atención de los adultos mayores (Mejía, 2010). Adicionalmente, la reconfiguración de los hogares también se manifiesta a través de cambios en las conductas, actitudes, modos de vida, hábitos y prácticas compartidas por los miembros de la familia que actúan sobre sus relaciones, posiciones y roles, que modifican su participación en las redes de apoyo que requiere el cuidado de la salud de los adultos mayores (López, 2001).

2.1.3 El contexto geográfico y socioeconómico

Gana relevancia el contexto geográfico, social y económico donde se desarrollan y mantienen las redes sociales, incluyendo factores a nivel macro que condicionan la estructura de las redes como son las condiciones culturales que marcan las normas, valores, la cohesión social, las condiciones socioeconómicas y de empleo en las sociedades, las políticas públicas que determinan el acceso y la disponibilidad de atención en salud así como factores sociales y geográficos que condicionan algunas características de las redes sociales.

2.1.4 El contexto en la frontera México-EU

Inmersos en los contrastes geográficos. Se observa la frontera México-EU como una región con características únicas ya que por ejemplo, las relaciones intergeneracionales cruzan la frontera de modo cotidiano. Los adultos mayores son parte integral de la familia transfronteriza cuyos miembros trabajan, estudian y viven en ambos lados de la frontera (Ojeda, 2005). Estas familias se caracterizan por tener contactos frecuentes en dos direcciones y establecer nexos con amigos y familiares que viven en su lugar de origen (Portes, 2003). La intensidad y regularidad de las relaciones transfronterizas cubre muchos aspectos que van desde la familia hasta el intercambio comercial, permeando las percepciones sociales, moldeando la economía, las influencias sobre la cultura que inciden en la dinámica demográfica afectando la condición de salud, lo que implica políticas y atención a nivel binacional. La mayoría de la población fronteriza vive en sistemas binacionales urbanos. La estructura de los hogares en ambos lados influye sobre los estilos de vida y también repercuten las redes de parentesco sobre las condiciones de salud y la calidad de vida de los mayores. Por lo tanto los recursos individuales y familiares, las conductas y sus repercusiones se ven modificadas por diversos factores económicos, sociales y culturales. Además, las familias transnacionales integradas por miembros que migran y que viven en regiones no fronterizas, también mantienen lazos fuertes con su familia en su país de origen (Schiller, Basch, et al 1995). Aunque con la limitación geográfica que afecta algunas características estructurales y funcionales de las redes. En

algunas ciudades y municipios mexicanos las altas tasas de migración hacia EU dejan a los niños, a las mujeres y a los adultos mayores solos. La separación familiar, el cambio de roles y el rompimiento de las redes sociales son algunos de los efectos que tiene la migración sobre la estructura familiar, lo que a su vez afecta el bienestar emocional y el estado de salud de los adultos mayores dentro del hogar. Sin embargo, la migración también puede tener un efecto positivo al incrementar los recursos financieros de las familias (Silver, 2006).

2.1.5 Dos ciudades en contexto: Tijuana y Cuernavaca

Las ciudades fronterizas como Tijuana son un caso especial donde la proximidad geográfica facilita los lazos transfronterizos, las relaciones sociales en la familia son más susceptibles de activar lazos latentes cuando hay necesidades particulares como la asistencia médica o la necesidad de cuidados por parte de un adulto mayor. Por lo que la intensidad y regularidad de este tipo de relaciones cubren muchos aspectos que van desde la familia hasta el intercambio comercial, donde la dinámica geográfica incide en la condición de salud. Es relevante acotar que Wallace e Ybáñez (2005), encontraron que casi la mitad de todas las familias en dos colonias de Tijuana incluían personas con 60 años y más. Este contexto singular de una ciudad fronteriza contrasta con el de ciudades con una menor intensidad migratoria o movilidad de la población residente como lo es la ciudad de Cuernavaca, Morelos ubicada en el Centro del País (ver cuadro 2), donde el entorno social, económico y político es menos diversificado, y la inercia de menor movilidad propicia que las relaciones familiares y sociales sean más susceptibles de activar lazos latentes de mayor proximidad interna cuando surgen prioridades particulares como la asistencia médica o la necesidad de facilitar cuidados a un adulto mayor. La población de Morelos ocupa en términos demográficos el tercer lugar en población envejecida después del estado de Oaxaca y el Distrito Federal (8.5 por ciento), donde al cursar con menor movilidad, se atenúa el efecto distorsionador por edad así como la redistribución espacial de la población. Cuernavaca es una de las ciudades del país que concentra un alto porcentaje de población envejecida; 10.5 por ciento de la población tiene 60 años o más. Por lo tanto es indispensable resaltar la importancia del contexto geográfico en que oscila la investigación,

donde se entiende al contexto, como la diferencia que hace al lugar para las personas (Kawachi, 2000).

Comparativo de ciudades por las características seleccionadas

Cuadro 2

	Tijuana	Cuernavaca
Intesidad migratoria/movilidad	(+)	(--)
Entorno SE y político (diversificación)	(+)	(--)
por ciento población no nativa (migración acumulada)	41.20 %	27.0 %
Relaciones transfronterizas	Si	No
Relaciones transnacionales	Si	Si
Relaciones locales/internas	Si	Si
Población envejecida	(B.C 6.3 %) 5.3 %	(Morelos 8.5 %) 10.5%
Prevalencia DM2 (Ssa)	10 %	10 %
Prevalencia IMSS > 55 a	(B.C) 35 %	22 %
Prevalencia Frontera México US (OPS, 2006)	15.7 %	N/A
Prevalencia > 60 a (ENASEM, 2003)	14.6 %	14.6 %

Fuente: elaboración con base en datos INEGI 2009, OPS 2006 y ENASEM 2003.

Comportamiento migratorio histórico de Baja California y Morelos

El saldo neto migratorio entre las entidades federativas de Baja California y Morelos de los años censales de 1930 a 1970, refleja una transición notoria en los saldos migratorios a partir del periodo de 1940 donde se aprecia una proporción migratoria mayor hacia Baja California.

Cuadro 3. Patrón migratorio histórico de Baja California y Morelos.

Periodo	Saldo neto migratorio Baja California	Saldo neto migratorio Morelos
1930-1940	17 396 	19 419 
1940- 1950	84 693 	26 282 
1950-1960	122 796 	12 194 
1960-1970	118 800 	62 900 

Fuente: elaboración con base en datos de la encuesta de INEGI, 2009.

En este sentido hay que subrayar que las estimaciones de la edad migratoria de la gente joven son entre 15 y 19 años y para nuestro estudio esta población es la que migró entre los años 40 y 70 y ya cumplió 60 años o más en alguna de las ciudades de Tijuana o Cuernavaca. Es decir, no se están considerando los periodos de los saldos migratorios netos de 1980 en adelante debido a que nuestra población objetivo es la envejecida, no la menor a los 60 años. Hay que mencionar que la entidad federativa de Morelos muestra un incremento importante en los saldos migratorios netos en 1990, pero comparativamente inferiores a los observados en Baja California en el mismo periodo (INEGI, 2009).

Por lo que considerando estos contextos específicos dentro de ambas ciudades, se procedió a seleccionarlas debido a las transiciones epidemiológicas y demográficas particulares que experimentan y a sus dinámicas migratorias diferenciadas y las peculiaridades inherentes a las redes de apoyo. En el caso de Tijuana por el tipo de relaciones básicamente locales, transfronterizas e incluso transnacionales y para el caso de Cuernavaca, por sus relaciones predominantemente internas y locales. Haciendo énfasis en describir en ambos contextos los vínculos o lazos que actúan sobre el sistema de apoyo familiar para satisfacer las necesidades en términos de salud de los mayores en presencia de una enfermedad tan compleja (DM2).

Considerando los fundamentos teórico-conceptuales y contextuales descritos hasta este punto, en el presente estudio se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- 1) ¿Cuál es el efecto de la estructura de las redes de apoyo en el bienestar físico del adulto mayor?

El contexto geográfico modifica el efecto de la estructura de las redes de apoyo en el bienestar físico del adulto mayor

2) ¿Cuál es el efecto de la estructura de las redes de apoyo en el bienestar emocional del adulto mayor?

El contexto geográfico modifica el efecto de la estructura de las redes de apoyo en el bienestar emocional del adulto mayor

3) ¿Cuál es el efecto de la funcionalidad de las redes de apoyo en el bienestar físico del adulto mayor?

El contexto geográfico modifica el efecto de la funcionalidad de las redes de apoyo en el bienestar físico del adulto mayor

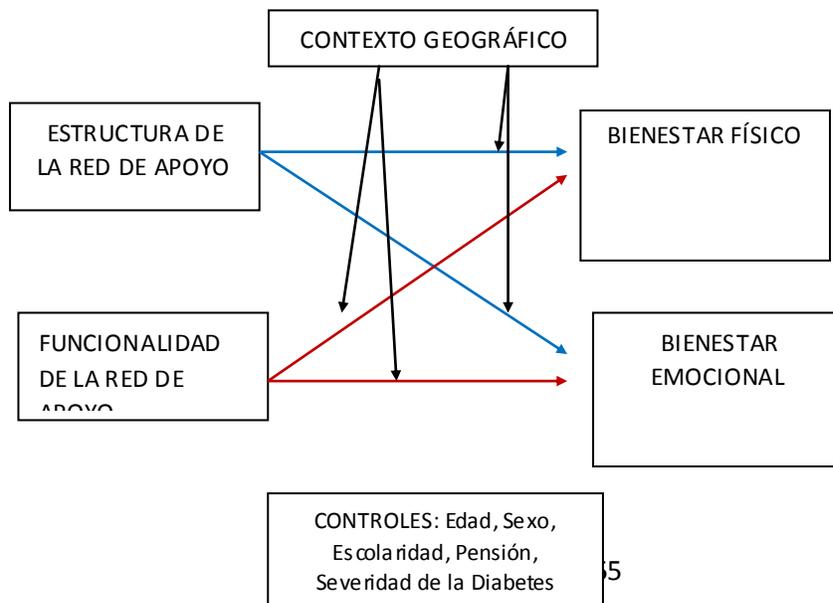
4) ¿Cuál es el efecto de la funcionalidad de las redes de apoyo en el bienestar emocional del adulto mayor?

El contexto geográfico modifica el efecto de la funcionalidad de las redes de apoyo en el bienestar emocional del adulto mayor

La hipótesis general se resume en:

El impacto de la estructura y la funcionalidad de las redes de apoyo sobre el bienestar físico y emocional de los adultos mayores con diabetes es diferente en dos contextos geográficos y varía en función de diferentes factores como edad, sexo, escolaridad, recibir pensión y severidad de la diabetes.

El siguiente esquema resume la propuesta conceptual que se aplicó en esta investigación.



CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLOGICO

3. 1.1 Diseño del estudio

La presente investigación es transversal de tipo descriptivo correlacional ya que además de describir las características de las redes de apoyo, el bienestar físico y el bienestar emocional de los adultos mayores, evalúa la relación entre estas variables.

3.1.2 Tamaño de muestra

Existen 92,880 adultos de 60 años y más en la ciudad de Tijuana, B.C. y 41,440 adultos mayores en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos (INEGI, 2010), para un total de 134,320 adultos mayores en ambas ciudades. De acuerdo a la prevalencia de DM2 en México de 14.6 %, (Alberti et al, 1998), se calculó que hay 19,611 adultos mayores diabéticos en ambas ciudades. Con esta población de adultos mayores, se estimó el tamaño de muestra, para lo cual se consideró una característica inherente a esta población como lo es la depresión cuya prevalencia se estimó en un 50 % (Martínez-Mendoza et al., 2007).

Posteriormente se aplicó la siguiente fórmula

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

donde:

n= tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que equivale a 1.96 a un nivel del 95 % de confianza.

p: proporción de elementos de la población con una característica, 50 % valor más desfavorable y utilizado.

e = Límite aceptable de error muestral. Se eligió un error muestral de 7 % el cual se encuentra en el rango aceptado entre el 1 % (0,01) y 9 % (0,09).

3.1.3 Muestra

Al aplicar la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra se desprende que en el presente estudio debe contarse con 194 sujetos por ciudad equivalentes a un total de 388 participantes. Debido a problemas relacionados con la extensión del cuestionario, estado de salud de los sujetos, rechazo de los acompañantes, y la negación a participar en el estudio. La muestra final estuvo conformada por 333 sujetos correspondientes a 86 por ciento de la muestra planteada. Los participantes en Tijuana fueron 161 sujetos, mientras que en Cuernavaca fueron 172. Todos los sujetos eran pacientes diabéticos de 60 años y más que contaban con el diagnóstico de DM2, corroborado en un medio hospitalario (exámenes de laboratorio y evaluación clínica). Del listado de pacientes con DM2 que asistían a la consulta externa de las instituciones de salud abajo mencionadas o que se encontraban en los centros asistenciales visitados, se seleccionaron al azar durante los días de realización del estudio, entre cinco y ocho sujetos quienes después de firmar el consentimiento informado (ver anexo # 2) respondieron el cuestionario.

Para la selección de los sujetos al azar se aplicó el muestreo sistemático con arranque aleatorio, una variante del muestreo aleatorio simple. El procedimiento de selección fue sistemático a partir de un elemento elegido al azar, el tercer sujeto de la lista y así cada tres sujetos. Lo anterior operó como arranque aleatorio para la selección automática del grupo de sujetos que componen la muestra. El primer elemento seleccionado condicionó los siguientes, que fueron elegidos a partir del arranque aleatorio y según un salto de amplitud constante de cada tres sujetos (Vivanco, 2005).

En cada una de las ciudades se realizó el trabajo de campo durante un periodo de tres meses. En la ciudad de Tijuana, 161 participantes fueron seleccionados durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013 en los siguientes centros: la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE (n=60), Unidad de especialidades médicas anexo del Hospital General de Tijuana (n=72), Asilo "Casa del Abuelo" (n=15) y tres centros asistenciales del DIF (n=14). Los adultos mayores que fueron evaluados en el asilo y en los centros asistenciales del DIF no se encontraban institucionalizados y todos eran derechohabientes del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular. La población total de la cual se seleccionaron los sujetos de este

estudio fueron 1,895 adultos mayores con DM2, lo que determinó una probabilidad de selección de 8.5 por ciento.

En la ciudad de Cuernavaca se realizó el trabajo de campo durante los meses de abril, mayo y junio de 2013 y se seleccionaron los adultos mayores de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE No. 191 (n=45), Hospital General Regional #1 del IMSS (n=40), la Unidad de especialidades médicas anexo del Hospital General de Cuernavaca (n=60) y de la Unidad Deportiva del IMSS Fidel Velázquez (n=27). Durante el periodo de recolección de los datos en Cuernavaca, la población total de adultos mayores con DM2 que asistieron a los centros mencionados fueron 2,194 individuos. La probabilidad de selección de los sujetos fue 7.8 por ciento.

Vale la pena señalar que la mayoría de los individuos participantes en el estudio fueron seleccionados en medios hospitalarios 82 por ciento en Tijuana y 83.1 por ciento en Cuernavaca. Menos del 20 por ciento correspondieron a individuos en el asilo, centros asistenciales del DIF y unidad deportiva del IMSS. Al comparar los grupos no se encontraron diferencias significativas en la estructura y funcionalidad de las redes, ni tampoco entre el bienestar físico y emocional por ciudad lo que nos garantiza que las diferencias en los lugares de origen no son determinantes para los resultados posteriores (ver anexo # 3).

3.1.4 Instrumentos

Se aplicó un cuestionario compuesto de 89 preguntas dirigidas a evaluar aspectos sociodemográficos, el bienestar físico, emocional y la estructura y funcionalidad de las redes de apoyo del adulto mayor (ver anexo # 2).

3.1.5 Variables

Con el fin de evaluar el impacto de los grupos de apoyo sobre el bienestar físico y mental de los adultos mayores diabéticos en dos contextos geográficos diferentes se definieron los siguientes grupos de variables (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Variables de estudio

Tipo de Variables	Variables
Variables Dependientes	Bienestar Físico
	Bienestar Emocional
Variables Independientes	Estructura de la red de apoyo
	Funcionalidad de la red de apoyo
Variables Confusoras	Sexo
	Edad
	Escolaridad
	Recibe Pensión
	Severidad de la Diabetes
Variable Modificadora	Lugar de residencia

Fuente: elaboración propia con base en el esquema conceptual

Variables dependientes

1. Bienestar Físico: se evaluó a través de preguntas dirigidas a determinar la presencia de dificultad (“tiene usted dificultad para”) y la necesidad de ayuda (“tiene usted necesidad para”) de los adultos mayores para realizar las siguientes actividades
 - a) Actividades instrumentales: usar el teléfono, ir de compras, preparar su comida, labores de la casa, tomar su medicina y manejar su dinero.
 - b) Actividades básicas: caminar por un cuarto pequeño, bañarse, vestirse, comer, levantarse de la cama a una silla y usar el baño.
 - c) Actividades de movilidad: subir y bajar escaleras, caminar menos de una cuadra y caminar más de una cuadra.

A partir de la información anterior se construyeron dos índices, a) Índice de Dificultad y b) Índice de Necesidad de Ayuda. Los índices son la suma de los productos de las variables originales, que tienen una puntuación progresiva de 1 a 6 ó de 1 a 3 que se suman mutuamente sus valores en la medida que es mayor la dificultad o la necesidad de ayuda y que toman en cuenta las actividades instrumentales (AIVD) en un nivel bajo (valores 1 y 2), limitación o ayuda en las actividades básicas en un nivel intermedio (valores 3 y 4) y un grado mayor de limitación o ayuda en las actividades de movilidad (valores 5 y 6). Como

resultado se obtuvo un índice en escala ordinal que posteriormente se categorizó de forma binaria en un nivel bajo y alto de bienestar físico: dificultad/ayuda.

- a. Índice de dificultad en las actividades de la vida diaria. Se construyó mediante la asignación de una puntuación ponderada a las diferentes condiciones posibles. La puntuación total se encuentra en un rango de 1 a 21. Para el análisis de los resultados el índice de dificultad se clasificó en bajo (0 a 5) y alto (6 a 21). (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Índice de dificultad en las actividades de la vida diaria

Tipo de dificultad	Puntuación
Dificultad en una actividad instrumental	1
Dificultad en dos o más actividades instrumentales	2
Dificultad en una actividad básica	3
Dificultad en dos o más actividades básicas	4
Dificultad en una actividad de movilidad	5
Dificultad en dos actividades de movilidad	6

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario del anexo # 2

- b. Índice de ayuda en las actividades de la vida diaria. Se construyó mediante la asignación de una puntuación ponderada a las diferentes condiciones posibles. La puntuación total se encuentra en un rango de 1 a 21. Para el análisis de los resultados el índice de dificultad se clasificó en bajo (0 a 3) y alto (4 a 21). (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Índice de ayuda en las actividades de la vida diaria

Tipo de ayuda	Puntuación
Necesidad de ayuda en una actividad instrumental	1
Necesidad de ayuda en dos o más actividades instrumentales	2
Necesidad de ayuda en una actividad básica	3
Necesidad de ayuda en dos o más actividades básicas	4
Necesidad de ayuda en una actividad de movilidad	5
Necesidad de ayuda en dos actividades de movilidad	6

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario del anexo # 2

2. Bienestar emocional. Se midió a partir de las respuestas de los adultos mayores a la Escala geriátrica de depresión (Yesavage, 1983), Escala de Ansiedad (Goldberg, 1980), autoreporte de satisfacción con la vida, sentimientos de aislamiento y locus de control. El índice de bienestar emocional. Se construyó asignando una puntuación entre 0 y 2

según la presencia de depresión, ansiedad, satisfacción con la vida, aislamiento y locus de control cuya sumatoria estaba en el rango de 0 a 9. Para el análisis de los resultados el índice de bienestar emocional se clasificó en dos niveles: alto bienestar emocional (0 a 2) y bajo bienestar emocional (3 a 9). (ver cuadro 7)

Cuadro 7. Índice de bienestar emocional

Índice bienestar emocional	Puntuación
Depresión Normal	0
Depresión Moderada	1
Depresión Severa	2
Ansiedad presente	1
Ansiedad ausente	0
Satisfacción con la vida Alta	0
Satisfacción con la vida baja	1
Se siente aislado casi nunca	0
Se siente aislado algunas veces y frecuentemente	1
Locus de control interno	0
Locus de control externo medio	1
Locus de control externo alto	2

Fuente: elaboración con base en escala de los autores Yesavage, 1983 y Goldberg, 1980.

Variables Independientes

Para la evaluación de los grupos de apoyo se consideraron dos tipos de variables: la estructura y la funcionalidad de los grupos.

1. Estructura de los grupos de apoyo incluye las siguientes variables y sus categorías:
 - a. Tipo de hogar: unipersonal, nuclear sólo pareja, nuclear pareja más hijos y mono-parental más hijos.
 - b. Composición de la red de apoyo: hijos solos, hijos más parientes, hijos más amigos, hijos más parientes y amigos, sin hijos con parientes o amigos.
 - c. Ubicación de la red de apoyo: casa, misma colonia o ciudad, otra ciudad o en el extranjero.
 - d. Número de integrantes de la red: de 0 a 2 y 3 o más para la red de hijos, parientes y amigos.
2. Funcionalidad de los grupos de apoyo, incluye las siguientes variables:
 - a. Necesidad de apoyo: emocional, espiritual, de consejo, de compañía, de labores y económico.
 - b. Recibió apoyo: emocional, espiritual, de consejo, de compañía, de labores y económico.
 - c. Autopercepción del apoyo: cuenta con el apoyo de hijos, parientes y amigos

Variables Confusoras

Se consideraron variables confusoras aquellas condiciones sociodemográficas y severidad de la enfermedad que podrían tener una influencia en el impacto que la red de apoyo tiene sobre el bienestar físico y mental de los adultos mayores con diabetes.

1. Sexo: femenino, masculino
2. Edad: 60 a 69 años/70 y más
3. Escolaridad: 0 a 6 años y 7 o más
4. Pensión: recibe/no recibe
5. Severidad de la diabetes

Se construyó un índice de severidad de la enfermedad mediante un consenso de 8 médicos expertos en el tema como son: endocrinólogos (2), internistas (2), cirujanos (2) y geriatras (2), quienes definieron y asignaron una puntuación ponderada de mayor a menor a los daños y complicaciones propias de la diabetes. La puntuación total del índice de severidad de la diabetes va de 0 a 36 puntos. Para el análisis de resultados el índice se clasificó en 4 categorías: bajo (0 a 5), moderado (6 a 11) alto (12 a 16) y grave (17 o más). (ver cuadro 8)

Cuadro 8. Índice de severidad de la diabetes

Complicaciones	Puntuación
Diálisis / hemodiálisis	8
Amputación de alguna dedo o extremidad	7
Enfermedad del corazón	6
Problemas oculares	5
Hipertensión arterial sistémica	4
Problemas circulatorios periféricos	3
Uso de insulina	2
Problemas renales	1

Fuente: elaboración propia con base en consenso de médicos especialistas .

Variable modificadora: Con el fin de evaluar el efecto del contexto geográfico en el impacto de las redes de apoyo sobre el bienestar físico y emocional de los adultos mayores se tomaron dos lugares de residencia de los sujetos: Tijuana, una ciudad en contexto fronterizo y Cuernavaca una ciudad del interior del país sin contexto fronterizo.

3.1.6 Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo de los datos se realizó un análisis univariado para el grupo total y bivariado para establecer las diferencias entre ambas ciudades. Se utilizó la chi cuadrada de pearson para las variables categóricas y el análisis de varianza para las variables continuas. Con el fin de establecer el efecto de la estructura y funcionalidad de la red de apoyo sobre el bienestar físico y emocional se realizó un análisis de regresión logística

controlando por las variables confusoras tanto en el grupo total como en los grupos de sujetos por ciudad. Se aplicó el análisis de regresión logística dado que el parámetro de interés en un modelo logístico es la probabilidad de ocurrencia del evento que, por definición, sólo puede tomar valores entre 0 y 1.

En el caso del estudio propuesto, se cuenta con una variable dependiente denominada bienestar físico o emocional que es dicotómica. Se cuenta con un conjunto de variables independientes cuantitativas o cualitativas. Se puede clasificar a los individuos en alguna de las dos subpoblaciones o grupos establecidos por los dos valores de la variable dependiente. La regresión logística nos permite estimar la probabilidad del bienestar bajo y alto. El ajuste de cada uno de los modelos se consideró a través de la prueba de bondad de ajuste del modelo de Hosmer-Lemeshow

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.1 Características socio demográficas de los adultos mayores con diabetes

Se analizó un total de 333 adultos mayores con diabetes de los cuales 161 viven en Tijuana y 172 residen en Cuernavaca. Los sujetos tienen una edad promedio de 70 años, dos terceras partes son mujeres, en promedio tienen 7 años de escolaridad, mitad de ellos tienen pareja, la mayoría cuentan con servicios de salud, y sólo una tercera parte recibe pensión. En cuanto a la severidad de la diabetes se encontró que alrededor de 30 por ciento tiene nivel alto y grave de la enfermedad. La proporción de mujeres es sensiblemente mayor en ambas ciudades, sin embargo es más evidente en Cuernavaca. Las edades fluctúan en un rango promedio de 60 a 79 años con una media de 69 años (DE=7.2) para Tijuana y en Cuernavaca una media de 71 años (DE = 7.4) comparativamente mayor a Tijuana. La escolaridad promedio en Cuernavaca fue mayor 7.6 años (DE = 4.9).

Un poco más de la mitad de los adultos mayores de Tijuana no tiene pareja, mientras en Cuernavaca fue menos de la mitad. La mayoría de los participantes (96 por ciento) cuentan con algún tipo de servicio de salud. Sin embargo si se considera la distribución por derechohabiencia se identifican diferencias importantes entre los diabéticos de Tijuana y Cuernavaca. En el primer caso sólo 27.3 por ciento tienen servicios de salud institucionalizados (IMSS e ISSSTE), mientras que en Cuernavaca esta característica de derechohabiencia la tiene la mayoría (83.1 por ciento). En Tijuana tres cuartas partes de los individuos no tienen pensión, en tanto en la Ciudad de Cuernavaca es un poco más de la mitad de los sujetos. Un tercio de los adultos diabéticos de Cuernavaca tiene un índice de severidad de la enfermedad de alto a grave, mientras que en Tijuana es discretamente menor (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Características generales de la muestra total y por ciudad

	General	Tijuana	Cuernavaca	Valor P
Número de sujetos	333	161	172	
Edad (media, de)	70.1 (7.3)	69.1 (7.2)	71 (7.4)	0.02
60 a 69 años	51.1	55.9	46.5	0.08
70 años y mas	48.9	44.1	53.5	
Escolaridad (media, de)	7.2(4.7)	6.7 (4.3)	7.6 (4.9)	0.05
0 a 6 años	55.9	54.0	57.6	0.51
7 años y mas	44.1	46.0	42.4	
Sexo				
Hombres	38.7	32.3	44.8	0.02
Mujeres	61.3	67.7	55.2	
Estado Marital por ciento				
Con pareja	52.3	48.4	55.8	0.17
Sin Pareja	47.7	51.6	44.2	
Acceso a servicios de salud por ciento				
Si	96.2	96.4	96.0	0.24
No	3.8	3.6	4.0	
Recibe Pensión por ciento				
Si	35.4	25.5	44.8	0.0001
No	64.6	74.5	55.2	
Índice de severidad de la diabetes				
Bajo	28.5	26.7	30.2	0.036
Moderado	42.9	49.1	37.2	
Alto	18.0	18.0	18.0	
Grave	10.5	6.2	14.5	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.1.2 Bienestar físico y emocional de los adultos mayores con diabetes

Los adultos mayores estudiados muestran, en general, un buen estado físico. La proporción de individuos con un índice de dificultad y un índice de necesidad bajos es superior en la totalidad de los sujetos y entre las dos ciudades. Sin embargo, los individuos que residen en Cuernavaca presentan mayor dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y en la movilidad (índice de dificultad) que los adultos diabéticos de Tijuana. Respecto al bienestar emocional, no se encontraron diferencias entre los grupos, aunque si se observó que alrededor de dos terceras partes presentan bajo bienestar emocional (cuadro 10).

Cuadro 10. Análisis bivariado del bienestar físico y emocional entre Tijuana y Cuernavaca

	General	Tijuana	Cuernavaca	Valor P
Bienestar Físico				
Índice de dificultad				
o Bajo %	65.8	75.8	56.4	0.0001
o Alto %	34.2	24.2	43.6	
Índice de necesidad de ayuda				
o Bajo %	83.8	81.4	86.0	0.24
o Alto %	16.2	18.6	14.0	
Índice de bienestar emocional				
o Alto %	35.1	39.8	30.8	0.09
o Bajo %	67.9	60.2	69.2	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.1.3 Estructura de la red de apoyo de los adultos mayores con diabetes

Al caracterizar la tipología del hogar en el grupo total, se encontró un predominio de hogares nucleares con parejas e hijos y de hogares mono parentales con hijos. Al comparar ambas ciudades se observó que en Tijuana hay una proporción mucho mayor de hogar nucleares compuestos por la pareja solamente; mientras que en Cuernavaca el hogar nuclear compuesto por pareja e hijos es casi el doble que en Tijuana.

La composición de la red extensa de hijos más parientes más amigos en Cuernavaca fue el doble respecto a Tijuana, mientras que en Tijuana predominó la red compuesta por hijos solos e hijos más amigos. La red de hijos se ubica principalmente cerca de los adultos mayores estudiados, ya sea en la casa, en la misma colonia o en la misma ciudad. Sin embargo al comparar las dos ciudades vemos que en Cuernavaca la red de hijos en la casa es mucho mayor que en Tijuana donde además predomina la red de hijos en otra ciudad o viviendo en el extranjero. Dos terceras partes de los adultos diabéticos de Tijuana tienen red de hijos lejos.

La forma como está constituida la red de los adultos mayores indica que hay un número alto de hijos y de parientes; mientras que el número de amigos es bajo. La mayor diferencia

entre ciudades está determinada por una mayor proporción de adultos mayores en Cuernavaca que tienen amplia red de parientes respecto a Tijuana (Cuadro 11).

Cuadro 11. Análisis bivariado. Estructura de la red de apoyo entre Tijuana y Cuernavaca

	General	Tijuana	Cuernavaca	Valor P
Tipo de hogar				
Unipersonal	15.3	16.8	14.0	0.0001
Nuclear pareja	10.8	19.9	2.3	
Nuclear pareja más hijos	41.4	27.3	54.7	
Mono-parental más hijos	32.4	36.0	29.1	
Composición de la red				
Hijos solos	26.4	31.7	21.5	0.0001
Hijos más parientes	16.2	16.8	15.7	
Hijos más amigos	22.5	28.0	17.4	
Hijos más parientes más amigos	29.4	18.6	39.5	
Sin hijos con parientes y/o amigos	5.4	5.0	5.8	
Ubicación de la red				
Casa				
Si	64.6	55.3	73.3	0.001
No	35.4	44.7	26.7	
Colonia/Ciudad				
Si	77.8	77.6	77.9	0.95
No	22.2	22.4	22.1	
Otra ciudad/extranjero				
Si	52	60.2	44.2	0.003
No	48	39.8	55.8	
Número de Integrantes de las redes				
Red de hijos				
0 a 2	22.5	21.7	23.3	0.74
3 o más	77.5	78.3	76.7	
Red de parientes				
0 a 2	86.8	91.9	82.0	0.007
3 o más	13.2	8.1	18.0	
Red de amigos				
0 a 2	80.2	82.6	77.9	0.28
3 o más	19.8	17.4	22.1	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.1.4 Funcionalidad de la red de los adultos mayores con diabetes

En el cuadro 12 se observa, en primer lugar la necesidad de apoyo reportada por los adultos mayores diabéticos, en segundo lugar, si recibieron el apoyo y en tercer lugar, la percepción que tienen del apoyo con el que pueden contar. Tanto para la necesidad de apoyo como para recibirlo, el porcentaje de adultos mayores que responden positivamente a las preguntas es mayor en la población total con algunas variaciones entre los distintos tipos

de apoyo. Entre las ciudades se ve un patrón de mayor necesidad y recepción de apoyo emocional, de consejo y de labores en Cuernavaca, donde también se reportó haber recibido mayor apoyo en compañía. Sobre el apoyo económico se observó una tendencia, aunque no significativa, a una mayor necesidad en los adultos mayores de Tijuana y una menor recepción. Acerca del tercer aspecto evaluado en la funcionalidad de la red, se ve que la auto percepción de apoyo que tienen los diabéticos es mayor por parte de los hijos seguida de la pareja y en último lugar de los amigos. A pesar de lo anterior, los individuos que residen en Cuernavaca tienen una mayor percepción de poder contar con su pareja e hijos comparados con los adultos mayores de Tijuana.

Cuadro 12. Análisis bivariado de la funcionalidad de la red en Tijuana y Cuernavaca

	General	Tijuana	Cuernavaca	Valor P
Necesidad de Apoyo				
Apoyo Emocional				
Si	55.0	47.8	61.6	0.011
No	45.0	52.2	38.4	
Apoyo Espiritual				
Si	70.9	68.3	73.3	0.32
No	29.1	31.7	26.7	
Apoyo de Consejo				
Si	51.4	38.5	63.4	0.0001
No	48.6	61.5	36.6	
Apoyo de Compañía				
Si	69.4	66.5	72.1	0.26
No	30.6	33.5	27.9	
Apoyo en Labores				
Si	70.0	57.8	81.4	0.0001
No	30.0	42.2	18.6	
Apoyo Económico				
Si	72.4	77.0	68.0	0.067
No	27.6	23.0	32.0	
Recibió Apoyo				
Apoyo Emocional				
Si	73.6	59.6	86.6	0.0001
No	26.4	40.4	13.4	
Apoyo Espiritual				
Si	66.4	62.7	69.8	0.17
No	33.6	37.3	30.2	
Apoyo de Consejo				
Si	66.4	48.4	83.1	0.0001
No	33.6	51.6	16.9	
Apoyo de Compañía				
Si	76.6	65.2	87.2	0.0001
No	23.4	34.8	12.8	
Apoyo en Labores				

Si	75.7	60.9	89.5	0.0001
No	24.3	39.1	10.5	
Apoyo Económico				
Si	81.4	79.5	83.1	0.39
No	18.6	20.5	16.9	
Autopercepción de Apoyo				
Cuenta con el apoyo de esposo/a	39.6	32.9	45.9	0.015
Cuenta con el apoyo de hijos	75.5	68.2	82.0	0.004
Cuenta con el apoyo de amigos	27.0	26.1	27.9	0.70

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.1.5 Análisis multivariado por ciudad

4.1.5.1 Efecto de la estructura de la red en el bienestar físico del adulto mayor comparando ciudades

En el cuadro 13 se presentan los resultados del análisis de regresión multivariado por ciudad. Las variables de la tipología del hogar que predicen un bajo nivel de dificultad en Tijuana son los hogares unipersonales y los hogares nucleares de parejas solas. En Cuernavaca no se encontraron asociaciones significativas con la tipología del hogar. Sobre la composición de la red solamente en Cuernavaca se observó una relación entre la red compuesta por hijos solos y un bajo nivel de dificultad. La ubicación de la red de hijos tanto en la casa, como en la colonia/ciudad y en otra ciudad/extranjero predicen un alto nivel de dificultad solo en Tijuana. Finalmente la red compuesta por pocos parientes en Tijuana se relaciona con bajo nivel de dificultad y en Cuernavaca predice alta dificultad al igual que la red compuesta por pocos hijos.

Las variables que predicen una alta necesidad de ayuda son diferentes entre Tijuana y Cuernavaca. Para Tijuana la familia nuclear compuesta solo por la pareja se asocia con menor necesidad de ayuda, al igual que una red de pocos parientes. Por otra parte la ubicación de la red en otra ciudad o en el extranjero predice mayor necesidad de ayuda.

En Cuernavaca solamente la composición de la red hijos más amigos predice la alta necesidad de ayuda.

Cuadro 13. Regresión logística de la estructura de la red en el bienestar físico

	Dificultad Alta				Necesidad de Ayuda Alta			
	Tijuana		Cuernavaca		Tijuana		Cuernavaca	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Tipo de hogar								
Unipersonal	0.05	0.006-0.37	0.86	0.40-2.42	0.33	0.07-1.39	0.51	0.09-2.89
Nuclear pareja	0.14	0.03-0.053	1.14	0.14-9.17	0.18	0.03-0.93	0.86	0.25-2.89
Mono-parental más hijos	0.44	0.18-1.04	1.16	0.53-2.52	0.86	0.32-2.33	2.39	0.84-6.84
Nuclear pareja más hijos	1		1		1		1	
Composición de la red								
Hijos solos	0.34	0.09-1.16	0.36	0.15-0.91	0.23	0.05-1.09	0.51	0.17-1.55
Hijos más parientes	1.1	0.28-4.23	1.42	0.49-4.08	3.72	0.92-15.10	0.52	0.16-1.71
Hijos más amigos	1.16	0.39-3.41	0.69	0.28-1.74	0.91	0.25-3.37	0.1	0.01-0.81
Sin hijos con parientes y/o amigos	0.91	0.14-6.05	1.05	0.25-4.48	1.44	0.18-11.16	0.75	0.14-3.88
Hijos más parientes más amigos	1		1		1		1	
Ubicación de la red								
Casa	3.56	1.56-8.12	0.61	0.29-1.28	0.54	0.21-1.33	0.44	0.13-1.46
Colonia/Ciudad	3.02	1.30-7.03	1.74	0.81-3.73	1.21	0.49-2.99	0.56	0.21-1.48
Ciudad/Extranjero	2.44	1.15-5.18	0.64	0.32-1.26	4.77	2.01-11.30	1.71	0.66-4.43
Número de integrantes de las redes								
Red de hijos								
0 a 2	1.13	0.44-2.90	2.39	1.07-5.32	0.41	0.12-1.41	0.31	0.08-1.19
3 o más	1		1		1		1	
Red de parientes								
0 a 2	0.24	0.06-0.93	2.96	1.21-7.25	0.28	0.08-0.95	0.5	0.06-0.37
3 o más	1		1		1		1	
Red de amigos								
0 a 2	1.43	0.52-3.95	1.39	0.63-3.08	0.82	0.24-2.81	1.45	0.48-4.30
3 o más	1		1		1		1	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.1.5.2 Efecto de la funcionalidad de la red en el bienestar físico del adulto mayor: comparación entre ciudades

En el cuadro 14 se observa el efecto de la funcionalidad en el bienestar físico de los adultos mayores en Tijuana y Cuernavaca. Se encontró que la necesidad y recepción de apoyo

emocional, de consejo, y de compañía predicen una mayor probabilidad de dificultad y de necesidad de ayuda en los adultos mayores de Tijuana mientras que en los individuos residentes en Cuernavaca solo la necesidad de apoyo emocional y de consejo se asocian con menor probabilidad de necesitar ayuda. Respecto a la autopercepción de apoyo solo se encontró que la percepción de apoyo por parte del esposo/a y de los hijos predicen la baja necesidad de ayuda en la ciudad de Tijuana.

Cuadro 14. Regresión logística de la funcionalidad de la red en el bienestar físico de los adultos mayores diabéticos

	Dificultad Alta				Necesidad de Ayuda Alta			
	Tijuana		Cuernavaca		Tijuana		Cuernavaca	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Tiene necesidad de apoyo								
Apoyo emocional	2.74	1.24-6.10	1.79	0.91-3.55	2.94	1.17-7.41	0.31	0.13-0.37
Apoyo espiritual	0.6	0.27-1.36	1.92	0.92-4.04	0.91	0.36-2.27	0.77	0.28-2.06
Apoyo de consejo	3.44	1.52-7.76	1.21	0.62-2.39	2.27	1.00-5.16	0.35	0.15-0.85
Apoyo de compañía	3.27	1.22-8.76	0.78	0.38-1.59	1.96	0.72-5.78	2.88	0.80-10.3
Apoyo en labores	1.2	0.53-2.70	1	0.43-2.35	1.31	0.53-3.25	0.45	0.15-1.39
Apoyo económico	0.08	0.02-0.40	0.93	0.44-1.94	2.58	0.79-8.40	0.42	0.15-1.15
Recibió apoyo								
Apoyo emocional	8.75	2.93-26.1	0.48	0.18-1.27	3.27	1.25-8.54	1.75	0.48-6.27
Apoyo espiritual	2.35	0.91-6.09	1.27	0.63-2.53	1.38	0.50-3.77	1.75	0.60-5.09
Apoyo de consejo	2.63	1.22-5.67	0.94	0.41-2.18	2.65	1.08-6.50	0.98	0.30-3.21
Apoyo de compañía	6.5	2.17-19.4	2.51	0.87-7.25	4.28	1.41-12.9	0.98	0.30-3.21
Apoyo en labores	1.37	0.58-3.24	1.45	0.48-4.33	1.29	0.50-3.33	0.35	0.09-1.32
Apoyo económico	6.03	1.36-26.7	1.32	0.55-3.16	2.3	0.68-7.70	0.71	0.22-2.25
Auto percepción de apoyo								
Cuenta con el apoyo de esposo/a	0.19	0.07-0.47	1.41	0.68-2.88	0.56	0.21-1.52	1.43	0.52-3.96
Cuenta con el apoyo de hijos	0.35	0.12-0.97	0.65	0.27-1.52	0.58	0.58-1.71	0.51	0.13-1.95
Cuenta con el apoyo de amigos	0.59	0.25-1.44	0.67	0.31-1.45	1.56	0.51-4.67	0.68	0.25-1.90

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.1.5.3 Efecto de la estructura de la red en el bienestar emocional del adulto mayor: comparación entre ciudades

En el cuadro 15 puede observarse que no hay ninguna variable de la estructura de la red que tenga un efecto significativo en el bienestar emocional en ninguna de las ciudades.

Cuadro 15. Regresión logística de la estructura de la red en el bienestar emocional

	Bienestar Emocional Bajo			
	Tijuana		Cuernavaca	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Tipo de Hogar				
Unipersonal	1.27	0.45-3.56	0.64	0.20-2.05
Nuclear pareja	1.09	0.40-2.95	0.93	0.42-2.04
Mono-parental más hijos	1.53	0.62-3.80	0.51	0.22-1.18
Nuclear pareja más hijos	1		1	
Composición de la Red				
Hijos solos	0.64	0.24-1.73	1.03	0.39-2.67
Hijos más parientes	0.6	0.18-2.01	1.84	0.49-6.05
Hijos más amigos	1.34	0.47-3.82	1.16	0.44-3.06
Sin hijos con parientes y/o amigos	0.82	0.15-4.30	1.45	0.32-6.50
Hijos más parientes más amigos	1		1	
Ubicación de la Red				
Casa	0.61	0.30-1.25	0.98	0.43-2.21
Colonia/Ciudad	1.05	0.45-2.41	0.71	0.31-1.62
Ciudad/Extranjero	1.41	0.69-2.87	0.58	0.28-1.24
Número de Integrantes de las Redes				
Red de hijos				
0 a 2	0.46	0.20-1.07	0.78	0.34-1.80
3 o más	1		1	
Red de parientes				
0 a 2	0.41	0.11-1.54	1.01	0.38-2.66
3 o más	1		1	
Red de amigos				
0 a 2	2.24	0.83-6.04	2.23	0.88-5.76
3 o más	1		1	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.1.5.4 Efecto de la funcionalidad de la red en el bienestar emocional del adulto mayor: comparación entre ciudades

En el cuadro 16 se observa que la necesidad de compañía se relaciona con un bajo bienestar emocional en Tijuana y no en Cuernavaca. La necesidad de apoyo económico se asocia igualmente con el bajo bienestar emocional en ambas ciudades. Por otro lado los que reciben apoyo emocional, de compañía y de labores con mayor probabilidad son los adultos mayores con un bajo bienestar emocional de Tijuana, mientras que para Cuernavaca son los que reciben consejo y apoyo en labores. Con relación a la auto percepción de apoyo se destaca que los adultos mayores de Tijuana que cuentan con el apoyo de amigos tienen menor probabilidad de bajo bienestar emocional.

Cuadro 16. Regresión logística de la funcionalidad de la red en el bienestar emocional de los adultos mayores diabéticos

	Bienestar Emocional Bajo			
	Tijuana		Cuernavaca	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Tiene necesidad de apoyo				
Apoyo Emocional	1.97	0.96-4.02	1.68	0.81-3.47
Apoyo Espiritual	1.28	0.62-2.67	1.71	0.79-3.66
Apoyo de Consejo	1.97	0.96-4.05	1.55	0.75-3.21
Apoyo de Compañía	3.2	1.53-6.71	1.36	0.62-2.97
Apoyo en Labores	0.24	0.12-0.49	0.07	0.02-0.23
Apoyo Económico	2.62	1.16-5.90	2.99	1.44-6.21
Recibió apoyo				
Apoyo Emocional	2.82	1.37-5.80	1.82	0.67-4.96
Apoyo Espiritual	0.8	0.37-1.72	1.56	0.73-3.32
Apoyo de Consejo	1.6	0.80-3.20	2.96	1.24-7.05
Apoyo de Compañía	4.73	2.18-10.23	1.29	0.46-3.62
Apoyo en Labores	5.96	2.83-12.58	6.27	2.05-19.14
Apoyo Económico	2.14	0.94- 4.89	1.54	0.62-3.84
Auto percepción de apoyo				
Cuenta con el apoyo de Espos/a	1.28	0.59-2.78	0.56	0.25-1.26
Cuenta con el apoyo de Hijos	0.84	0.39-1.82	0.89	0.51-1.56
Cuenta con el apoyo de Amigos	0.38	0.16-0.90	0.96	0.43-2.14

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

4.2 Discusión

El objetivo principal de este estudio fue conocer al impacto que tienen las redes de apoyo en el bienestar físico y emocional de los adultos mayores diabéticos que viven en dos contextos distintos respecto a la ubicación fronteriza, siendo Tijuana una ciudad transfronteriza y Cuernavaca una ciudad no fronteriza.

Algunas características de los sujetos evaluados en el presente estudio se resaltarán a continuación con el fin de contextualizar el análisis de los resultados. En el perfil de los adultos mayores diabéticos que participaron en el estudio, se observa que se trata de un grupo donde 96 por ciento tienen acceso a servicios de salud. Sin embargo al desagregar por derechohabencia se encontraron diferencias importantes entre los diabéticos de Tijuana y Cuernavaca. En el primer caso sólo el 27.3 por ciento tienen servicios de salud institucionalizados (IMSS e ISSSTE), mientras que en Cuernavaca esta característica de derechohabencia la tiene la mayoría (83.1 por ciento). Los demás individuos hasta completar el 96 por ciento tienen acceso por el seguro popular. Así mismo, observamos un patrón similar en la seguridad social ya que en Tijuana carecen de pensión 74.5 por ciento de los adultos mayores con diabetes y en Cuernavaca 55.2 por ciento. Lo anterior, unido a la presencia de un nivel de severidad de la enfermedad entre alto y grave en 30 por ciento de los sujetos, cobra relevancia a la luz de la teoría de las desigualdades sociales en salud (Adler, et al 1994; Kawachi, *et al*, 2000). Uno de los determinantes sociales más relevantes es el que resalta los efectos materiales de la posición de clase, vistos como la forma en que los niveles más bajos de ingresos o riqueza exponen a las personas a factores de riesgo, tales como la falta de saneamiento, acceso a servicios de salud y ausencia de seguridad social. Complementando lo anterior, observamos que los adultos mayores diabéticos del estudio presentan menores niveles de discapacidad tal como lo evidencia los índices de dificultad y de necesidad de ayuda mientras que predomina el bienestar emocional bajo. En otras palabras los adultos mayores del estudio, presentan mayores niveles de independencia física y un mal estado emocional. Para los estudiosos de los determinantes sociales de la salud Marmot y Wilkinson (2005) este hecho ha sido evidenciado en algunos resultados donde el bajo ingreso económico conlleva a una declinación mental mayor mientras que lo funcional o físico no se vio comprometido.

Al estudiar las características de las redes de apoyo de los adultos mayores con diabetes encontramos diferencias importantes entre Tijuana y Cuernavaca. Específicamente sobre la estructura de la red, se vio que en Tijuana la mayoría de los adultos mayores viven en hogares nucleares conformados por la pareja sola, su red de apoyo está compuesta por hijos y amigos y la ubicación de la red se encuentra predominantemente en otra ciudad y en el extranjero. Estas características contrastan con las observadas en Cuernavaca donde prevalece una estructura de la red más amplia y cercana. Por otra parte, en relación a la funcionalidad de la red, el patrón también es claramente diferente entre ciudades. Los adultos mayores diabéticos de Tijuana necesitan menos apoyo, reciben menos apoyo y tienen una percepción de contar con menos apoyo de sus hijos y esposo/a a diferencia de los adultos mayores de Cuernavaca quienes presentan características totalmente contrarias. Las diferencias arriba mencionadas están relacionadas de manera directa con el contexto migratorio y fronterizo de la población en Tijuana si se tiene en cuenta que entre los fenómenos demográficos que componen el crecimiento de la población, la migración es el de mayor peso en Tijuana. Es más común encontrar personas nacidas en otras entidades de la república. Menos del 50 por ciento de la población nació en Tijuana según datos del Censo de población y vivienda (2010). Por otra parte la tasa de crecimiento de los hogares también es mayor en comparación con el nivel nacional lo que ha repercutido en transformaciones en las estructuras de los hogares más aceleradas en ciudades fronterizas. A pesar de caracterizarse por una menor tasa de hogares, en Tijuana los hogares nucleares mantienen su predominio. Son más pequeños, el promedio de personas por hogar ha disminuido lo que se atribuye al descenso de la fecundidad así como a la mayor educación de la mujer y al incremento de su participación en la actividad económica (López, 2012). En otras palabras, los adultos mayores diabéticos de Tijuana tienen redes cuyas características de estructura están relacionadas con el contexto donde viven. El crecimiento de la población y de los hogares debido al fenómeno migratorio, unido a la dispersión de la red, un fenómeno típico del contexto fronterizo, dan lugar a una menor extensión y unión de la red de apoyo, diferente a lo observado en ciudades del centro del país donde no se presenta un fenómeno migratorio tan marcado y donde lo que prevalece es la presencia de redes de apoyo más extensas y de fácil acceso. La funcionalidad de las redes, en términos de lo que necesitan y reciben los adultos mayores diabéticos, también señala una influencia

del contexto migratorio y fronterizo en la ciudad de Tijuana. Reportan menor necesidad de apoyo y reciben menos apoyo, una característica relacionada con las condiciones de vida dentro de este contexto menos protector para los adultos mayores. Muy probablemente sus historias de vida como migrantes han condicionado no sólo la reducción del apoyo recibido, sino también la baja necesidad del apoyo.

Ahora bien, si consideramos los resultados en relación a como dichas condiciones afectan su bienestar físico y emocional, vemos que en Tijuana los adultos mayores diabéticos que viven solos o con su pareja tienen poca discapacidad, es decir, el índice de dificultad al igual que el índice de necesidad de ayuda para realizar las actividades diarias es bajo, lo que estaría indicando que el grado de la diabetes no ha afectado su nivel de independencia y por lo tanto no ha activado una red de apoyo para su cuidado. Cuando el nivel de dificultad es alto observamos que no hay variaciones importantes respecto a la ubicación de la red de hijos. Sus hijos pueden estar en la misma casa, en la misma colonia o ciudad e inclusive en menor medida, en otra ciudad o en el extranjero, lo que describe una condición propia de los adultos mayores con redes más dispersas. Cuando necesitan ayuda la relación con la ubicación de la red muestra mayor probabilidad de una red de hijos ubicada en otra ciudad o en el extranjero. Este aspecto está relacionado con las familias transfronterizas características de Tijuana donde los adultos mayores son parte integral de una familia cuyos miembros trabajan, estudian y viven en ambos lados de la frontera (Ojeda, 2005). Estas familias se caracterizan por tener contactos frecuentes en dos direcciones y establecer nexos con amigos y familiares que viven en su lugar de origen (Portes, 2003). La intensidad y regularidad de las relaciones transfronterizas cubre muchos aspectos que atraviesan la familia de una manera directa.

En Cuernavaca, la presencia de una red de hijos y parientes pequeña es una variable predictora de mayor dificultad si se compara con las redes más amplias. Si retomamos el resultado, mencionado anteriormente sobre las redes de apoyo más amplias en Cuernavaca, este resultado es congruente con el efecto del tamaño de la red sobre la salud del individuo. Algunos autores, han encontrado diferencias significativas entre el tamaño de la red en sujetos que padecen algún tipo de enfermedad siendo en general menores en comparación con otros sujetos sin estos problemas de salud (Robles et al., 2000). La importancia de la perspectiva estructural en el estudio de la red de apoyo radica en la información que ofrece

acerca de la disponibilidad potencial del apoyo. Desde el enfoque estructural se asume que los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de las mismas y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo. Sin embargo, la existencia de una relación social no puede equipararse a obtener apoyo de la misma. Las pequeñas redes construidas sobre fuertes lazos pueden ser más útiles para hacer frente a los desafíos de la guardería o la enfermedad (Granovetter, 1973; Case, *et al*, 1992; Lett, *et al*, 2007).

Sobre el efecto de la funcionalidad de la red encontramos que los adultos mayores de Tijuana que tienen mayor dificultad y mayor necesidad de ayuda son los que expresan mayor necesidad de apoyo y los que en efecto lo reciben. Considerando que las redes de apoyo en Tijuana son más pequeñas este resultado señalaría una red más significativa. Entre las funciones que cumple la red significativa, están desde las afectivas hasta las cognitivas. Es decir, parte de los componentes de la red pueden cumplir funciones de apoyo emocional, otra parte puede cumplir la función de referente cognitivo para orientar acciones o tomar decisiones. Otra parte, puede funcionar como proveedor de recursos materiales ante situaciones críticas en ese sentido. En la misma vertiente Sluzki refiere que las relaciones pueden persistir o incluso aumentar con el tiempo debido a una sólida conexión con el cónyuge, prosperando la intimidad mutua, así como con una pequeña red de amigos cercanos, mientras que los estrechos vínculos con hermanos y con los hijos pueden experimentar un gratificante reencuentro del tipo "después de todos estos años" sin embargo, en ocasiones, el resultado a largo plazo de esta red social puede llevar a un agotamiento de las relaciones, causando una falta de reciprocidad (Sluzky, 2000).

Por otro lado, al analizar el efecto de la estructura de la red en el bienestar emocional no se encontraron relaciones significativas. El estado emocional de los adultos mayores es independiente de la tipología del hogar, composición, ubicación e integrantes de la red. Sin embargo al considerar el efecto de la funcionalidad de la red sobre el bienestar emocional de los adultos mayores encontramos que el bajo bienestar emocional se asocia con mayor necesidad de apoyo de compañía en Tijuana y de apoyo económico en las dos ciudades. La recepción del apoyo en las dos ciudades también muestra un patrón alto en los de bajo bienestar, aunque no se observó dicha respuesta en el apoyo económico. Este resultado puede estar asociado a la alta vulnerabilidad emocional de los adultos mayores diabéticos que demandan atención de tipo afectivo y económico. Las redes de apoyo de los adultos

mayores aportan un sentido de relaciones y de unión con los demás, proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por su bienestar. Esto permite que el adulto mayor se sienta atendido, amado, valorado y su pertenencia a una comunidad, siendo un hecho que parece influir positivamente en los resultados de la salud (Rodríguez, Patino, 2012). Este cambio favorable que se ejerce sobre el desempeño de los adultos mayores, repercute en su conducta y estilos de vida. Por ejemplo en un estudio realizado en el sureste de la Ciudad de México en 2009, se pudo concluir que el apoyo social puede mejorar ciertos indicadores de bienestar físico y mental de los ancianos con diabetes tipo 2, independientemente de la presencia de complicaciones y otras patologías crónicas (Gallegos-Carrillo, Salmerón, 2009). En este sentido nuestro estudio aporta evidencia y confirma que el capital social está estrechamente vinculado con el bienestar. El matrimonio, la familia, los lazos con amigos, los vecinos, la compañía, el entendimiento, el consejo y la confianza, en general aparecen de forma independiente y robusta y se relacionan con el bienestar que se traduce en la esfera física y/o emocional.

Al desagregar por ciudad se observó el efecto del contexto social y la forma en que las relaciones transfronterizas inciden en los parámetros de bienestar contruidos ad-hoc con nuestro estudio, encontrando que para el caso de la Ciudad de Tijuana, a pesar de mostrar una red menos densa, los indicadores de bienestar fueron mejores, donde la red no necesariamente está en el lugar de residencia pero que se encuentra articulada con el extranjero o con otras ciudades del país, para producir un intercambio de apoyos favorable. En esta parte es interesante abordar desde otros enfoques y definiciones otros tipos de redes sociales. En primer lugar está la *red egocéntrica*, que se refiere al total de individuos con quienes ego intercambia recíprocamente bienes y servicios, que fue la que predominó en esta investigación. Y, en segundo lugar, se encuentra la *red exocéntrica*, donde “lo característico no es el intercambio con un individuo determinado, sino el intercambio de todos con todos” (Lomnitz, 1975). En este sentido, la red egocéntrica y exocéntrica pueden presentar algunas variaciones en su composición y funcionamiento. Las redes exocéntricas tienden a ser más intensas y duraderas que los vínculos sociales logrados en una red egocéntrica (Enríquez, 2000) y dicha aproximación analítica no se hizo evidente en las preguntas exploratorias de esta investigación; es decir, no se midió la

reciprocidad de la red, ya que en primera instancia no fue el propósito de la investigación y en segunda instancia las preguntas se plantearon con un énfasis unidireccional donde el adulto mayor diabético fue un receptor más que un agente interactivo, hecho que limitó la exploración del comportamiento de las redes exocéntricas, pero que genera una veta para el estudio y análisis de este fenómeno en posteriores investigaciones, donde el adulto mayor es el actor central, inmerso en contextos sociales disímboles, condicionados por complejos problemas de salud como las enfermedades crónicas degenerativas que demandan alto apoyo formal e informal en momentos de alta dependencia funcional del individuo en fases avanzadas de cronicidad y daño fisiopatológico.

Estos resultados reafirman los componentes neurales de la teoría sociológica, el soporte social y el capital social en términos de la influencia que guardan respecto a la salud de los adultos mayores con diabetes. La perspectiva egocéntrica de la teoría de las redes sociales prevalece a través del status marital, el contacto con los hijos, los parientes y amigos cercanos (Kawachi, 2000). En este contexto por ejemplo, se ha demostrado la relación entre la incidencia de enfermedades cardiovasculares en hombres y sus redes sociales, donde la incidencia es mayor en hombres con aislamiento social que en aquellos que tienen integración social (Berckman, 2000).

Esta aproximación a la integración social que guardan los adultos mayores diabéticos en nuestra investigación, se pudo explorar a través de los distintos tipos de apoyo social: instrumental (dinero, cuidado de los enfermos), de información y emocional; que no siempre este tipo de conexiones sociales tienen un impacto benéfico, encontrándose por ejemplo diferencias de género, y cierta fortaleza de los lazos débiles (Granovetter, 1973).

La trascendencia del gradiente del status socioeconómico como son el acceso a los servicios de salud, los estilos de vida y la causación reversa (Marmot, 2004; Bazo, 2003) se observaron a través de la seguridad social y la pensión donde una gran mayoría carece de pensión en las dos ciudades, hecho que evidencia la pobreza en que viven los adultos mayores pero que se mitiga a través del apoyo de su redes, donde paradójicamente la gran mayoría tiene cobertura de los servicios de salud. Esta carencia de pensión en la mayoría deja en condiciones de vulnerabilidad a los adultos mayores ante cualquier eventualidad inherente básicamente a complicaciones avanzadas de la diabetes, en la medida que los

recursos económicos son limitados. La desprotección por parte del estado y particularmente la seguridad social es atenuada por la participación de las redes sociales (Blau, 1964).

Implicaciones en las políticas públicas

Las tendencias demográficas actuales y futuras, donde los adultos mayores surgen como la nueva mayoría; forzarán a los políticos responsables a considerar las necesidades de los ancianos que están envejeciendo en los diversos contextos sociales, geográficos y de integración social. Estas inercias, habrán de condicionar mayores retos y esfuerzos por cubrir la demanda de apoyo formal a través de las instituciones, en tanto los intercambios de apoyo informales continuarán cambiando, debido a los dinámicos arreglos familiares que se dan al interior de las familias; producto de la migración, la integración de la mujer a la fuerza laboral, la disminución en el número de hijos y cambios en los patrones tradicionales en las relaciones intergeneracionales al interior de las familias actuales y futuras. La agenda de las políticas públicas futuras estarán determinadas de acuerdo al crecimiento de la población envejecida en un entorno de enfermedad adverso, donde las patologías crónicas que propician la discapacidad, implican el cuidado del adulto mayor enfermo, que demanda un soporte mixto o compartido Estado y familia, en tiempos en que la familia es cada vez más reducida, por lo que las políticas públicas no deben ser solo paliativas sino preventivas, en las generaciones futuras que en unos años envejecerán, cuando el modelo de Estado Benefactor esta rebasado desde antes. En función de una seguridad social exhausta con carencia de recursos e incremento en los costos de manutención y vivienda. Las investigaciones futuras deberán examinar la influencia y los patrones de la estructura y funcionalidad de la red de ancianos a través de mediciones repetidas para interpretar los hallazgos en el terreno y plantear intervenciones de corto y largo plazo en socio-ambientes disímolos. Esto implica grandes retos y estrategias de trabajo con grupos multidisciplinarios, que propicien cambios de comportamiento e interactúen con la familia y se fortalezcan lazos con la comunidad que van más allá de la familia nuclear en tiempos de recursos económicos limitados. Esta visión la corroboran investigaciones previas. Enríquez (2000) apunta que las redes de relaciones son procesos dinámicos y cambiantes que no están de ninguna manera ajenos a los fenómenos económicos, políticos y sociales macro que enfrenta nuestra sociedad en la actualidad.

4.3 Conclusiones

En Tijuana la red es más pequeña pero más significativa y necesitan y reciben menos apoyo. Sin embargo, tienen menos discapacidad, con redes más dispersas. En Cuernavaca, la red es más extensa, pero en presencia de mayor dificultad la red es menos densa.

El estado emocional de los adultos mayores fue independiente de la tipología del hogar, composición, ubicación e integrantes de la red. Sin embargo al considerar el efecto de la funcionalidad de la red sobre el bienestar emocional de los adultos mayores encontramos que el bajo bienestar emocional se asocia con mayor necesidad de apoyo emocional y compañía en Tijuana y de apoyo económico en las dos ciudades. La recepción del apoyo en las dos ciudades también muestra un patrón alto en los de bajo bienestar, aunque no se observó dicha respuesta en el apoyo económico. Esto nos habla de una influencia de las relaciones fronterizas y las que no lo son, y que pueden tener un efecto directo sobre el bienestar de los adultos mayores diabéticos, que se hace vigente en la medida que se incrementa la dependencia funcional, debido a un mayor número de complicaciones y severidad de la enfermedad, impactando la red y los intercambios.

En este sentido esta investigación aporta evidencia y confirma que el capital social está estrechamente vinculado con el bienestar. El matrimonio, la familia, los lazos con amigos, los vecinos, la compañía, el entendimiento, el consejo y la confianza, en general aparecen de forma independiente y robusta y se relacionan con el bienestar que se traduce en la esfera física y/o emocional. Finalmente subrayar que el adulto mayor es susceptible al aislamiento social que refleja el deterioro del tejido social y los procesos de desafiliación social que experimentan muchos individuos y familias por diversas circunstancias. Se observó en la investigación que existen cierto tipo de escenarios familiares que parecen estar más cercanos a esa zona fronteriza de riesgo, soledad y vacío social. Algunos ejemplos son los hogares unipersonales, compuestos por mujeres diabéticas en la etapa de la vejez, que han perdido las posibilidades de mantener activas sus redes y, en quienes se conjuga el deterioro en las condiciones materiales de vida y también el deterioro funcional inexorable por la patología de fondo.

4.4 Ventajas y limitaciones

Ventajas

Debido a los apartados que aborda el cuestionario, se pueden explorar diversos aspectos individuales, familiares y del contexto que rodea a los adultos mayores diabéticos a profundidad en las dos geografías descritas, donde es factible evidenciar la influencia del gradiente socioeconómico, los determinantes en salud y el apoyo social que pueden recibir e intercambiar los sujetos de estudio, permitiendo hacer asociaciones y descifrar jerarquías conectadas al bienestar del individuo.

Limitaciones

- La accesibilidad en determinadas instituciones públicas de salud se complicó básicamente debido a las dificultades que imperan para evaluar protocolos externos en sus comités de investigación. La dificultad para coordinar la aplicación del instrumento con los horarios de los pacientes y sus familiares. En algunos casos se pudo percibir la desconfianza para dar información personal. La fatiga de los pacientes debido a lo extenso del cuestionario y que hubo casos en que desistieron. El predominio de pacientes de menor edad en los sitios de concentración y que por ende no cumplían los criterios de inclusión y la limitación en los tiempos para realizar el estudio.
- El tamaño de muestra puede implicar que disminuya el nivel de confianza o aumentar el tamaño del error.
- Un posible sesgo de selección debido a que no todos los sujetos seleccionados son representativos de todos los adultos mayores diabéticos de dichas ciudades, que pueden tener otras características como nivel socioeconómico, educación o servicios de salud privados.
- La generalización de resultados puede verse comprometida.
- Debido a que es un estudio con enfoque hacia la epidemiología social, no se exploró la perspectiva cualitativa de las redes exocéntricas que son parte del tema de debate

Colegio de la Frontera Norte

Departamento de estudios poblacionales

Instituciones del Sector Salud

Consulta externa y Centros de Asistencia

Carta de Consentimiento Informado

Nombre del estudio: Impacto de los grupos de apoyo sobre el bienestar físico y mental de los adultos mayores diabéticos

Estimado Derechohabiente

Lo (a) estamos invitando a participar en un estudio que se llevará a cabo en esta unidad, con el propósito de conocer cómo influyen las relaciones familiares y sociales en el bienestar físico y emocional de los pacientes diabéticos que están en la vejez y acuden a atenderse aquí.

Este estudio es importante porque:

Está creciendo el número de adultos mayores que tienen diabetes, ya que se ha incrementado la expectativa de vida y al mismo tiempo aumento la presencia de enfermedades crónicas. Por lo que muchas personas de la tercera edad requieren ayuda de carácter personal, facilitados generalmente por los familiares vistos como cuidadores informales, es decir que no reciben un pago por ayudar a un familiar o amigo enfermo; pero actualmente existe una crisis en este tipo de cuidados informales debido a que las familias tradicionales han ido cambiando, pues hay una tendencia a la reducción en el tamaño de la familia, motivada entre otras cosas, por la migración que tiende a afectar las familias extensas; esto ha complicado el cuidado de los pacientes en edad avanzada dentro de las familias mexicanas.

Consideramos que su participación en nuestra investigación será muy valiosa, ya que tiene las cualidades para participar; en este caso tiene la edad adecuada y tiene el diagnóstico del padecimiento. Al igual que usted, otras 387 personas más serán invitadas a participar en otras unidades médicas y asistenciales del Sector Salud en Tijuana B.C y Cuernavaca, Morelos. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos, y haga las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar.

Procedimientos

Se le pedirá que responda un cuestionario en el que le preguntaremos sobre su edad, número de miembros de la familia, ingresos, trabajo, educación y características de sus relaciones familiares y sociales. Finalmente se le harán unas preguntas específicas para conocer más acerca de su bienestar físico y mental. Las entrevistas se llevarán a cabo en forma individual y confidencial. Las entrevistas serán audio-grabadas si usted lo permite para conservar la información que nos proporcione; esta información será totalmente confidencial, esto es, será conservada de forma tal que usted no pueda ser identificado. Pudiera ser que dentro de las preguntas en el cuestionario o durante la entrevista, alguna de estas preguntas le hiciera sentir incómodo(a), por lo que usted tiene todo el derecho de no responder a cualquiera pregunta que le incomode.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio

Los resultados de este estudio brindarán información valiosa para el mejor manejo y atención de personas como usted. También brindará información de gran utilidad para futuros programas de prevención de Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores que son un grupo altamente vulnerable en la población mexicana.

En caso de que se identificaran situaciones que afecten su bienestar emocional de manera significativa, es decir que existan síntomas depresivos, si nos lo permite lo canalizaremos al departamento de salud mental para su atención oportuna y su seguimiento.

No recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted.

Resultados o información

El propósito es obtener valiosa información para mejorar los programas de atención en salud encaminadas a enfrentar la crisis actual de cuidados en adultos mayores con diabetes y sus complicaciones que compromete su bienestar físico y mental.

Participación o retiro

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por la institución del sector salud que pertenece, se le ofrecerán los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica de dicha institución. Es decir, que si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con la institución a la que acude y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe.

Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que

usted tiene como derechohabiente de la institución a la que asiste.

Privacidad y confidencialidad.

La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarla/o (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad.

El equipo de investigadores, su médico tratante, así como las personas que estén involucradas en el cuidado de su salud sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo si llegara a sufrir algún daño físico o si llegará a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley.

Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, por ejemplo, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este proyecto de investigación puede comunicarse de 9:00 a 16:00 hrs, de lunes a viernes con Roberto Enríquez que es el investigador responsable del estudio, o con la Jefa del Departamento de Estudios Poblacionales del Colegio de la Frontera Norte Dra. Silvia Mejía Arango al teléfono 664 6 31 63 00 extensión 1206, ubicado en el Km 18.5 Carretera Escénica Tijuana-Ensenada, San Antonio del Mar, Tijuana, Baja California, México, C.P. 22560.

Declaración de consentimiento informado

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del Participante

Firma del encargado de obtener el consentimiento informado

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del encargado de obtener el consentimiento informado

Firma de los testigos

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Nombre y dirección del Testigo (anotar parentesco con participante)

Firma del Testigo

Nombre y dirección del Testigo 2 (anotar parentesco con participante)

Fecha

Anexo # II

CUESTIONARIO ADULTOS MAYORES DIABETICOS (AMD) DE TIJUANA Y CUERNA VACA

1. Fecha de la entrevista dd/mm/año _____

2. Sexo 1. Hombre 2. Mujer

3. Nombre completo del entrevistado (adulto mayor con diabetes

Nombre _____ Apellidos _____

4. Dirección (Calle, numero, colonia, municipio, estado, c. p.) _____

5. Teléfono y correo electrónico _____

6. Por favor díganos su fecha de nacimiento dd/mm/año

7. edad en años cumplida _____

RED FAMILIAR (APOYO INSTRUMENTAL)

8. Familiar presente

1. Sí
2. No

9. Parentesco del acompañante.

1. Espos(a)
2. Hijo(a)
3. Hermano(a)
4. Nieto(a)
5. Otro familiar
6. Amigo(a)
7. Otro

10. Vive con el entrevistado

1. Sí 2.No

11. Esta persona es el cuidador primario, es decir es quien está más tiempo con usted ?

1. Sí 2. No

12. Dónde nació usted?

Municipio o Delegación _____ Estado _____ Ciudad _____

ESCOLARIDAD

13. Sabe leer y escribir

1. Sí 2.No

14. Asistió a la escuela

1. Sí 2.No

15. ¿Cuál es el grado más alto de estudios que tiene usted?

1. Ninguno
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Preparatoria incompleta
7. Preparatoria completa
8. Universidad incompleta
9. Universidad completa (titulado)
10. Posgrado
11. Carrera técnica
12. Oficio

Indique el número total de años de estudio? _____

OCUPACIÓN

16.Cuál es su trabajo u ocupación principal? _____

ESTADO CIVIL

17. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Casado(a) o en unión libre
2. Separado(a) o divorciado(a)
3. Viudo(a)
4. Soltero(a)
5. No quiso contestar

18. Si contesto en la pregunta anterior que está casado o en unión libre, por favor díganos cuanto meses o años lleva casado o en unión libre? _____

19. Por favor díganos el número de veces que ha estado casado o en unión libre?

20. ¿Cuánto tiempo ha estado separado(a), divorciado(a), soltero(a) o viudo(a)? (solo responder en caso de no estar casado o en unión libre) _____

HISTORIA DE MIGRACIÓN

MIGRACION INTERNA

21. ¿Qué edad tenía usted cuando llegó a vivir a esta ciudad _____

22. Cuantos años ha vivido aquí? _____

MIGRACION INTERNACIONAL

23. Alguna vez ha ido a Estados Unidos? **1. Si 2. No**

(Si no ha estado en Estados Unidos favor de pasar a la pregunta 30)

24. Si ha ido a EU, dígame los lugares en donde ha estado?

25. Porque razones ha ido a Estados Unidos?

1. Trabajo
2. Diversión
3. Compras
4. Visitar familiares
5. Visitar amigos
6. Salud

26. Si trabajó en Estados Unidos, dígame en donde trabajo, por cuanto tiempo y cuál era su ocupación principal?

27. Mientras trabajó en Estados Unidos, vivió usted allá o cruzaba para trabajar y con qué frecuencia cruzaba?

28. Si usted ha ido a EU a visitar familiares, dígame que parentesco tiene la persona a la que visita, que tan frecuentemente la visita (semanal, mensual o anualmente) y cuando fue la última vez que la visito (en caso de ser varios hijos o de parentesco igual, poner en renglón diferente a cada uno)

Parentesco _____ Frecuencia de visita _____ Última vez _____

29. Si usted ha ido a EU a visitar amigos, dígame que tan frecuentemente los visita (semanal, mensual o anualmente) y cuando fue la última vez que la visito

Frecuencia de visita _____ Última Vez _____

RED FAMILIAR (NUMERO)

30. Vive usted solo o acompañado?

1. Solo
2. Acompañado

31. Si vive acompañado, dígame el número de personas que viven en la casa y el nombre (anotar iniciales) y parentesco de las personas que viven en la misma casa con usted.

Número de personas _____ Nombre (iniciales) _____ Parentesco _____

32. Quien es el jefe de familia

1. Entrevistado
2. Otro

33. Si es otro el jefe de familia, cual es el parentesco?

34. Número de hijos vivos?

35. Ahora me gustaría saber ¿cuántos hijos e hijas vivos (incluyendo los adoptados o hijastros) tiene usted?

RED FAMILIAR (CERCANIA GEOGRÁFICA)

36. Ahora quiero que me diga algunas cosas acerca de cada uno de los hijos que tiene vivos actualmente

Iniciales _____ Sexo (M/F) _____ Edades _____

Viven en la misma casa (Si/No) _____

Viven en la misma colonia (Si/No) _____

Viven en la misma Ciudad (Si/No) _____

Si viven en otra Ciudad (Cual) _____

RED FAMILIAR (CONTACTOS MENSUALES)

7. Cuántos de los hijos que nombro ve usted por lo menos una vez al mes?

RED PARIENTES NUMERO

38. Además de su esposo(a) o hijos, ¿cuántos parientes cercanos tiene usted? es decir, con los que se sienta cómodo(a) para hablar de asuntos privados, o que usted pueda llamar cuando necesite ayuda.

RED PARIENTES CONTACTOS MENSUALES

39. Cuántos de estos parientes ve usted por lo menos una vez al mes?

RED AMIGOS (NUMERO)

40. Además de los miembros de su familia, ¿cuántos amigos cercanos tiene usted ? Gente con la que usted se siente cómodo(a), que puede hablar acerca de sus asuntos privados, o que puede llamar cuando necesita ayuda.

RED AMIGOS (CONTACTOS MENSUALES)

41. Cuántos de estos amigos cercanos ve usted por lo menos una vez al mes?

SITUACIÓN ECONÓMICA

52. Es usted pensionado?

1. Sí
2. No
3. No sabe
4. Se negó

50. ¿Quién es responsable de hacer pagos (Por ejemplo, hacer los cheques, administrar los ahorros, pagar la renta, pagar impuestos, pagar por la casa)?

1. Usted mismo
2. Su hijo/a
3. Otro pariente
4. Otro pariente (Abogado, fideicomiso)

51. Usted tiene un testamento?

1. Sí
2. No
3. No sabe

42. De quién es la casa en la que vive?

1. Entrevistado
2. Otro
3. Rentada

44. Recibe usted algún ingreso mensual?

1. Pensión del Seguro social
2. Pensión privada (del trabajo)
3. Propiedad en renta
4. Familiar (especifique parentesco)
5. Ninguna

46. El ingreso que recibe es suficiente para los gastos mensuales?

1. Sí
2. No

49. ¿Considera que es difícil ahorrar dinero debido a los gastos?

1. Si
2. No
3. No sabe
4. Se negó

RED DE APOYO ECONOMICO (RECIBE)

47. En caso de no ser suficiente ¿De dónde más recibe usted el resto del dinero cada mes?

1. Ahorro
2. Inversiones
3. Propiedad
4. Hijo más allegado
5. Otro pariente
6. Otro

43. ¿En el año pasado ha recibido usted ayuda económica?

1. No, nunca
2. Infrecuentemente, ocasionalmente
3. Regularmente

45. ¿Con qué frecuencia recibe el apoyo económico?

1. Cada quincena
2. Cada mes
3. Cada año
4. No sabe
5. Se negó

48. La necesidad de ayudarlo(a) con dinero causa conflictos entre la familia o los hermanos?

1. No, nunca
2. Sí, a veces
3. Sí, muchas veces
4. No, no hay hermanos
5. No sabe

RED DE APOYO ECONOMICO (OFRECE)

53. ¿Usted envía o da dinero a alguien?

1. Sí
2. No
3. Se negó
4. 54. ¿A quien envía dinero o recursos económicos?

1. Hijo(a)
2. Hermano/a
3. Primo/a
4. Cuñado/a
5. Sobrino/a
6. Comadre/Compadre
7. Amigo/a
8. Vecino/a

55. ¿Con que frecuencia envía dinero?

1. Diario
2. Cada tercer día
3. Una vez por semana
4. Cada quincena
5. Cada mes
6. Cada 3 meses
7. Cada año
8. Nunca

VARIABLE DEPENDIENTE (BIENESTAR FISICO)

Cuidados personales (actividades de la vida diaria)

56. Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de la ayuda que necesita usted para hacer ciertas cosas. ¿Ha tenido alguna dificultad o ha necesitado ayuda de alguna persona ó de algún equipo especial ó aparato para poder hacer las siguientes cosas?

57. Ahora quisiera preguntarle acerca de algunas de las actividades diarias, cosas que todos necesitamos hacer como parte de nuestras vidas cotidianas. Quiero saber si usted puede hacer estas actividades solo(a)

Actividad	Usted puede hacer estas actividades solo(a) sin la ayuda de alguien	Frecuencia	Necesita equipo especial	Quien lo ayuda
Caminar por un cuarto pequeño	1. No tengo dificultad 2. Tengo dificultad 3. Necesito ayuda 4. No contesto	Diario .Dos veces por semana Una vez cada quince días . Una vez cada mes .Otro	1. Bastón 2. Andadera 3. Silla de Ruedas 4. Otro 5. No	1. Esposa 2. Hijo(a) 3. Nieto(a) 4. Otro familiar 5. Amiga(o) 6. Personal Pagado 7. Nadie
Bañarse (ya sea baño de esponja, de tina, o de regadera)	1. No tengo dificultad 2. Tengo dificultad 3. Necesito ayuda 4. No contesto	.Diario . Dos veces por semana .Una vez cada quince días . Una vez cada mes .Otro	1. Bastón 2. Andadera 3. Silla de Ruedas 4. Otro 5. No	1. Esposo 2. Hijo(a) 3. Nieto(a) 4. Otro familiar 5. Amiga(o) 6. Personal Pagado 7. Nadie
Realizar el arreglo personal tales como cepillarse el cabello ó los dientes, o lavarse la cara	1. No tengo dificultad 2. Tengo dificultad 3. Necesito ayuda 4. No contesto	. Diario .Dos veces por semana Una vez cada quince días .Una vez cada mes Otro	1. Bastón 2. Andadera 3. Silla de Ruedas 4. Otr 5. No	1. Esposa 2. Hijo(a) 3. Nieto(a) 4. Otro familiar 5. Amiga(o)

				6. Personal Pagado 7. Nadie
Vestirse (como ponerse una camisa, abotonarse, ó poniéndose los zapatos)	1. No tengo dificultad 2. Tengo dificultad 3. Necesito ayuda 4. No contesto	.Diario Dos veces por semana Una vez cada quince días na vez cada mes Otro	1. Bastón 2. Andadera 3. Silla de Ruedas 4. Otro 5. No	1. Esposa 2. Hijo(a) 3. Nieto(a) 4. Otro familiar 5. Amiga(o) 6. Personal Pagado 7. Nadie
Comer (como agarrando un tenedor, cortar comida o beber de un vaso)	1. No tengo dificultad 2. Tengo dificultad 3. Necesito ayuda 4. No contesto	. Diario Dos veces por semana Una vez cada quince días .Una vez cada mes Otro	1. Bastón 2. Andadera 3. Silla de Ruedas 4. Otro 5. No	1. Esposa 2. Hijo(a) 3. Nieto(a) 4. Otro familiar 5. Amiga(o) 6. Personal Pagado 7. Nadie
Levantarse de la cama a una silla	1. No tengo dificultad 2. Tengo dificultad 3. Necesito ayuda 4. No contesto	1. Diario Dos veces por semana 3. Una vez cada quince días 4. Una vez cada mes 5. Otro	1. Bastón 2. Andadera 3. Silla de Ruedas 4. Otro 6. No	1. Esposa 2. Hijo(a) 3. Nieto(a) 4. Otro familiar 5. Amiga(o) 6. Personal Pagado 7. Nadie
Usar el baño (inodoro)	1. No tengo dificultad 2. Tengo dificultad 3. Necesito ayuda 4. No contesto	1. Diario 2. Dos veces por semana 3. Una vez cada quince días 4. Una vez cada mes 5. Otro	1. Bastón 2. Andadera 3. Silla de Ruedas 4. Otro 5. No	1. Esposa 2. Hijo(a) 3. Nieto(a) 4. Otro familiar 5. Amiga(o) 6. Personal Pagado 7. Nadie

Actividades	Si lo puede hacer solo o con la ayuda de otra persona	Quien lo ayuda	Frecuencia	Nunca
¿Usar el teléfono sin ayuda (incluso mirar los números y marcar)?	<ol style="list-style-type: none"> No tengo dificultad Tengo dificultad Necesito ayuda No contesto 	<ol style="list-style-type: none"> Esposa Hijo(a) Nieto(a) Otro familiar Amiga(o) Personal Pagado Nadie 	<ol style="list-style-type: none"> Diario Dos veces por semana Una vez por quincena Una vez al mes Otra Nunca 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca lo ha hecho
¿Ir de compras para comestibles (comida) o ropa sin ayuda (para encargarse de todo lo que necesita comprar, suponiendo que él/ella tiene transportación)	<ol style="list-style-type: none"> No tengo dificultad Tengo dificultad Necesito ayuda No contesto 	<ol style="list-style-type: none"> Esposa Hijo(a) Nieto(a) Otro familiar Amiga(o) Personal Pagado Nadie 	<ol style="list-style-type: none"> Diario Dos veces por semana Una vez por quincena Una vez al mes Otra Nunca 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca lo ha hecho
¿Puede usted preparar su propia comida sin ayuda (planear/cocinar sus comidas por sí mismo/a)?	<ol style="list-style-type: none"> No tengo dificultad Tengo dificultad Necesito ayuda No contesto 	<ol style="list-style-type: none"> Esposa Hijo(a) Nieto(a) Otro familiar Amiga(o) Personal Pagado Nadie 	<ol style="list-style-type: none"> Diario Dos veces por semana Una vez por quincena Una vez al mes Otra Nunca 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca lo ha hecho
¿Puede usted sin ninguna ayuda hacer los quehaceres de la casa (lavar los platos y tender la cama)?	<ol style="list-style-type: none"> No tengo dificultad Tengo dificultad Necesito ayuda No contesto 	<ol style="list-style-type: none"> Esposa Hijo(a) Nieto(a) Otro familiar Amiga(o) Personal Pagado Nadie 	<ol style="list-style-type: none"> Diario Dos veces por semana Una vez por quincena Una vez al mes Otra Nunca 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca lo ha hecho
¿Puede usted sin ninguna ayuda tomar su medicina (en las dosis correctas y a tiempo)?	<ol style="list-style-type: none"> No tengo dificultad Tengo dificultad Necesito ayuda No contesto 	<ol style="list-style-type: none"> Esposa Hijo(a) Nieto(a) Otro familiar Amiga(o) Personal Pagado Nadie 	<ol style="list-style-type: none"> Diario Dos veces por semana Una vez por quincena Una vez al mes Otra Nunca 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca lo ha hecho
¿Puede usted sin ninguna ayuda manejar su propio dinero (pagar cuentas)?	<ol style="list-style-type: none"> No tengo dificultad Tengo dificultad Necesito ayuda No contesto 	<ol style="list-style-type: none"> Esposa Hijo(a) Nieto(a) Otro familiar Amiga(o) Personal Pagado Nadie 	<ol style="list-style-type: none"> Diario Dos veces por semana Una vez por quincena Una vez al mes Otra Nunca 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca lo ha hecho
¿Puede usted hacer trabajo pesado en casa como lavar ventanas, paredes, y pisos sin ninguna ayuda?	<ol style="list-style-type: none"> No tengo dificultad Tengo dificultad Necesito ayuda 	<ol style="list-style-type: none"> Esposa Hijo(a) Nieto(a) Otro familiar Amiga(o) Personal Pagado Nadie 	<ol style="list-style-type: none"> Diario Dos veces por semana Una vez por quincena Una vez al mes 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca lo ha hecho

58. ¿Hace cuanto tiempo que usted necesita ayuda con actividades que no puede hacer por sí mismo?

1. Menos de 6 meses
2. Entre 6 y 12 meses
3. 1-2 años
4. 3-5 años
5. 6-10 años
6. 11 o más años
7. No sabe
8. Se negó

VARIABLE PENDIENTE BIENESTAR EMOCIONAL (SATISFACCION)

59. Ahora por favor piense en todos los aspectos de su vida, y díganos por favor ¿Qué tan satisfecho(a) está usted -- completamente satisfecho(a), muy satisfecho(a), un poco satisfecho(a), ó no está satisfecho(a).

1. Muy satisfecho/a
2. Satisfecho/a
3. Un poco satisfecho/a
4. No está satisfecho/a
5. No sabe
6. Se negó

VARIABLE PENDIENTE BIENESTAR FISICO (MOVILIDAD)

(Movilidad) Ahora queremos hacerle unas breves preguntas acerca de la independencia que tiene para desplazarse de un lugar a otro

VARIABLE PENDIENTE BIENESTAR FISICO (PERCEPCION SALUD)

Subir y bajar escaleras

1. No tengo dificultad
2. Tengo dificultad
3. Necesito ayuda
4. No contesto

Caminar menos de una cuadra

1. No tengo dificultad
2. Tengo dificultad
3. Necesito ayuda
4. No contesto

Caminar más de una cuadra

1. No tengo dificultad
2. Tengo dificultad
3. Necesito ayuda

61. ¿Diría, usted que su salud en general es excelente, muy buena, regular, o mala?

1. Excelente
2. Muy buena
3. Regular
4. Mala
5. No se
6. Se negó

62. Ahora queremos hacerle unas preguntas acerca de su familia y sus amigos. Por favor dígame que piensa.

Que piensa respecto a	En su esposo	En sus hijos/as	En sus amigos/as
Que tanto lo entiende(n) respecto a sus sentimientos acerca de las cosas	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene	<ol style="list-style-type: none">7. Mucho8. Algo9. No del todo10. No sabe11. Se rehusó <p>No tiene</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene
Que tanto confía usted si tiene algún problema(s) serio(s)	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene
Que tanto la (o) escucha(n) si usted tiene la necesidad de hablar acerca de sus preocupaciones	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene
Que tan frecuentemente están de acuerdo con usted cuando le(s) cuenta algo	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene	<ol style="list-style-type: none">1. Mucho2. Algo3. No del todo4. No sabe5. Se rehusó6. No tiene

VARIABLE DEPENDIENTE BIENESTAR EMOCIONAL (DEPRESION)

63. (Depresión) Instrucción. Pregunte de manera directa al paciente y solicite sus respuestas en términos de SI ó NO. Otorgue un punto por cada respuesta marcada según subrayado.

Pregunta	Opción respuestas
Está usted básicamente satisfecho con su vida?	1 Si 2 No
Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	1 Si 2 No
Siente usted que su vida está vacía?	1 Si 2 No
Se siente usted aburrido frecuentemente?	1 Si 2 No
La mayoría del tiempo está usted de buen ánimo?	1 Si 2 No
Está preocupado o teme que algo malo le puede pasar?	1 Si 2 No
Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1 Si 2 No
Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido?	1 Si 2 No
Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	1 Si 2 No
Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1 Si 2 No
Cree usted que es maravilloso estar vivo?	1 Si 2 No
Se siente inútil o despreciable como está actualmente?	1 Si 2 No
Se siente usted lleno de energía?	1 Si 2 No
Se siente sin esperanza ante su condición actual?	1 Si 2 No
Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	1 Si 2 No

VARIABLE DEPENDIENTE BIENESTAR EMOCIONAL (ANSIEDAD)

64. Ansiedad

Pregunta	Opciones de respuestas	Pregunta	Opciones de respuestas
Sí se levanta temprano, duerme mal por el resto de la noche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto 	Siento miedo o temor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto
Me siento muy asustado/a o tengo sentimientos de pánico sin una razón aparente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto 	Siento que la vida no es digna de ser vivida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto
. Me siento miserable y triste.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto 	Todavía disfruto de las cosas que hago	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto
Me siento nervioso cuando salgo de la casa por mi cuenta.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto 	Estoy inquieto y no puedo quedarme calmado/a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto
He perdido el interés en las cosas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto 	Estoy más sensible que de costumbre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto
Tengo palpitaciones, o sensaciones de mariposas en el estómago o el pecho.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto 	Me siento decaído	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto
Tengo un buen apetito	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto 	Tengo constantemente pensamientos de preocupación en mi mente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si definitivamente 2. Si algunas veces 3. No, no mucho 4. No, en absoluto

65. Las siguientes preguntas son acerca de cómo se siente respecto a diferentes aspectos en su vida.

VARIABLE DEPENDIENTE BIENESTAR EMOCIONAL AISLAMIENTO

66. Qué tan frecuentemente se siente aislado de los demás?

1. Frecuentemente
2. Alguna parte del tiempo
3. Casi nunca
4. No sabe
5. Se rehusó

VARIABLE
EMOCIONAL

DEPENDIENTE BIENESTAR
LOCUS DE CONTROL

(Locus de control)

67. Qué tan preocupado se siente acerca de ser incapaz de ser independiente y cuidar de usted mismo y de sus asuntos en el futuro.

1. Muy preocupado
2. Algo preocupado
3. Poco preocupado
4. No sabe
5. Se rehusó

68. En qué medida siente usted que puede controlar su estado de salud a través de sus propias acciones.

1. Mucho
2. Algo
3. No del todo
4. No sabe
5. Se rehusó

NECESIDAD DE APOYO SOCIAL

Cuestionario de Apoyo Social

69. Instrucciones. A continuación aparece una serie de preguntas cuyo objetivo es conocer como usted percibe el apoyo social durante el último mes. Conteste cada una de las preguntas usando la escala provista. ¿Cuánto apoyo emocional necesitó durante el último mes? (ejs. Consuelo, desahogo, fortaleza)

Preguntas	Opciones	Quien le dio el apoyo
¿Cuánto apoyo emocional necesitó durante el último mes? (ejs. Consuelo, desahogo, fortaleza)	<ol style="list-style-type: none">1. Nada2. Casi nada3. Algo4. Bastante5. Muchísimo	<ol style="list-style-type: none">1. Esposo/a2. Hijo/a3. Hermano/a4. Nieto/a5. Otro familiar6. Amigo/a
¿Cuánto apoyo espiritual necesitó durante el último mes? (ejs. Oración, reflexión, asistir a reuniones religiosas)	<ol style="list-style-type: none">1. Nada2. Casi nada3. Algo4. Bastante5. Muchísimo	<ol style="list-style-type: none">1. Esposo/a2. Hijo/a3. Hermano/a4. Nieto/a5. Otro familiar6. Amigo/a
¿Cuánto consejo necesitó durante el último mes? (ejs. Familiares, amistades, profesionales)	<ol style="list-style-type: none">1. Nada2. Casi nada3. Algo4. Bastante5. Muchísimo	<ol style="list-style-type: none">1. Esposo/a2. Hijo/a3. Hermano/a4. Nieto/a5. Otro familiar6. Amigo/a
¿Cuánto apoyo de la compañía de otras personas necesitó durante el último mes? (ejs. Amistades, compañero/a, entre otras personas o grupos)	<ol style="list-style-type: none">1. Nada2. Casi nada3. Algo4. Bastante5. Muchísimo	<ol style="list-style-type: none">1. Esposo/a2. Hijo/a3. Hermano/a4. Nieto/a5. Otro familiar6. Amigo/a
¿Cuánto apoyo en actividades sociales necesitó durante el último mes? (ejs. Fiestas, cine, eventos deportivos, clubes, entre otros)	<ol style="list-style-type: none">1. Nada2. Casi nada3. Algo4. Bastante5. Muchísimo	<ol style="list-style-type: none">1. Esposo/a2. Hijo/a3. Hermano/a4. Nieto/a5. Otro familiar6. Amigo/a
¿Cuánto apoyo material o económico necesitó durante el último mes? (ejs. dinero, comida,	<ol style="list-style-type: none">1. Nada2. Casi nada3. Algo	<ol style="list-style-type: none">1. Esposo/a2. Hijo/a3. Hermano/a

albergue, transportación, entre otras)

4. Bastante
5. Muchísimo

4. Nieto/a
5. Otro familiar
6. Amigo/a

¿Cuánto apoyo de labores o tareas necesitó durante el último mes? (ejs. Trabajo del hogar, asignaciones escolares, arreglar el carro, entre otras)

1. Nada
2. Casi nada
3. Algo
4. Bastante
5. Muchísimo

1. Esposo/a
2. Hijo/a
3. Hermano/a
4. Nieto/a
5. Otro familiar
6. Amigo/a

RED FAMILIAR APOYO INSTRUMENTAL

70. ¿La necesidad de ayudarlo a usted con sus quehaceres causa conflictos entre la familia o los hermanos?

1. No
2. Sí a veces
3. Sí, muchas veces
4. No sé
5. Se negó

71. ¿Cuál es la razón principal por la cual usted necesita ayuda? (pregunta al informante o indirecta)

Tiene Alzheimer o problemas de memoria	1. Sí	2 No
Está incapacitado/a pero no postrado en cama (por ejemplo, en silla de ruedas o andador)	1. Sí	2 No
Esta postrado/a en cama (por ejemplo con apoplejía o fractura de cadera)	1. Sí	2 No
Tiene una enfermedad (por ejemplo pulmonía, enfermedad cardíaca)	1. Sí	2 No
Tiene un problema mental o problemas con el alcohol o drogas	1. Sí	2 No
Estoy asustado de salir de la casa cuando no hay alguien conmigo	1. Sí	2 No
Otra razón (Especificar)	1. Sí	2 No
No sabe	1. Sí	2 No
Se negó	1. Sí	2 No

Diabetes

72 ¿Alguno de sus padres tuvo Diabetes?

1. Si, solo mi Madre
2. Si, solo mi Padre
3. Si, ambos
4. Si mi Madre/ no sé si mi Padre

5. Si mi Padre/ no sé si mi Madre
6. No, ninguno
7. No sabe
8. Se rehusó

73. ¿A qué edad le dijo por primera vez un doctor que usted tenía Diabetes?

74. ¿Está tomando usted alguna medicina para la diabetes actualmente?

- Sí
- No
- No sabe
- Se rehusó

75. ¿Se está aplicando dosis de insulina?

1. Sí
2. No
3. No sabe

76. ¿Durante cuánto tiempo se ha aplicado dosis de insulina?

77. ¿Le ha pedido el Doctor que lleve una dieta especial para la diabetes?

1. Sí
2. No
- 3. No sabe**
- 4. Se rehusó**

78. Esta usted siguiendo la dieta actualmente?

1. Si
2. No
- 3. No sabe**
- 4. Se rehusó**

79. ¿Como resultado de su diabetes ha tenido problemas con sus riñones?

1. Sí
2. No
- 3. No sabe**
- 4. Se rehusó**

80. ¿Actualmente está recibiendo diálisis o hemodiálisis como tratamiento?

1. Sí
2. No
- 3. No sabe**
- 4. Se rehusó**

81. ¿Como resultado de su diabetes ha tenido problemas con sus ojos?

1. Sí
2. No
- 3. No sabe**
- 4. Se rehusó**

82. ¿Como resultado de sus diabetes ha tenido o no algún problema de circulación en sus piernas o brazos?

1. Sí
2. No
- 3. No sabe**
- 4. Se rehusó**

83. ¿Como resultado de la diabetes ha sufrido o no alguna amputación?

1. Dedos
2. Dedos de los pies
3. Un pie
4. Ambos pies
5. Alguna pierna
6. Ambas piernas
7. Otro sitio
8. Ninguna amputación
9. Se rehusó

84. ¿Qué tan seguido se checa su azúcar en sangre? (excluyendo las veces que es checada por su doctor)

85. Prueba de hemoglobina glucosilada “A”. ¿Cuántas veces en los pasados doce meses una enfermera, médico o algún profesional de la salud le ha checado su hemoglobina glucosilada “A ”?

86. ¿Le ha dicho alguna vez un médico o otro profesional de salud que USTED tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Tipo de padecimiento o condición clínica

Había sufrido un ataque cardiaco, un ataque del corazón, un coronario, sufrido u infarto o trombosis coronario?

Opciones

1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó

Sí, sí ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto?

1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó

¿Había sufrido una apoplejía, embolia cerebral/hemorragia cerebral?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Sí, sí ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Padece presión alta?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Sí, sí ¿Está tomando medicina recetada por un médico para la presión alta?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
A partir de los 50 años se ha fracturado o rompió la cadera?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Sí, sí ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Se ha fracturado algún otro hueso?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
En el mes pasado, notó algún dolor o malestar al estar de pie o al caminar?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
¿Durante los últimos 12 meses, ¿Usted sufrió una caída, terminando en el suelo o el piso?	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Sí, sí, ¿cuántas veces a él/ella ha sufrido una caída? /__/_/	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
¿Usualmente, usted puede oír y entender a que las personas dicen sin verle la cara si esa persona le habla en voz normal en un cuarto callado? sin utilizar un aparato	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Si, con un aparato auditivo	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Quando está usando anteojos/lentes de contacto), ¿Usted puede mirar bien para reconocer a un amigo o miembro de la familia? A través de la calle	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
A través del cuarto	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
A quién está a un brazo a lo largo de distancia	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó

87. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud que USTED tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Opción
Enfermedad del Riñón	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Enfermedad del Hígado, vesícula o vías biliares	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Enfermedad del corazón (infarto, angina de pecho, arritmia, insuficiencia)	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Enfermedad de la Tiroides (hipo o hipertiroidismo, bocio, nódulos)	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Enfermedad de Parkinson	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Enfermedad de Alzheimer u otra demencia	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Enfermedad de los ojos (cataratas, glaucoma, degeneración macular)	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Enfisema pulmonar	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Artritis	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Osteoporosis	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Anemia	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Problemas Prostáticos (hombres)	1. Sí 2 No 3. No sé 4. Se rehusó

88. Le han diagnosticado cáncer?

1. Sí
2. No

89. En caso de que le hayan diagnosticado cáncer alguna vez, por favor díganos que tipo de cáncer se le diagnosticó?

Tipo de cáncer	Opción
Cervico uterino	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Seno	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Próstata	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Pulmón	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Estomago	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Colon	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Piel	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó
Otro	1. Si 2 No 3. No sé 4. Se rehusó

Anexo III

Tabla 1. Análisis descriptivo de las características generales entre el medio hospitalario y asistencial por ciudad

	Tijuana			Cuernavaca		
	Medio Hospitalario n=132	Medio Asistencial n=29	Valor P	Medio Hospitalario n=145	Medio Asistencial n=27	Valor P
Edad (media, ds)						
• 60 a 69 años	56.8	51.7	0.62	44.1	59.3	0.15
• 70 años y mas	43.2	48.3		55.9	40.7	
Escolaridad						
• 0 a 6 años	46.2	44.8	0.89	42.8	40.7	0.84
• 7 años y mas	53.8	55.2		57.2	59.3	
Sexo						
• Hombres	32.6	31.0	0.87	42.8	55.6	0.22
• Mujeres	67.4	69.0		57.2	44.4	
Estado Marital por ciento						
• Con pareja	47.7	51.7	0.69	53.8	66.7	0.37
• Sin Pareja	52.3	48.3		46.2	33.3	
Recibe Pensión						
• Si	26.5	20.7	0.51	43.4	51.9	0.42
• No	73.5	79.3		56.6	48.1	
Índice de severidad de la diabetes						
• Bajo	28.0	20.7	0.72	29.7	33.3	0.27
• Moderado	47.7	55.2		35.2	48.1	
• Alto	17.4	20.7		18.6	14.8	
• Grave	6.8	3.4		16.6	3.7	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables dependientes entre el medio hospitalario y asistencial por ciudad

	Tijuana			Cuernavaca		
	Medio Hospitalario	Medio Asistencial	Valor P	Medio Asistencial	Medio Hospitalario	Valor P
Bienestar Físico						
Índice de dificultad						
o Bajo por ciento	76.5	72.4	0.64	63	55.2	0.45
o Alto por ciento	23.5	27.6		37	44.8	
Índice de necesidad de ayuda						
o Poca por ciento	81.1	82.8	0.83	92.6	84.8	0.28
o Mucha por ciento	18.9	17.2		7.4	15.2	
Bienestar emocional						
Índice de bienestar emocional						
o Alto %	39.4	41.4	0.84	33.3	30.3	0.76
o Bajo %	60.6	58.6		66.7	69.7	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables independientes del medio hospitalario y asistencial por ciudad

	Tijuana			Cuernavaca		
	Medio Hospitalario	Medio Asistencial	Valor P	Medio Asistencial	Medio Hospitalario	Valor P
Tipo de hogar						
Unipersonal	17.4	13.8	0.94	14.8	13.8	0.59
Nuclear pareja	19.7	20.7		3.7	2.1	
Nuclear pareja más hijos	26.5	31.0		63.0	53.1	
Mono-parental más hijos	36.4	34.5		17.5	31.0	
Composición de la red						
Hijos solos	32.6	27.6	0.48	25.9	20.7	0.25
Hijos más parientes	16.7	17.2		7.4	17.2	
Hijos más amigos	29.5	20.7		29.6	15.2	
Hijos más parientes más amigos	17.4	24.1		29.6	41.4	
Sin hijos con parientes y/o amigos	3.8	10.3		7.4	5.5	
Ubicación de la red						
Casa						
o Si	56.1	51.7	0.67	63.0	75.2	0.19
o No	43.9	48.3		37.0	24.8	
Colonia/Ciudad						
o Si	78.0	75.9	0.8	80.0	66.7	0.13
o No	22.0	24.1		20.0	33.3	
Otra ciudad/extranjero						
Si	60.6	58.6	0.84	45.5	37.0	0.41
o No	39.4	41.4		54.5	63.0	
Número de Integrantes de las Redes						
Red de Hijos						
o 0 a 2	81.1	65.5	0.07	77.9	70.4	0.39
o 3 o más	18.9	34.5		22.1	29.6	
Red de Parientes						
o 0 a 2	93.2	86.2	0.22	80.7	88.9	0.31
o 3 o más	6.8	13.8		19.3	11.1	
Red de Amigos						
o 0 a 2	84.1	75.9	0.29	79.3	70.4	0.30
o 3 o más	15.9	24.1		20.7	29.6	

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

Tabla 4. Análisis descriptivo variables independientes de la funcionalidad de la red en Tijuana y Cuernavaca

	Tijuana			Cuernavaca		
	Medio Hospitalario	Medio Asistencial	Valor P	Medio Asistencial	Medio Hospitalario	Valor P
Necesidad de Apoyo						
Apoyo Emocional						
o Si	48.5	44.8	0.72	63.0	61.4.	0.88
o No	51.5	55.2		37.0	38.6	
Apoyo espiritual						
o Si	68.2	69.0	0.93	66.7	74.5	0.4
o No	31.8	31.0		33.3	25.5	
Apoyo de Consejo						
o Si	39.4	34.5	0.62	63.0	63.4	0.96
o No	60.6	65.5		37.0	36.6	
Apoyo de Compañía						
o Si	68.9	55.2	0.15	63.0	73.8	0.25
o No	31.1	44.8		37.0	26.2	
Apoyo en Labores						
o Si	60.6	44.8	0.12	77.8	82.1	0.6
No	39.4	55.2		22.2	17.9	
Apoyo Económico						
o Si	77.3	75.9	0.87	55.6	70.3	0.13
o No	22.7	24.1		44.4	29.7	
Recibió Apoyo						
Apoyo Emocional						
o Si	62.1	48.3	0.17	81.5	87.6	0.39
o No	37.9	51.7		18.5	12.4	
Apoyo Espiritual						
o Si	64.4	55.2	0.35	74.4	69.7	0.94
No	35.6	44.8		29.6	30.3	
Apoyo de Consejo						
o Si	50.8	37.9	0.21	85.2	82.8	0.75
No	49.2	62.1		14.8	17.2	
Apoyo de Compañía						
o Si	68.9	77.8	0.11	77.4	89	0.13
o No	31.1	22.2		22.6	11	
Apoyo en Labores						
o Si	64.4	44.8	0.07	85.2	90.3	0.42
o No	35.6	55.2		14.8	9.7	
Apoyo Económico						
o Si	81.1	72.4	0.29	77.8	84.1	0.42
o No	18.9	27.6		22.2	15.9	
Auto Percepción de Apoyo						
Cuenta con el apoyo de esposo/a	33.3	31.0	0.81	55.6	44.1	0.27
Cuenta con el apoyo de hijos	69.5	61.5	0.42	84.4	77.7	0.1
Cuenta con el apoyo de amigos	25.8	27.6	0.84	40.7	25.5	0.11

Fuente: elaboración propia con base en el cuestionario AMD de Tijuana y Cuernavaca

Referencias bibliográficas

Aalto A, Uutela AI (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: Disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30 (3): 215– 225.

Adler N, Boyce T, Syme L, et al (1994). “Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient,” *American Psychologist* 49 (1) 15-24 pp.

Alberti KG, Zimmet PZ, (1998). Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Med*; 15, 539-553 pp.

Alwin D (2007). *Margins of error: A study of reliability in survey measurement*. Wiley, New York.

American Diabetes Association (2003). Physical activity/exercise and diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26 (1): 73–77 pp.

American Diabetes Association(2003). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26 (S1) : 33–50 pp.

Aranibar P, (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Serie Población y Desarrollo*, Santiago de Chile: CEPAL-CELADE-División de población. 7-40 pp.

Arling G. Strain, social support, and distress in old age. *J Gerontol* 1987; 42: 107-13 pp.

Arredondo A, Najera P, Leyva R (1999). Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Pública Mex*;41: 18-26 pp.

Arredondo A, Zuñiga A, (2004). Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle-income countries: the Mexican case. *Diabetes Care*; 27(1): 1-7 pp.

Arriagada L (2004). Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas, *Panel Población*; 40. 71-95 pp.

Arriagada L (2007). *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. Cepal. Santiago de Chile.

Arriarán S (1997). *Filosofía de la posmodernidad*. México: UNAM. Facultad de Filosofía y Letras.

Ball S, Eckel C, Grossman P, et al (2001). “Status in Markets,” *Quarterly Journal of Economics* 116(1):161-88 pp. Barnes J A (1969). *Graph Theory and Social Networks*. En *Sociology* 3.

Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures and models. *Am J Community Psychol* 1986; 14: 413-45 pp.

Bartley M (2005). "Job Insecurity and its Effect on Health," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 718-19 pp.

Bazo M T (1994) *La sociedad anciana*. Editorial Siglo XXI, Madrid, España.

Bazo M.T (2003). "Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: Una perspectiva internacional comparada", *Revista Española de Sociología* (num 2, in press).

Beaumont, J. G., & Kenealy, P. M. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Aging and Society*, 24, 755–769 pp.

Berkman L. Glass T (2000). "Social Integration, Social Networks, Social Support and Health." In *Social Epidemiology*. Edited by Lisa F. Berkman and Ichiro Kawachi. New York: Oxford University Press. 137-74 pp.

Berkman L, Glass T, et al (2000). "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium," *Social Science and Medicine*. 51. 843-57 pp.

Blanco, A. Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589 pp.

Blau, P. Homans, M (1964). *Exchange and power in social life*, Wiley, New York.

Birren, J. E., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts, and theory. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed., pp. 3–34). New York: Van Nostrand Reinhold

Bonds D, Camacho F, et al. (2004). The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Family Practice*. 5-26 pp.

Bonilla E, Rodriguez P, (1995). Más allá del dilema de los métodos la investigación en las ciencias sociales, universidad de los Andes Santa fe de Bogotá: Editorial Presencia. 222 pp.

Burt R S (1980a). Cooptive corporate actor networks: a reconsideration of interlocking directorates involving American manufacturing. *Administrative Science Quarterly* 25: 557-582 pp.

Burt R S (1980b). Models of network structure. *Annual Review of Sociology* 6: 79-141 pp.

Burt RS (1982). *Toward a Structural Theory of Action: Network Models of Social Structure, Perception and Action*. Nueva York: Academic Press.

Burt R S (1987). Social Contagion and Innovation, Cohesion Versus Structural Equivalence. *American Journal of Sociology* 92: 1287- 1335 pp.

Cabrera G (1999). Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo em Zarzal, Colombia 1999. São Paulo; Tese CIR/Faculdade de Saúde Pública USP.

Campbell, A., Converse, P. A., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation

Canales A I, Zolniskii C (2003). "Comunidades Transnacionales y Migración en la Era de la Globalización." *Notas de Población*; 73. 221-252 pp.

Case R, Moss S, et al (1992). "Living Alone After Myocardial Infarction," *Journal of the American Medical Association*. 267-515 pp.

Cartwright F, Biddis M (1972). *Disease and history*. Nueva York: Thomas Crowell Company. 5-28 pp.

Catalán-Reyes y Galindo Billardón (2003). *Utilización de modelo multinivel en investigación sanitaria*. *Gaceta Sanitaria*, 2003; 17(Supl 3): 35-52 pp.

CEPAL (2004). Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: Necesidad de políticas públicas eficientes. Naciones Unidas. Santiago de Chile. 274-280 pp.

CEPAL (2009). *Panorama social de América Latina*. Naciones Unidas. 54-57 pp.

Cheng, S. (2004). Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective. *Psychology and Aging*, 19, 409-415 pp.

Clarkwest A (2008) Neo-materialist theory and the temporal relationship between income inequality and longevity change* *Social Science & Medicine* 66.1871-1881 pp.

Cockerham W (2005). "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure." *Journal of Health and Social Behavior* 46. 51-67 pp.

Cockerham W (2007). *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press.

Cohler J, Altergott K (1995). The family of the second half of life: Connecting theories and findings. *Handbook of Aging and the family*. Greenwood Press. 59-94 pp.

Coleman J S (1972). Systems of social exchange. En *Journal of Mathematical Sociology* 2:145-163.

Collins, Sean M., Robert A, et al (2005). "Job Strain and Autonomic Indices of Cardiovascular Disease Risk." *American Journal of Industrial Medicine* 48. 182-93 pp.

Conesa, M.D., Rodríguez Laso, A. y Otero, A. (2004). *Aplicaciones de los Modelos Multinivel al análisis de medidas repetidas en estudios longitudinales*. Revista Española de Salud Pública, 78. 177-188 pp.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2009), *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*

Connell C, Fisher E, et al (1992). Relationships among social support, diabetes outcomes, and morale for older men and women. *Journal of Aging and Health*, 4, 77–100 pp.

Cox D J, Gonderfrederick L (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 60 (4): 628– 638 pp.

Coyne J. C, DeLongis A (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454–460 pp.

Cummings E, Henry W (1961). *Growing old: The Process of Disengagement*. Basic Books, New York.

Dale J, Caramlau IO, et al (2008). Peer support telephone calls for improving health. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; issue 4. CD006903. DOI: 10.1002/14651858.

Davis K, Taylor B, Furniss D (2001). *Narrative account of tracking the rural domestic violence survivors' journey: a feminist approach*. *Health care Women Int* 2001,22:333-47 pp.

Davis, Kingsley (1945). "The World Demographic Transition." *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 235. 1–11 pp.

Davis KL, O'Toole ML, Brownson CA, et al (2007). Teaching how, not what: the contributions of community health workers to diabetes self-management. *Diabetes Educ*; 33 (suppl 6): 208S–215S.

De Almeida FN (1992). *A clínica e la epidemiología*. Salvador de Bahía: Apce-Abrasco.

Dunn, J, Veenstra G, et al (2006). "Psychosocial and Neo-Material Dimensions of SES and Health Revisited: Predictors of Self-Rated Health in a Canadian National Survey. *Social Science and Medicine* 62(6): 1465-73 pp.

Emirbayer M, Goodwin J (1994). "Network Analysis, Culture, and the Problem of Agency," *American Journal of Sociology*, Vol. 99 (6): 1411-54 pp.

Durkheim E (1951). *Suicide*. New York: Free Press (Original work published 1897).

Duvall M, Miller B (1985). *Marriage and Family Development*, 6th edition. Harper and Row. New York.

- ENASEM, (2003). Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México.
- Enríquez R (2000). Redes Sociales y Pobreza en: Mitos y Realidades. La Ventana, Núm. 11. 42 pp.
- ENSA (2000). Encuesta nacional de salud 2000. 94-95 pp.
- Eraker S, Kirscht J, Becker M (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 100. 258–68 pp.
- Falk A, Hanson BS, Isacson SO, Ostergen PO. Job Strain and mortality in elderly men: social network, support, and influence as buffers. *Am J Public Health* 1992; 82: 1136-9 pp.
- Ferri M, Amato L, Davoli M (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*; issue 3.
- Frenk J (1994). La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México. Fondo de Cultura Económica.
- Fericgla Joseph (1995) Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Editorial Anthropos, Madrid, España.
- Gana, K., Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2004). Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging & Mental Health*, 8, 58–64 pp.
- Goldberg DP, Steele J, Smith C, Spivey L (1980). Training doctors to recognize psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet*. 521-4 pp.
- Grau Olga (1994) Familia: un grito de fin de siglo, Familia Siglo XXI, Ediciones de las Mujeres, No. 20, Santiago de Chile.
- Fiori K L, Antonucci T C, Cortina K S (2006). “Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults,” *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 61B, no. 1. 25-32 pp.
- Fisher EB, Brownson CA, O’Toole ML (2007). Ongoing follow up and support for chronic disease management in the Robert Wood Johnson Foundation Diabetes Initiative. *Diabetes Educ*; 33 (6): 201 S–207S pp.
- Fratiglioni, L, Paillard-Borg S, et al (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 3(6).343-53 pp.
- Freeman L C (1977). A set of Measures of Centrality Based on Betweenness. *Sociometry* 40: 35-41 pp.

Frohlich, Katherine L., Ellen Corin, et al (2001). "A Theoretical Proposal for the Relationship between Context and Disease," *Sociology of Health and Illness*, 23, 6: 776-97 pp.

Frohlich, K, Potvin L, Chabot P, et al (2002). "A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth". *Social Science and Medicine* 54 (9):1401–1417 pp.

Galaskiewicz Z, Wasserman N (1993). *Social Network Analysis. Concepts, Methodology, and Directions for the 1990s*. En *Sociological Methods & Research*. Vol. 22, 1:3-22 pp.

Gallegos-Carrillo K, Salmeron J, et al. Relationship between social support and the physical and mental wellbeing. *Rev Invest Clin* 2009; 61 (5): 383-391 pp.

Garay-Sevilla M, Malacara J. M (1999). Denial of disease in Type 2 diabetes mellitus: Its influence on metabolic control and associated factors. *Diabetic Medicine*, 16 (3). 238– 244 pp.

García T, (2010). El efecto de la migración en el envejecimiento demográfico en México. Programa de Investigación en migración y salud (PIMSA), Universidad de California/Berkeley / Instituto de Geriatria.

Gerstorf D, Ram N (2013). Inquiry Into Terminal Decline: Five Objectives for Future Study *The Gerontologist Advance Access published May 23*.

Glass T A, Mendes de Leon C F, Seeman T E, et al (1997). Beyond single indicators of social networks: A LISREL analysis of social ties among the elderly. *Social Sciences and Medicine*, 44 (1): 1503-17 pp.

Gaugler, J. E., Mittelman, M. S., Hepburn, K., & Newcomer, R. (2010). Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC Medicine*, 8, 85. doi:10.1186/1741-7015-8-85 pp.

George, L.K. (2010). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(3), 331–339, doi:10.1093/geronb/gbq006. Advance Access published on March 16.

Gerstorf, D., Ram, N., Infurna, F. J., Michalski, N., Schupp, J., & Wagner, G. G. (Under review). Major life events shape well-being through little ups and big downs: Evidence from one of the longest prospective data series worldwide.

Gerstorf, D., Ram, N., Goebel, J., Schupp, J., Lindenberger, U., & Wagner, G. G. (2010). Where people live and die makes a difference: Individual and geographic disparities in well-being progression at the end of life. *Psychology and Aging*, 25, 661–676. doi:10.1037/a0019574

Gerstorf D, Ram N (2013). Inquiry Into Terminal Decline: Five Objectives for Future Study The Gerontologist Advance Access published May 23.

Goldstein H (1999). Multilevel Statistical Models. Institute of Education, Multilevel Models Project. London, april. Disponible en:
<http://www.arnordpublishers.com/support/goldstein.htm>.

González, B (2004). Curso Regresión Multinivel. Departamento de Métos Cuantitativo, Universidad Las Palmas, Gran Canaria

González de la Rocha, Mercedes. (1999). Hogares de jefatura femenina en México: patrones y formas de vida. en: “*Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en américa latina*”, coord. González de la Rocha, Mercedes. CIESAS, México.

Granovetter Mark (1973). “The Strength of Weak Ties,” American Journal of Sociology 78 (13): 260-80 pp.

Granovetter Mark (1974). *Getting a Job*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Guzmán, J M, Huenchuan S, Montes de Oca V (2003). “Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores”, *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, Seminarios y Conferencias, 30, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) / Cooperazione Italiana/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Santiago De Chile.

Hall, C. B., Lipton, R. B., Sliwinski, M., & Stewart, W. F. (2000). A change point model for estimating the onset of cognitive decline in preclinical Alzheimer’s disease. *Statistics in Medicine*, 19, 1555–1566.doi:10.1037/a0019278

Ham R, Palloni A, Wong R, (2009). Aging in Developing Countries: building bridges for integred researches agends. IUSSP Policy & Research papers, 22. 1-29 pp.

Hanestad B R, Albrektsen G (1991). Quality-of-life, perceived difficulties in adherence to a diabetes regimen, and blood-glucose control. *Diabetic Medicine*, 8 (8): 759–764 pp.

Haslam S, O’Brien Anne, et al (2005). “Taking the Strain: Social Identity, Social Support and the Experience of Stress,” *British Journal of Social Psychology* (44): 355-70 pp.

Heath A (1976) *Rational choice and social exchange: a critique of exchange theory*, Cambridge Univ. Press. Homans, G C (1971): *Social Behavior: lis Elementary Forms*, Harcourt, New York.

Heisler M, Piette JD (2005). “I help you, and you help me”: facilitated telephone peer support among patients with diabetes. *Diabetes Educ* ; 31: 869–879 pp.

Heisler M (2008). Different models to mobilize peer support to improve chronic disease management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations, and needs for future research. *Fam Prac*; doi:10.1093/fampra/cmp003

Hennekens Ch H, Buring JE (1987). *Epidemiology in medicine*. Boston : Little Brown:73-98 pp.

Hendricks J (1992). Generation and the generation of theory in social gerontology. *International Journal of Aging and Human Development*, 35(1). 31-47 pp.

Hernández-Ávila M (2007). *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios*. Editorial Panamericana. Instituto Nacional de Salud Pública. 1-13 pp.

Hill-Briggs, F (2003). Problem solving in diabetes self-management: A model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 25. 182–193 pp.

Hipocrates (1980). *Hpocratic writings. On air, water and places*. Chicago: University of Chicago by Encyclopedia Britannica. 9-19 pp.

Hodge D, Wolosin R (2013), *American Indians and Spiritual Needs During Hospitalization: Developing a Model of Spiritual Care*. *The Gerontologist Advance Access published May.1-10 pp.*

Hong T B., Oddone E. Z, Dudley T. K., et al (2005). Subjective and objective evaluations of health among middle-aged and older veterans. *Journal of Aging and Health*, 17. 592–608 pp.

House J. S, Umberson D, et al (1988) Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14. 293-318 pp.

House J S, Landis K., Umberson, D (1998). Social relationships and health. *Science*, 241. 540–45 pp.

Hubbel C C (1965). An input-output approach to clique identification)). *Sociometry* 28: 377-399 pp.

Huenchuan S (2002). “Condiciones Económicas de viejos y viejas mapuches”, *Revista de trabajo social*, México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

INEGI (2005). Instituto Nacional de Geografía y Estadística.

INEGI (2009). Instituto Nacional de Geografía y Estadística
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/Tema1_Poblacion.pdf 78 pp.

INEGI (2010). Instituto Nacional de Geografía y Estadística.

Janspers D, Schkolnik S, Saad P, et al (2008). Transformaciones demográficas y su influencia del desarrollo en América Latina y el Caribe. *CEPAL* 3 junio. 1-121 pp.

- Johnson, D. K., Storandt, M., Morris, J. C., & Galvin, J. E. (2009). Longitudinal study of the transition from healthy aging to Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, *66*, 1254–1259. doi:10.1001/archneurol.2009.158
- Kaplan, H, Cassel, J. C, et al (1977). Social support and health. *Medical Care*, *15*. 47–58 pp.
- Karasek R.A., Theorell T (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, 41 pp.
- Kawachi, Ichiro (2000). “Income Inequality and Health.” In *Social Epidemiology*, edited by Lisa Berkman and Ichiro Kawachi.. Oxford University Press: New York. 76-94 pp.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*, 121-140 pp.
- Khan, R.L. y Toni Antonucci (1980), “Convoys over the life course: attachment roles and social support”, *Life-span Development and Behaviour*, P.B. Baltes y O. Brim (comps.), vol. 3, Boston, Lexington.
- Kleinman, Arthur (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley. University of California Press.
- Kinsella K, He W (2009). *An Aging World: 2008*. International Populations Reports. National Institute On Aging. Us Census Bureua. 20-23 pp.
- Kinsella K, Wan H, (2009). U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, *An Aging World:2008*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Kohn, M. L., Clausen, J. A (1955). Social isolation and schizophrenia. *American Sociological Review*, *20*, 265–273 pp.
- Kottke TE, Battista RN, DeFriese GH (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a metaanalysis of 39 controlled trials. *J Am Med Assoc*; *259*:2882–2889.
- Lamont, Michèle (2000). *The Dignity of Working Men: Morality and the Boundaries of Race, Class, and Immigration*. Cambridge: Harvard University Press and New York: Russell Sage Foundation.
- Langa K, Vijan S, Hayward R, et al (2002). Informal Caregiving for Diabetes and Diabetic Complications Among Elderly Americans. *Journal of Gerontology. Social Sciences*. Vol. 57B. No 3, S177-S186.
- Lara A, Aroch A, Jiménez RA, Arceo M, Velázquez O (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*. 74 (4). 330-336 pp.

Lara M, Benítez MG, Fernández HI (1996). Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* (38). 448-457 pp.

Lee NH. (1969). *The Search for an Abortionist*. Chicago: University of Chicago Press.

Lett HS, J.A. Blumenthal, M.A. Babyak, D.J, et al (2007). “Social Support and Prognosis in Patients at Increased Psychosocial Risk Recovering from Myocardial Infarction,” *Health Psychology*, 26(4):418-27 pp.

Lehmann U, Sanders D (2007). *Community Health Workers: What Do We Know about Them?* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Lemon W, Bengston V, Peterson J. (1972). An exploration of the activity theory of aging. Activity types and life expectation among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27. 511-523 pp.

Lewin K (1936). *Principles of Topological Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill. (1 95 1). *Field Theory in the Social Science*. Nueva York: Larper

Lomnitz L (1975). *Cómo sobreviven los marginados*. Siglo XXI Editores. México.143 pp.

Lorraine F, White H (1971). Structural Equivalence of Individuals in Social Networks. *Journal of Mathematical Sociology* 1.

Lloyd-Sherlock, P (2003) *Old age and urban poverty in the developing world: The shanty towns of buenos aires* (New York: St Martin’s Press

López P (2001). Los Hogares/ Cambios sobresalientes en la composición de los hogares. Demos No 01/4, enero.

López S (2012). Hogar, convivencia familiar y violencia Tijuana, en *La Realidad Social y las Violencias*; coordinado por Silvia López. 141-180 pp.

Losada, A., Montorio, I, Izal, M., & Márquez-Gonzalez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*[Study and intervention on dementia caregiving distress. The role of dysfunctional thoughts]. Madrid,Spain:IMSERSO.Retrieved from <http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/estudiomalestarpscuidadores.pdf>

Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1119–1127. doi:10.1002/gps.2648

Lowenstein A, (2005).Global ageing and challenges to families. In M.L. Johnson editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

McArdle, J. J. (1988). Dynamic but structural equation modeling of repeated measures data. In R. Nesselroade Jr. & R. B. Cattell (Eds.), *Handbook of multivariate experimental psychology* (Vol. 2, pp. 561–614). New York: Plenum. doi:10.1007/978-1-4613

Mcnicol G (1987). Technology and the social regulation of fertility. *Technology in Society* 9(3/4)1987. 261-273 pp.

MacMahon B, Pugh TF (1970). *Epidemiology: Principles and methods*. Boston, Little Brown.

Mansyur, CL Amick BC, Harrist RB, et al (2009). “The Cultural Production of Health Inequalities: A Cross-Sectional, Multilevel Examination of 52 Countries,” *International Journal of Health Services* 39(2): 301-19.

Márquez-Gonzalez, M., Losada, A., Izal, M., Perez-Rojo, G., & Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, 11, 616–625. doi:10.1080/13607860701368455 Marsden P V Lind N (1982). *Social Structure and Network Analysis*. BeverlyHills: Sage

Marmot, Michael (2004). *The Status Syndrome*. NY: Henry Holt and Co.

Marmot, Michael, H. Bosma, H. Hemingway, E. Brunner, et al (1997). “Contribution of Job Control and other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence,” *Lancet* 350: 235-9.

Marmot, Michael, Wilkinson R (2001). “Psychosocial and Material Pathways in the Relation between Income and Health: A Response to Lynch et al.,” *British Medical Journal* 322: 1200-04.

Marmot, Michael G, Wilkinson R (2005). *The Social Determinants of Health*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.

Marx K (1997). *Introducción general a la crítica de la economía política/1857*. Siglo XXI editores, 25a edición, México.

Maslow, A H (1943). A Theory of human motivation. Originally Published in *Psychological Review* 50, 370-396.

McLaughlin, S.J., Connell, C.M, Heeringa, S.G., Li, L.W., & Roberts, J.S. (2010). Successful aging in the United States: prevalence estimates from a national sample of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(2), 216–226.

Mc Mullin Julie (1995) *Teorías de las relaciones de edad y género, Relación entre género y envejecimiento*. Enfoque sociológico, Editorial Narcea, Madrid, España.

Mejía S (2010). *El apoyo familiar para el cuidado del adulto mayor*. Colegio de la frontera norte / Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. 13-18 pp.

Mendoza VM (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez. En Salgado N, Wong R, eds. *Envejeciendo en la pobreza*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 57-80 pp.

Miller WR, Rollnick S (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edn. New York: Guilford Press.

Mitchell J, Register J (1984). An exploration of family interaction with the elderly by race, socioeconomic status and residence. *The Gerontologist* 24(1). 48-54 pp.

Mitchell J C (1969). *Social Networks in Urban Settings*. Manchester, Inglaterra: Manchester University Press.

Montes de Oca Verónica (1999) *Relaciones familiares y redes sociales, Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, CONAPO, México

Montes de Oca (2000). “Relaciones familiares y redes sociales”, *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, D.F. Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Morales J F (1978). La Teoría del Intercambio Social desde la Perspectiva de Blau. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Núm. 4. 129-146 pp. Moreno J (1934). *Who Shall Survive?* Nueva York: Beacon Press.

Morgan L, Kunkal S (2001). *Aging. The Social Context*. Second edition. Pine Forge Press, pp. 183-188.

Nadel S F (1957). *The Theory of Social Structure*. Londres: Cohen and West.

Najmanovich, D (1992). “Dinámica familiar lo que se crea en el juego”. *Zona Erógena*, N° 12.

Newsom JT, Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychol Aging* 1996; 11: 34-44

Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM (2002). Selfmanagement education for adults with Type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*; 25: 1159–1171.

Ojeda N (2005) *Familias Transfronterizas Y Familias Transnacionales: Algunas Reflexiones*”. *Migraciones Internacionales*, Vol.2.167-174 pp.

Parsons T (1959). *The social structure of the family. The Family: Its Function and Destiny*. Harper and Row (2nd edition). 241-274 pp.

Peña-Casanova J (1998). Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. *Rev Neurol*;27(1): 27-29 pp.

Plagnol, A. C., & Easterlin, R. A. (2008). Aspirations, attainments, and satisfaction: Life cycle differences between American women and men. *Journal of Happiness Studies*, 9, 601–619 pp.

Portes A (2003). "Conclusion: Theoretical convergences and empirical evidence in the study of immigrant transnationalism." *International Migration Review* (37):874-892 pp.

Prochaska J (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood-IL: Dorsey.

Prochaska J, Velicer W (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*;12:38-48 pp.

Rasbash Jon, Steele Fiona, Browne William y Prosser Bob (2004). *A User's Guide to MLwiN Version 2.0*. Centre for Multilevel Modelling Institute of Education University of London, Printed November 2004. <http://www.mlwin.com/download/userman20.pdf>.

Robles L, Rizo G, Camarena L M, et al (2000). *Cad. Saúde Pública* abr-jun, Rio de Janeiro, 16(2).557-560 pp.

Rodriguez-Sanchez E, Patino-Alonso M, Mora-Simón M, et al (2012). Efectos de una Intervención Psicológica en un Centro de Atención Primaria de la Salud para los cuidadores de Familiares. *The Gerontologist* Vol. 53, No. 3, 397–406 pp.

Romero M C (2000). Las posibilidades de la Terapia de Red. *Ciencias Sociales* I.167-177 pp.

Rose G (1988). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: Organización Panamericana de la salud. *El desafío de la epidemiología*. Washington, OPS (505): 900-909.

Rosenstock I M (1974). Historical origins of health belief model, *Health Education Monographs* (2), 1-8 pp.

Ruggiero L., Glasgow R. E., et al. (1997). Diabetes self-management—Self-reported recommendations and patterns in a large population. *Diabetes Care*, 20 (4):568– 576 pp.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081 pp.

Salgado de Snyder N, Wong R (2007). Género y Pobreza: determinantes de salud en la vejez. *Salud Pública de México*. Vol 49 (4). S515-S521 pp.

Sayer Andrew (2005). "Class, Moral Worth and Recognition," *Sociology*, 39(5): 947-63.

Schiller, N G., Basch L., & Blanc C.S., (1995). "From Immigrant to Transmigrant - Theorizing Transnational Migration" *Anthropological Quarterly* 68.48-63 pp.

Schnittker, Jason, & Jane D. McLeod (2005). "The Social Psychology of Health Disparities." *Annual Review of Sociology* 31:10.1-10.29.

Scott J (1991). *Social Network Analysis*. Newbury Park, Londres: Sage.

Secretaria de Salud (2005). Egresos Hospitalarios Sistema Nacional de Información en salud.<http://si-nais.salud.gob.mx>

Secretaria de Salud (2006). Sistema de Información en Salud, DGIS. Secretaría de Salud, <http://pda.salud.gob.mx/SIS07>.

Seeman, T.E., (1996) Social ties and health: the benefits of social integration. *Ann Epidemiol*, 6(5): 442-51 pp.

Seeman TE, Lusignolo T, Berkman L, Albert M (2001) Social Environment Characteristics and Patterns of Cognitive Aging: MacArthur Studies of Successful Aging. *Health Psychology* 20. 243-255 pp.

Selby, H; Murphy, A; Lorenzen, S; Cabrera, J; Castañeda, A y Ruiz, I. (1994). *La familia en el México urbano. Mecanismos de defensa frente a la crisis (1978-1992)*. Consejo nacional para la cultura y las artes. Conaculta. México.

Sigerist H (1981). Hitos en la historia de la salud pública. *Siglo 21* editores, México. 66-71 pp.

Silver A (2006). Families Across Borders: The Effects of Migration on Family Members Remaining at Home. University of North Carolina at Chapel Hill January 18, 2006 (downloaded in: paa2006.princeton.edu/download.aspx?submissionId=61355).

Sliwinski, M. J., Stawski, R. S., Hall, R. B., Katz, M., Verghese, J., & Lipton, R. B. (2006). On the importance of distinguishing pre-terminal and terminal cognitive decline. *European Psychologist*, 11, 172–181. doi:10.1027/1016-9040.11.3.172

Sliwinski, M. J., Hofer, S. M., Hall, C., Buschke, H., & Lipton, R. B. (2003). Modeling memory decline in older adults: The importance of preclinical dementia, attrition, and chronological age. *Psychology and Aging*, 18, 658–671 pp.

Sluzky, C (1995). *La red social significativa*. Editorial Gedisa, Barcelona España.

Sluzki C (2000). Social Network and the elderly: Conceptual and Clinical Issues, and a Family Consultation. *Family Process*, 39(3): 271-284 pp.

Singh-Manoux, A., Marmot G, et al (2005). "Does Subjective Social Status Predict Health and Change in Health Status Better Than Objective Status." *Psychosomatic Medicine* 67: 855-61 pp.

Strauss A, Corbin J, et al (1984). *Chronic illness and the quality of life*. St Louis-Toronto, CV Mosby Company.

Stroebe W. Moderators of the stress-health relation. In: Stroebe W (ed.). *Social psychology and health*. Philadelphia, PA: Open University Press; 2000. 236-73 pp.

Structure. Versión 4.2. (1991). Programa de ordenador. Nueva York: Center for Social Sciences. Columbia University

Sunkel, G. 2006. El papel de la familia en la protección social en América Latina. Serie Políticas Sociales 120, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Santiago de Chile

Taylor, Rosemary CR (2004). "What's Culture Got to do with It? Public Health and 'Foreign Bodies'." Paper presented at the Institute for Advanced Study (Wissenschaftskolleg), Berlin.

Thorvaldsson, V., Hofer, S. M., Berg, S., Skoog, I., Sacuiu, S., & Johansson, B. (2008). Onset of terminal decline in cognitive abilities in individuals without dementia. *Neurology*, 71, 882–887. doi:10.1212/01.wnl.0000312379.02302.ba

Tilling K, Sterne JA, Wolfe CD (2001). *Multilevel growth curve models with covariate effects. Application to recovery after stroke*. *Stat Med* 2001;20685-704. Citada en Catalán y Galindo, 2003.

Toljamo M, Hentinen, M (2001). Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 34a (6): 780–786.

Toljamo, M. Hentinen, M (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10b (5): 618– 627.

Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En: *Procesos Sociales, Población y Familia*. Gómez, C. (comp.). Flacso, México.

Turner, R. J., & Marino, F (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35. 193–212 pp.

Veenstra, Gerry (2005). "Social Space, Social Class and Bourdieu: Health Inequalities in British Columbia, Canada," *Health and Place*. 14-31 pp.

Vázquez JL, Panduro A (2001). Diabetes Mellitus tipo 2: Un problema epidemiológico y de emergencia en México. *Investigación en Salud*; 3: 18-26.

Vázquez KE, Enríquez MR (2012). *Desacatos*, num. 39, mayo-agosto 2012. 57-72 pp.

Vidal de la Rosa G (2008) La Teoría de la Elección Racional en las Ciencias Sociales. *Sociológica*, año 23, mayo-agosto, número 67. 221-236 pp.

Wallace S , Ybañez E (2005). Transborder Relations and Health Care Services Use in Tijuana. Presentation at the Congreso de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca, México.

Weber, Max (1958). From Max Weber: Essays in Sociology. [trans. H. Gerth, C.W. Mills]. New York: Oxford University Press.

White H, Boormans A, Breigerr L. (1976). Social Structure from Multiple Networks I. Blockmodels of Roles and Positions. *American Journal of Sociology* 81: 730-779.

Wilkinson, Richard G (2005). The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier. New York: Free Press.

Williams, Gareth H (2003). "The Determinants of Health: Structure, Context and Agency." *Sociology of Health and Illness* 25: 131-54.

Wilson, R. S., Segawa, E., Buchman, A. S., Boyle, P. A., Hize, L. P., & Bennett, D. A. (2012). Terminal decline in motor function. *Psychology and Aging*. doi:10.1037/a0028182

Winship C, Mandel M. (1984). Roles and Positions: A critique and Extension of the Blockmodelling Approach). Leinhardt, S. (ed.). *Social Networks: A Deueloping Paradigm*. Nueva York: Acadernic Press.

Womble LG, Wadden TA, McGuckin BG, et al (2004). A randomized controlled trial of a commercial internet weight loss program. *Obes Res*; 12, pp. 1011–1018.

World Health Organization (2007). Peer Support Programmes in Diabetes: Report of a WHO Consultation, 5–7 November, Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wong Rebeca, et al (2003) Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México, Papeles de Población No. 37, México.

Wong R (2005). Self-reported general health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator. *Rev Panam Salud Publica*, 5 (6). 323-32 pp.

Wong R. Palloni A (2009). "Aging in Mexico and Latin America" In International Handbook of Population Aging edited by P. Uhlenberg New York: Springer Publications. 231-252 pp.

Wray L, Alwin D, etl al (2006). Social Status, Risky Health Behaviors and Diabetes in Middle-Aged and Older Adults. *Social Science*. Vol. 61B. N 6. S290-S298.

Yesavage J, Brink T (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*., 17. 37-49 pp.

Zubieta E; Muratori M; Fernández O (2012). Bienestar Subjetivo y Psicosocial: Explorando diferencias de género. | *Salud & Sociedad* | V. 3 | No. 1 | Enero- Abril |. 066 – 076 pp.

El autor es egresado de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina en Ciudad Universitaria, UNAM. Tiene la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo UNAM/ IMSS Hospital de Especialidades de la Raza, con adiestramiento en Cirugía de mínima invasión y laparoscopia. Ha sido Médico adscrito del departamento de Cirugía en el IMSS e ISSSTE en los Estados de Quintana Roo y Morelos. Ha sido profesor en el área de Ciencias de la Salud y la Vida en el Instituto Tecnológico de Chetumal (SEP). Egresado de la Maestría en Ciencias con Área de Concentración en Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Correo electrónico: roensa2002@yahoo.com.mx

©Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.