



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO DE SALUD T-III
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
MÉXICO, DISTRITO FEDERAL

“REDES DE APOYO EN LA FASE DE RETIRO Y MUERTE DEL CICLO DE VIDA
FAMILIAR”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. BEATRIZ EUGENIA JUÁREZ MORA

DIRECTORAS DE TESIS:
DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS
DRA. MARGARITA TERÁN TRILLO

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“REDES DE APOYO EN LA FASE DE RETIRO Y MUERTE DEL CICLO DE VIDA
FAMILIAR”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. BEATRIZ EUGENIA JUÁREZ MORA

AUTORIZACIONES

ASESORA DE METODOLOGÍA DE TESIS
DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
C. S. DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

ASESORA DE METODOLOGÍA Y TEMA DE TESIS
DRA. MARGARITA TERÁN TRILLO
DOCTORA EN SOCIOLOGÍA
PROFESORA DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

MÉXICO, D.F.

AGOSTO DE 2008

“REDES DE APOYO EN EL CICLO DE RETIRO Y MUERTE DEL CICLO DE VIDA
FAMILIAR”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. BEATRIZ EUGENIA JUÁREZ MORA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Quien proveyó, provee y proveerá, a Él sea la gloria

A MARÍA DE LOS ÁNGELES: Incansable, sustentadora y amorosa

A MIS TUTORES: Quienes otorgaron mucho más que correcciones, paciencia,
experiencia y tiempo

A LALO por la gran fiesta de cada día

A JOS por su única e invaluable amistad

A MIS COMPAÑEROS: Fuente de amistad y ánimo

A LOS PACIENTES: Libro abierto y examen diario

Y A LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: Quienes me ayudaron a entender que
las redes sociales son dinámicas, útiles, trascendentes y sujetas a mejorar

ÍNDICE

1	RESUMEN.....	1
2	INTRODUCCIÓN.....	3
2.1		
▪	Antecedentes	3
▪	Ciclo de vida familiar.....	4
▪	Clasificación de Geyman.....	5
❖	Jubilación.....	6
❖	Viudez en el hombre y en la mujer.....	7
▪	Definiciones de red y de apoyo social.....	8
❖	Red social.....	8
❖	Apoyo social.....	9
▪	Clasificación.....	9
❖	Redes sociales informales.....	10
○	Redes familiares.....	11
○	Redes extrafamiliares.....	12
❖	Redes sociales formales.....	13
○	Redes institucionales.....	13
❖	Redes o cadenas socioepidemiológicas.....	14
❖	Redes combinadas o mixtas.....	14
▪	Objetivos de las redes sociales.....	15
▪	Funciones de las redes sociales.....	15
▪	Dimensiones del apoyo social.....	16
▪	Valoración.....	17
▪	Limitaciones del estudio de las redes sociales.....	19
▪	Redes sociales y género.....	20
▪	Redes sociales y estado civil.....	21
▪	Redes sociales y ocupación.....	22
▪	Apoyo social y salud física.....	22
▪	Apoyo social y salud psicológica.....	23
▪	Redes en el adulto mayor.....	24
▪	El adulto mayor y su desempeño social.....	26
▪	Dependencia.....	27
▪	El cuidador del anciano.....	28
▪	Consideraciones médicas en el paciente geriátrico.....	29
2.2	Planteamiento del problema.....	31
2.3	Justificación.....	32
2.4	Objetivos generales y específicos.....	33
3	MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
3.1	Tipo de estudio.....	33
3.2	Diseño de investigación del estudio	33
3.3	Muestra.....	34
3.4	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	34
3.5	Variables del estudio.....	35
3.6	Definiciones conceptual y operativa de las variables.....	36
3.7	Diseño estadístico.....	38
3.8	Instrumentos de recolección de datos.....	38
3.9	Método de recolección de datos.....	38
3.10	Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	39
3.11	Prueba piloto.....	39
3.12	Procedimientos estadísticos.....	39
3.13	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio....	39

3.14 Cronograma.....	40
3.15 Consideraciones éticas.....	40
4 RESULTADOS.....	41
5 DISCUSIÓN.....	51
6 CONCLUSIONES.....	54
7 BIBLIOGRAFÍA.....	56
8 ANEXOS.....	58

1. RESUMEN

Redes de apoyo en la fase de retiro y muerte del ciclo de vida familiar

Juárez Mora BE*, González Salinas C**, Terán Trillo M***.

*Ex residente de Medicina Familiar del Centro de Salud TIII "José Castro Villagrana", Secretaría de Salud del Distrito Federal,**Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Jefe de Enseñanza e Investigación del Centro de Salud TIII "José Castro Villagrana", Secretaría de Salud del Distrito Federal, ***Doctora en Sociología, Profesora de la Escuela Nacional de Trabajo Social

Resumen

Objetivo: Identificar y describir las redes de apoyo de los adultos mayores en fase de retiro y muerte del ciclo de vida familiar de un grupo de ayuda mutua del Centro de Salud TIII "José Castro Villagrana"

Diseño. Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

Lugar. Centro de Salud TIII "José Castro Villagrana", Secretaría de Salud del Distrito Federal. Ciudad de México. Noviembre de 2004 a febrero de 2005.

Participantes. Adultos mayores en fase de retiro y muerte del ciclo de vida familiar

Material y métodos. Se aplicó un cuestionario para la identificación y descripción de las redes de apoyo.

Resultados. Los participantes tuvieron, en promedio, 72 años con una mínima de 62 y una máxima de 93 años. 95.12% pertenecieron al género femenino, 61.00% de los participantes fueron viudos, el 87.90% se dedicaron al hogar y, en promedio, tuvieron 4.96 apoyos por persona. Existió un gran acceso a los servicios de salud (97.60%), 58.50% contó con servicios religiosos y educativos, 73.20% con servicios recreativos, 39.00% con servicios deportivos y 4.90% con otros servicios. Los otros apoyos significativos (sustitutivos) fueron plantas (90.20%) y animales (56.10%). En relación a las personas consideradas como apoyos, se encontró que: la edad promedio fue de 44 años, 55.50% pertenecieron al género femenino; los integrantes más mencionados de la red familiar fueron la hija (29.70%), el hijo (27.10%) y la hermana (6.90%). Los principales apoyos extrafamiliares fueron la amiga (7.40%) y la vecina (2.00%). En general, el tipo de apoyo otorgado en orden de importancia fue de cuidados y compañía (86.10%), emocional (83.20%), económico o material (48.00%) y de información o servicios (44.60%).

Conclusiones. Es trascendente que el médico familiar identifique las redes de apoyo de los pacientes adultos mayores para fomentar el fortalecimiento, ampliación y reconstrucción de las mismas y para incidir de manera positiva en su salud. Tomando en cuenta el envejecimiento mundial con sus respectivas enfermedades crónicas y/o degenerativas, se requieren adecuaciones en el programa académico de los médicos en formación y en la actualización del médico familiar.

Summary

Support Networks in the death and retirement phase of the family life cycle

Juárez Mora BE*, González Salinas C**, Terán Trillo M***.

*Former Family Medicine Resident at "José Castro Villagrana" TIII Health Center, Mexico City Health Department, **Family Medicine's Specialization Program Head Teacher, Teaching and Investigation Chief at "José Castro Villagrana" TIII Health Center, Mexico City Health Department ***Ph. D in Sociology, Teacher at the Social Work National School.

Objective. The identification and description of elderly support networks in the retirement and death phase of the family life cycle in a Primary Care Clinic "José Castro Villagrana" help group.

Design. Descriptive, prospective, observacional and cross sectional study.

Place. Primary Care Clinic "José Castro Villagrana", Secretaría de Salud del Distrito Federal. Mexico City. From November 2004 to February 2005.

Participants. Elderly in the death and retirement phase of the family life cycle.

Material and methods. A questionnaire was applied for identification and description of support networks

Results. The participants were, in average, 72 years old; a minimum of 62 and a maximum of 93 years old. 95.12% were females, 61.00% were widowed, 87.90% did housework and, had an average of 4.96 supports. There was a considerate access of health services (97.60%), 58.50% had religious and educative services, 73.20% had recreational services, 39.00% had sport services and 4.90% had other services. The other significant supports (substitutive) were plants (90.20%) and animals (56.10%). The people who provided support had an average age of 44, 55.50% were females; The family network people mentioned more were their daughter (29.70%), their son (27.10%), and their sister (6.90%). The main out-of-the-family supports were their friend (7.40%) and their neighbor (2.00%). In general, the types of supports provided in order of importance were care and company (86.10%), emotional (83.20%), material or economic (48.00%) and information and/or services (44.60%)

Conclusion. It is transcendent that family doctors identify support networks in elderly patients to promote their strength, enlargement and reconstruction and to have a positive effect on their health. Taking into account our aging world and the chronic and/or degenerative sickness, academic adaptations are needed for the medical student's programs as well as for the family doctors actualization programs.

2. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población es considerado un éxito científico y social, pues constituye un indicador de mejores condiciones de vida y de salud. La población de más de 60 años está creciendo en el mundo en proporciones inesperadas. El impacto de ese crecimiento es comentado por políticos, economistas, sociólogos y profesionales de la salud entre otros profesionales, por las consecuencias de este fenómeno sin precedentes en la historia de la humanidad.¹

En el año 2000 habitaban en el mundo más de 420 millones de personas de 65 años o más. Esto representa el 7% de la población mundial;¹ otras fuentes reportan más de 6.6 millones en ese año que corresponde al 16.6% de la población total.² Los países con poblaciones más envejecidas son Italia, Grecia y Suecia, donde al menos 17 de cada 100 personas tienen 65 años o más.¹ En México, para el año 2005 se registraron entre 5 y 6 personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes.³

El mundo está atravesando un proceso de envejecimiento. En Francia, en 1865, las personas de 65 años o más representaban 7%, pero después de 115 años (es decir, en 1980), el conjunto de ancianos franceses alcanzó una cifra de 14% del total de habitantes de ese país. En México se calcula que este proceso iniciará en el año 2018 y terminará sólo un cuarto de siglo después, esto es, en el año 2043. Para entonces, los ancianos mexicanos representarán 14%, lo cual es un nivel de envejecimiento menor que el de Europa en la actualidad.¹

El envejecimiento de la población se produce, principalmente, cuando descienden los niveles de fecundidad y de mortalidad. Al descender la fecundidad, el número de nacimientos se reduce. En el año 1976, en México, el INEGI reportó una tasa global de fecundidad de 5.7 y, en el 2007, la tasa reportó un evidente descenso con un reporte de 2.1.⁴

Por otro lado, al disminuir los índices de mortalidad, la esperanza de vida aumenta y, por consiguiente, hay un mayor número de personas de edades avanzadas. Hace 50 años, la esperanza de vida al nacer de los mexicanos era similar a la que algunos países europeos presentaban a inicios del siglo XX. Sin embargo, en estas 3 últimas décadas, en México hemos

experimentado un marcado incremento en la esperanza de vida por lo que se redujo considerablemente la distancia con aquellos países en donde, por lo general, sus habitantes viven más años.¹ Para el año 2005, el INEGI reportó los siguientes datos en relación a la esperanza de vida de algunos países: en Japón fue de 82 años, en Francia, Italia y España de 78 años y en México de 75.4 años: 73 en hombres y 78 en mujeres. Sin embargo, algunos países siguen teniendo bajas esperanzas de vida como Kenya y Sudáfrica que reportan 47 y 52 años respectivamente.⁵

Cada individuo que llega a convertirse en un adulto mayor, no es un ente aislado sino que forma parte de un entorno social e interactúa con las personas en diferentes grados y formas. Entre las relaciones interpersonales del adulto mayor, figuran las familiares. Al referirse al adulto mayor en relación con el ciclo de vida familiar, la tendencia es asociar a éste individuo con las fases finales del ciclo de vida en cualquiera de las clasificaciones disponibles. Sin embargo, es claro que los cambios que está atravesando la sociedad mundial y mexicana permiten que el adulto mayor inicie un nuevo ciclo de vida familiar en compañía de una nueva pareja soltera, casada, divorciada etc. y que, simultáneamente, viva una etapa diferente en su ciclo de vida familiar inicial. Es decir que cada individuo puede llegar a experimentar las fases del ciclo, en prácticamente, cualquier momento. Con todo, para fines de esta investigación, se referirá al adulto mayor en relación a las etapas finales del ciclo de vida familiar ya que esto favorece la claridad y la concreción que este estudio amerita.

CICLO DE VIDA FAMILIAR^{7, 8, 9, 6, 10, 11, 12, 13}

La familia sigue constituyendo, en las sociedades actuales, la base organizativa fundamental,⁶ ya que es un sistema dinámico, que va cambiando y desarrollándose progresivamente por la influencia del contexto social. Así como el individuo crece, se desarrolla, madura y envejece a través de cambios y ajustes sucesivos, también la familia experimenta su propia secuencia de desarrollo.

La evolución de la familia es posible mediante un proceso con diferentes fases o etapas, que en conjunto, se denomina ciclo. Cada etapa es identificada por el cumplimiento de ciertos logros o

tareas familiares, que generalmente posibilitan el paso a la etapa siguiente, y por situaciones de tensión y conflicto esperadas (crisis normativas) o inesperadas (crisis no normativas). Si no se logra superar las tareas de etapas previas, los problemas que no fueron enfrentados pueden reaparecer una y otra vez a lo largo del ciclo familiar. La estructuración en ciclos esta fuertemente influida por variables socioculturales.

El ciclo de vida familiar no necesariamente se comporta en forma lineal; no todas las familias pasan necesaria y ordenadamente por cada etapa del ciclo sino que algunas etapas son atravesadas de manera simultánea o algunas, simplemente, no forman parte del ciclo.

De este modo el orden de las etapas que será presentado debe ser tomado como marco de referencia para considerar las tareas evolutivas y principales características de distintos momentos de la vida familiar, y no como una secuencia rígida.

CLASIFICACIÓN DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR DE GEYMAN

Existen numerosas clasificaciones del ciclo de vida familiar. Cada una tiene su riqueza propia y es empleada bajo condiciones específicas. La clasificación propuesta por Geyman en 1980, es la que se utiliza con mayor frecuencia en México. Con todo, deja fuera una etapa muy importante que es la del noviazgo. Sin embargo, para fines de este trabajo, se utilizará esta clasificación.

- 1). Fase de matrimonio. Se inicia con el vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.
- 2). Fase de expansión. Momento en el que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Al referirse a los nuevos miembros, se refiere a los hijos.
- 3). Fase de dispersión. Corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
- 4). Fase de independencia. Etapa en la que los hijos se casan y forman nuevas familias
- 5). Fase de retiro y muerte. Etapa en la que se enfrentan retos como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono (de familiares y amigos).⁷

Se revisarán algunos de los elementos de la fase de retiro y muerte por ser la fase en la que se ubica una gran parte de los adultos mayores.

Jubilación

En la vida del adulto mayor existe un proceso de transición entre la vida laboral y la jubilación; la vida laboral se caracteriza por desarrollar una actividad específica, recibir una remuneración económica, interactuar con los compañeros de trabajo, por tener beneficios y responsabilidades sociales y familiares. La participación en el ámbito laboral favorece que el individuo se mantenga ocupado y que desempeñe un rol reconocido dentro del núcleo familiar. Con la jubilación, los adultos mayores experimentan un duelo debido a que, por un lado, pierden su productividad, su vínculo social, su estatus y sus relaciones laborales; por otro lado, además pierden su rol de proveedor (que en el mejor de los casos será retomado por los hijos que están formando nuevas familias), su sueldo, cierto grado de poder y su rutina cotidiana. Es decir que el jubilado y, habitualmente, abuelo, pierde, de diversas formas, influencia en la nueva familia. No es el trabajo, estrictamente, lo que echa de menos, sino su ritmo, estilo de vida y relaciones sociales derivadas del empleo. El duelo que atraviesa el individuo jubilado, como todos los duelos, se caracteriza por negación, ira, negociación, depresión y aceptación.¹⁴

Debido a lo anterior, la persona jubilada requiere vincularse con otras personas; una posibilidad es que el adulto mayor ingrese a instituciones de servicios que ofrezcan programas que aumenten su socialización como el baile, el canto, las manualidades, los deportes, las actividades intelectuales u otros.¹⁵ No es lo mismo una persona jubilada que viaja, que realiza actividad física, que se mantiene vigente a través de la lectura del periódico o de libros, que frecuenta amigos y/o familiares, que va al cine o al teatro, que juega al ajedrez, que participa en un taller de escritura, que milita en un partido político y/o que colabora en una organización no gubernamental (ONG), que otra cuyas únicas actividades reseñables son dormir, ver la televisión, jugar cartas y expresar sus quejas de salud.¹⁶

Económicamente, las personas jubiladas se ven afectadas. El estatus económico de las personas mayores ha mejorado desde la II Guerra Mundial debido a los sistemas de pensiones,

pero en nuestro país, todavía se encuentra en los niveles más bajos. Esto se puede recrudecer por la falta de apoyo económico por parte de los familiares.¹⁷

Viudez en el hombre y la mujer

Con el fallecimiento del cónyuge, se experimenta una especial pérdida que toma diferentes matices y significados en el hombre y en la mujer en cada cultura, pero que representa para ambos un incremento de la soledad y un deterioro de la autoestima. Los viudos, sin grandes ahorros y muchas veces sin seguridad social, se refugian en redes de apoyo informales como es la familia. Si la relación es independiente, se puede contar con una gran fuente de apoyo pero cuando es muy dependiente, genera conflicto y disfunción familiar.¹⁸

La mujer en todos los países tiene una mayor esperanza de vida que el hombre, por lo que el número de viudas es generalmente mayor. La tendencia es que la mujer dependa económica, social o emocionalmente de un tercero.¹⁸ Sin embargo, al quedar viuda, la mujer tiene la capacidad de utilizar sus recursos para sobreponerse a la pérdida. En esos momentos, requiere de cambios importantes en su entorno social.¹⁷

Es sabido que las mujeres enfrentan la viudez mejor que los hombres.¹⁸ Ellas tienen un índice mayor de satisfacción de la vida. Ellos, reducen su vida social y sus relaciones interpersonales y sufren de inadaptación ante las labores domésticas. La viudez es un factor de riesgo suicida y es más alto en hombres que en mujeres. Ellos dependen más de las mujeres para sus cuidados y apoyo emocional. Por otro lado, generalmente, la mujer tiene menos bienes y pierde más estatus económico al morir el esposo.¹⁷

La viudez representa una disminución del rol social, un incremento del riesgo de enfermedad y un deterioro de la calidad de vida para ambos géneros.^{17, 18}

La viudez a menudo conduce a las personas mayores a trasladarse a casa de un familiar; esto muchas veces repercute en el bloqueo de las redes sociales anteriores con pobre formación de nuevas redes. La alternativa es seguir en el propio domicilio si no existen problemas de salud importantes. Sin embargo, es posible que se experimente soledad si no se da adecuada orientación.¹⁷ En la viudez, se lleva a cabo una sustitución de redes sociales pero sus beneficios

compensadores, habitualmente, son menores.¹⁹ Las personas solas coinciden con las que se sienten peor de salud. Las redes sociales informales como la familia son paliativas de la soledad ya que mitigan los sentimientos depresivos. Una buena red de servicios sociales y sanitarios, supone un recurso esencial para las personas que desean ser independientes, pero necesitan de un apoyo formal.¹⁷

DEFINICIONES DE RED Y DE APOYO SOCIAL

Red social

Desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte, los seres humanos formamos parte de grupos sociales. Estos grupos se van modificando en extensión, calidad y cantidad, a medida que la vida transcurre. Esta característica del humano de convivir con otros es una necesidad. Alfredo Moffat citado por Chadi señala que “el proyecto de vida sólo es posible como consecuencia de un vínculo con los otros”. Por otro lado, “convivir” implica “vivir con...”. “Vivir con los otros...”. “Para el hombre vivir es convivir y convivir es relacionarse, comunicarse y vincularse”.²⁰ La red social representa los vínculos o lazos entre las personas; como se percibe entre los miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. De acuerdo con esta definición, cada grupo funciona como un puente que cruza de un extremo a otro de los ámbitos, estableciendo una comunicación que proporciona intercambio e interconexión.²⁰

Otra definición indica que red social es un conjunto de contactos formales e informales a través de los cuales, los individuos mantienen una identidad social, reciben ayuda, servicios e información con la posibilidad de desarrollar nuevos contactos. Una definición más, indica que la red social es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano y que presenta una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales. Este concepto fue aplicado por primera vez en antropología, al considerar que todo campo social se integra por redes de interrelaciones personales²¹ y que cada persona está en contacto con otras, de forma directa o indirecta.²² La sociología urbana y la economía aplican el concepto de red social a las cadenas de parentesco que

integran redes familiares en las que se fundamentan las formas de migración e incorporación al mercado de servicios en las ciudades. Bott, citado por Margarita Terán, conceptualiza a la red social como el grado de conectividad determinada por la capacidad gregaria de los miembros de una familia.²¹

Dabas define la red social como un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo; profundiza diciendo que es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen.²³ Bowling, citado por de la Revilla, define la red social como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones.²⁴ Además, red social, es considerada como un conjunto de relaciones sociales que rodean al individuo y en la que en cada nodo se encuentra otra persona con la que se mantiene algún vínculo con determinadas características. Este concepto sirve para describir la estructura de los vínculos entre los individuos.²⁵ La red social es una herramienta particularmente adecuada para tratar de comprender el proceso social de envejecimiento en el que las relaciones son fundamentales.²⁶

Apoyo social

Es la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales. Es importante mencionar que tener una amplia red social no garantiza que la persona contará con apoyo suficiente cuando sea requerido.² Con todo, si aumentan sus posibilidades de que lo tenga.

CLASIFICACIÓN

Sluzki, clasifica a las redes sociales en primarias (“mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada”) secundarias (redes que tienen lugar en un “contexto” más lejano a este grupo primario y que se rigen por una menor proximidad, cuyo desarrollo es menos claro) e institucionales (que realmente, forman parte de las secundarias).²⁰

En base a su organización, las interrelaciones en una red social pueden ser informales o formales con intercambios básicos propios.

La estructura de las redes sociales formales e informales suele establecerse a partir de su origen y tamaño, existiendo varias clasificaciones, que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos: redes familiares, redes extrafamiliares, redes institucionales y redes o cadenas socioepidemiológicas. Las dos primeras corresponden al ámbito informal, la tercera corresponde al formal y la última es una red mixta.²¹

Redes sociales informales

Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad, siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos.²¹ Estas redes son relaciones de intercambio recíproco de bienes y servicios. Margarita Terán cita a Lomnitz quien dice que las redes “son conjuntos de individuos entre los cuales se produce con cierta regularidad una categoría de eventos de intercambio”.²¹ Aún cuando las redes no se regulan por normas rígidas e inflexibles, es evidente que se fundamentan en el desarrollo de una serie de valores implícitos que generan compromisos entre los sujetos que intervienen, quienes asumen que ante circunstancias semejantes, corresponderán con respuestas equiparables al apoyo recibido. Estas redes constituyen un sistema informal de seguridad social entre los grupos de mayor vulnerabilidad, a partir de la asistencia y del intercambio de servicios. Lariza Lomnitz clasifica las redes informales en egocéntricas y exocéntricas, en relación a la forma en que se desarrolla el proceso de intercambio. La red egocéntrica corresponde al conjunto de relaciones diádicas, en donde el intercambio se encuentra determinado por la proximidad social en relación a los vínculos consanguíneos y afectivos, así como por roles sociales preestablecidos (padres a hijos, entre hermanos, entre compadres o entre amigos); la proximidad física, en donde la vecindad facilita el flujo continuo y recíproco del intercambio; la proximidad económica, en donde la posibilidad de apoyar frente a carencias y necesidades guarda correspondencia con la condición de la clase social de pertenencia.²² Cuando la demanda es mayor en alguno de los participantes, se afecta la simetría del intercambio, con la consecuente ruptura de la relación; la proximidad psicológica,

evidenciada con la confianza y empatía, cubre elementos de cercanía física y clase social, su complejidad la vuelve el soporte que retroalimenta la red.²²

La red exocéntrica corresponde a un intercambio abierto y constituyen el campo de relaciones que se extiende en diversas direcciones. Las redes sociales no son relaciones homogéneas, sino que existen núcleos con mayores interrelaciones entre sí, en donde el intercambio se da de todos con todos. La red exocéntrica no coincide, necesariamente, con la red egocéntrica de cada uno de sus integrantes. Sin embargo, las relaciones entre miembros de una red exocéntrica tienden a ser más intensas y más estables que otras relaciones diádicas que puedan mantener dentro y fuera del grupo.²²

Redes familiares²¹

Las redes familiares forman parte de las redes informales. Carlson afirma que desde una perspectiva sistémica, se define a la familia como una unidad organizada por elementos o individuos que constituyen subsistemas (conyugal, filial, fraterno) que conviven en una relación duradera y consistente, la organización de estos elementos y subsistemas siguen un patrón jerárquico y no aleatorio.

La visión de la familia desde una perspectiva de red social, permite identificarla como un sistema dinámico en donde sus subsistemas se complementan en procesos de reciprocidad que sin perder sus características propias optimizan sus recursos. Estudios recientes evidencian que el primer grupo de apoyo es la familia, la cual diversifica sus relaciones con otros sistemas de ayuda o soporte (escolar, comunitario, laboral, religioso, sanitario, etc.).

Con base en el ámbito en el cual se desarrollan, las redes familiares pueden ser intrafamiliares, interfamiliares y extrafamiliares.

Las intrafamiliares se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar; sin la intervención de personas ajenas al él. Estas redes se forman de manera espontánea en el núcleo familiar, en función de la significancia y grado de autoridad que suelen tener los diferentes miembros que la integran. Identificar los grados de autoridad en las familias facilita la integración de apoyos en el cuidado de enfermos; en la

vigilancia de medidas de autocuidado y detección de riesgos. El papel que desempeñan las mujeres en la familia (madre, abuela, hermana mayor o con mayor nivel de estudios), resulta determinante en la decisión de iniciar autocuidados, aplicar acciones propias de la medicina tradicional o buscar atención profesional.

Las redes interfamiliares, surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias. La identificación de este modelo de red interfamiliar, es de gran importancia para la práctica de la medicina familiar, por lo que la construcción del familiograma resulta básica no sólo por que ayuda a identificar las características de sus integrantes, sino porque favorece la detección de los principales factores determinantes de la funcionalidad familiar y la identificación de los aspectos preventivos y de riesgo. La proximidad de parentesco, afecto y distancia física son factores importantes de apoyo en la continuidad de la atención. Existen investigaciones que han podido medir estas condiciones, estableciendo la relevancia que tiene el contar con familiares en la misma localidad ante situaciones de emergencia, en etapas de crisis familiar o en situaciones de estrés.

Redes extrafamiliares²¹

Las redes extrafamiliares surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad; como es el caso de las amistades, vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda. Conviene detectar la presencia de estas personas ya que suelen ser recursos accesibles en presencia de factores de estrés. La participación de las redes sociales en el cuidado, directo o indirecto; apoyos de compañía e incluso, materiales, obliga a considerarlos como elementos que coadyuvan para lograr una mejor atención a la salud. Las intervenciones psicoterapéuticas consideran, en el proceso de recuperación, la inclusión y el estudio de redes familiares de los tres tipos.

Redes sociales formales²¹

Se establecen con base en normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales.

Puede haber una transición de las redes informales hacia las formales o bien, incluir algunas de sus características; como sucede con los grupos de autoayuda. Por otro lado, las redes formales no escapan a la posibilidad de informalizar, de manera encubierta algunos de sus aspectos, cuando se infiltran factores inherentes a la red informal; como podrían ser los vínculos de parentesco, amistad o nexos previos, entre prestadores de servicios o componentes de diferentes áreas empresariales.

Redes institucionales²¹

Las redes institucionales forman parte de las redes formales. Debido a que estas redes implican la intervención de personas con representatividad de grupos organizados con fines y estrategias específicas para lograrlos, ya sean de carácter empresarial, de representación social y/o de servicios, se impone la definición y estudio de sus características, las cuales comprenden un alto grado de formalización e influencia en la calidad de vida, ya que requieren intercambio y comunicación mediando rangos de autoridad. Su funcionamiento e inclusión en un sistema de redes considera tres aspectos: el marco normativo, el estudio de recursos y la propuesta. El *marco normativo*, se refiere a lo establecido en el ámbito legal y administrativo, reconociendo que los aspectos inherentes a la salud aluden a los más altos valores de una sociedad. El *estudio de recursos*, integra la suficiente información sobre los insumos existentes, su capacidad resolutoria así como las formas de acceso a estos insumos, para permitir la regulación y la coordinación de procedimientos hasta lograr formas de trabajo cooperativo. La *propuesta* se organiza con el propósito de fundar, crear o transformar una norma por otra que agilice la cooperación y el intercambio en forma fluida a través de la participación de todos los sectores sociales que delimite las acciones de su funcionalidad. La propuesta conduce a formular los instrumentos que se utilizarán para su regulación y evaluación.

Un ejemplo de redes de tipo institucional lo constituyen las ONG's, las cuales son percibidas como grupos importantes de la sociedad civil y elementos fundamentales en la integración de este tipo de redes. Las ONG's han llegado a tener un papel protagónico relevante para lograr reformas en las políticas sanitarias. Su participación en las Conferencias de las Naciones Unidas y en las Cumbres Internacionales, ha logrado una amplia injerencia estando registradas y reconocidas legalmente en sus países de origen, contribuyendo al desarrollo de acciones en el ámbito sanitario, medio ambiente, educación y capacitación; así como en tópicos relacionados con la violencia doméstica y urbana, enfermedades de transmisión sexual, protección a la niñez, derechos humanos, movimientos internacionales de mujeres, etcétera.

Redes o cadenas socioepidemiológicas²¹

La interacción de los factores sociales con el desarrollo de problemas de salud puede ser observada como una red o cadena socioepidemiológica. De ésta manera, la transmisión de un agente causal se facilita por las interrelaciones sociales asociadas a la estrecha convivencia, que en muchos casos se ve incrementada por el hacinamiento y promiscuidad en que viven sectores de la población considerados de alto riesgo. Al identificar y reconstruir los puntos que articulan la red, las rutinas de vida de los protagonistas, sus espacios comunes y sus desplazamientos, pueden detectarse los factores específicos de riesgo. La identificación de ésta red facilita la promoción de medidas preventivas, incluyendo la modificación de algunos comportamientos en los estilos de vida.

Redes combinadas o mixta²¹

La dinámica de las relaciones sociales da por resultado una interacción que puede incluir elementos y redes de diversa magnitud y tipo. Esta interacción se evidencia en el caso en que las redes familiares y extrafamiliares se articulan entre sí y/o con los servicios otorgados por instituciones ya sean de carácter privado, gubernamental o no gubernamental para solucionar un problema de salud.

OBJETIVOS DE LAS REDES SOCIALES

La utilización de las redes sociales requiere de formas de intervención en diversos niveles y condiciones; las redes pueden estar integradas paulatina o intensivamente de acuerdo con los mecanismos de aceptación, control y liderazgo que predominen entre los integrantes de los subsistemas que participan de ellas. Los procesos y las intervenciones en red permiten:

- ❖ Intensificar las interrelaciones, con el consecuente fortalecimiento del sentido de pertenencia y el incremento en su calidad.^{20, 21}
- ❖ Optimizar recursos, a través de la diversificación y oportunidad en el intercambio, facilitando también la identificación y acceso a mayor número de recursos.²¹
- ❖ Complementar los servicios aprovechando las oportunidades, en concordancia con áreas y objetivos compartidos.²¹
- ❖ Descentralizar las intervenciones, promoviendo la participación de todos los integrantes: personas, sistemas o sectores que integran una determinada red social.²¹
- ❖ Promover la corresponsabilidad y la autoorganización, a través de la toma de decisiones y la distribución de tareas, actividades y funciones; propiciando la homeostasis que regula cada sistema al interior.²¹
- ❖ Socializar la información con los mecanismos de comunicación interna y externa que retroalmente la funcionalidad de la red.²¹
- ❖ Dar respuesta a contingencias que todo humano atraviesa en alguna de sus áreas.²⁰

Específicamente, algunas redes sociales formales de atención al anciano tienen el objetivo de mejorar o mantener la capacidad física, cultivar nuevas relaciones sociales y divertirse en un ambiente recreativo a través de la actividad física y el ejercicio físico.²⁷

FUNCIONES DE LAS REDES SOCIALES

Las redes sociales favorecen o limitan la enfermedad o la salud.²¹ Existe una modalidad de intervención terapéutica en la que se trabaja con sistemas sociales amplios, parientes, amigos, vecinos, profesionales y otros para dar solución a algún problema de la familia. Esta terapia de red

fue creada por Speck y Attneave y se considera inserta en la tradición de diversas culturas tribales en donde la tribu se reunía en periodos de crisis para buscar soluciones comunes a sus problemas.²⁸ También el funcionamiento de la red de apoyo está relacionado con la calidad de vida.²⁶ Otras funciones de las redes son la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y los consejos, la regulación social, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos.²⁸

DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL²⁴

Este apoyo se divide en dos grandes categorías: la que se ocupa de los aspectos cuantitativos o estructurales, y la correspondiente a los aspectos cualitativos o funcionales.

Dentro del componente cuantitativo o estructural, se hace referencia al número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas planteados; es la red social que comprende todos los contactos sociales de cada persona. También se incluyen en este apartado los aspectos pertenecientes al apoyo material, tales como la ayuda económica o financiera, los préstamos de dinero o las ayudas cotidianas en las tareas domésticas, el cuidado de los niños y otros.

El apoyo cualitativo o funcional tiene un carácter subjetivo que se refiere a los aspectos informales del apoyo que inducen en el individuo sentimientos de bienestar afectivo, aportándole amor, reconocimiento, consejo o guía. Es decir, el apoyo social tiene un significado subjetivo que desencadena en el individuo una vivencia positiva o negativa. La importancia de este componente ha llevado a algunos autores a afirmar que el apoyo social existe únicamente cuando induce determinados sentimientos en el individuo que lo recibe. Este carácter multidimensional del apoyo social cualitativo obliga a especificar:

- ❖ Apoyo emocional o afectivo: En el podemos distinguir tres niveles: en el primero se incluyen las demostraciones reales de amor, estima, cariño y empatía. En el segundo se encuentra la disponibilidad de las personas que pueden proporcionar esas emociones, es decir, la existencia de relaciones afectivas en la red del individuo, y en el tercero, la percepción por parte de la persona de estas manifestaciones de apoyo, esto es, si el sujeto

se siente amado o admirado. La actuación conjunta de estos tres niveles incide sobre conductas relacionadas con los sentimientos de bienestar afectivo.

- ❖ Apoyo confidencial: Se entiende como la posibilidad de contar con personas a las que se les pueda comunicar problemas, hechos relevantes, situaciones conflictivas o asuntos íntimos que requieren comprensión y ayuda.
- ❖ Apoyo informacional. Se incluyen aquí todos aquellos contactos a través de los cuales se recibe información o consejo, gracias a los cuales se conoce mejor el entorno familiar, comunitario y laboral; esto facilita, además, el ajuste a los cambios que se producen en el medio social.

Conviene aclarar que los últimos dos apoyos suelen estar ligados con el primero ya que se pueden percibir como expresión de afecto y preocupación por la persona que la recibe.

VALORACIÓN²¹

La clasificación de los elementos para discriminar el comportamiento y la medición de las redes sociales permite reagruparlos en cuatro apartados: tipo de intercambio, direccionalidad, extensión, frecuencia y temporalidad. Es importante destacar que la distancia afectiva y espacial son determinantes para que intervengan mayor o menor número de estos elementos.

El **tipo de intercambio** establece los elementos necesarios para mantener la homeostasis de un determinado sistema; suele ser psicológico o emocional que involucra intercambio de manifestaciones afectivas. Para medir los elementos de intercambio emocional existen múltiples y diferentes instrumentos; entre ellos se encuentra el cuestionario de Duke-UNC, adaptado y validado en un centro de salud de Granada, España.

El intercambio social se observa fácilmente en la compañía, cuidados, asesoría, asistencia, compras, recomendaciones, información, valores, solidaridad, etc. El económico o en especie, es inherente al sustento total o parcial, prestamos de dinero o instrumentales, alimentos u obsequios. Resulta difícil la identificación de un solo tipo de apoyo, generalmente, existe una alta presencia de ellos en familias extensas, así como en períodos de crisis.

La **direccionalidad**, implica la especificación de quien da el apoyo a quien o a quienes, haciendo la observación de que en realidad, aun cuando un miembro de la familia proporciona el apoyo a otra familia, la acción repercute en todos los casos hacia el resto del núcleo de ambas familias. La direccionalidad puede ser **descendente**, que implica el apoyo intergeneracional o jerárquico; de mayores a más jóvenes. Un claro ejemplo es la situación de ayuda de abuelos y padres a hijos o nietos; de igual manera, se cataloga al que se presenta entre compañeros de trabajo con diferentes rangos de autoridad. **Entre iguales**, se refiere a los apoyos que se intercambian entre elementos de una alianza, la misma generación o jerarquía, como es el caso de esposos, hermanos, primos y colegas. **Ascendente**, describe el apoyo intergeneracional o jerárquico de más jóvenes a mayores y de subordinados a supervisores o jefes. La **externa**, se refiere a los casos en que el intercambio se genera con algún sujeto o núcleo ajeno al de pertenencia.

La **extensión de la red** hace alusión al tamaño de la red; es decir, el número de personas que la conforman,²⁴ se considera como el grado de ampliación del ámbito en donde se logra el intercambio con otras redes, este ámbito puede ser intrafamiliar, interfamiliar, extrafamiliar y/o institucional.

La **frecuencia** es el número de ocasiones en que se presentan intercambios en la red.

La **temporalidad** se refiere a la duración de cada intercambio en la red, que puede ser:

- ❖ permanente o continuo: cuando el intercambio se da de manera constante
- ❖ por evento: el apoyo se proporciona sólo en determinadas circunstancias o sucesos como es el caso del cuidado a las pacientes que cursan con el puerperio
- ❖ emergente o en crisis, es la ayuda o apoyo que se otorga en condiciones extremas o no previstas, como son los conflictos familiares, accidentales y catástrofes.

Otros elementos que también pueden ser tomados en cuenta son:

La **densidad** es el grado en que los miembros de la propia red pertenecen simultáneamente a otras redes.

La **composición** es el predominio de los integrantes ya sean amigos, familiares, etc,

La **fuerza** es el grado de intimidad y de confidencialidad de los contactos en la red.

La **homogeneidad** es la semejanza o congruencia entre los miembros de la red.

La **calidad** es la percepción subjetiva del apoyo facilitado por la red.

En base a estas dimensiones, la red puede aportar apoyo social de diferente naturaleza, es decir, predominará su capacidad para aportar apoyo instrumental, afectivo y/o confidencial, necesarios en diferente grado en cada situación que afronta el individuo. Es decir, una misma red permite resolver mejor unas necesidades que otras.

La reciprocidad implica una mutua dependencia a través de intercambios equivalentes, generando obligaciones entre las partes involucradas. Este proceso de reciprocidad como base de las redes sociales, llega a constituirse en un capital social emergente frente a situaciones de crisis, como un mecanismo de sobrevivencia. La reciprocidad puede analizarse en cuanto a su estructura, comportamiento y organización tanto en la cotidianidad como frente a contingencias. Es posible valorarla a través de la intensidad del flujo de bienes y servicios tomando en cuenta su cantidad y frecuencia, durante un período de tiempo determinado. Los ejemplos más claros de éste proceso se evidencian en situaciones de crisis económica. Las redes deben actuar como una membrana elástica y flexible que facilite el movimiento, pero que conserve la resistencia necesaria para no desmembrarse.²⁰

LIMITACIONES DEL ESTUDIO DE LAS REDES SOCIALES²¹

Debe reconocerse la dificultad que representa el estudio de las redes sociales, tanto por lo diversificado de sus elementos, como por la subjetividad que puede implicar su análisis. Para vencer estas dificultades, se requiere implementar estrategias de investigación cualitativa para la evaluación de las redes a través de grupos focales o de entrevistas, con el uso de instrumentos

específicos.

REDES SOCIALES Y GÉNERO

En las sociedades más tradicionales, la mujer de edad avanzada representa prestigio, oportunidad y poder; en los países del norte de Europa se observa un rol más activo para la mujer. Con todo, los estereotipos y prejuicios asociados a la imagen social de la mujer de edad avanzada implican una gran desventaja. En diferentes estudios realizados, los hombres son referenciados, generalmente, de manera más favorable y el envejecimiento de estos es visto de manera más tardía. Socialmente, la belleza se asocia a la juventud y a la delgadez. La mujer mayor ha tenido que enfrentar el reto de mantener su autoestima construyendo una evaluación integral de si misma. Los medios de comunicación transmiten una imagen diferente del hombre y de la mujer en edades avanzadas. Mientras algunos hombres de 50-60 años representan papeles que involucran relaciones con mujeres más jóvenes que ellos, las mujeres adultas mayores, habitualmente, son contratadas para anunciar laxantes, dentaduras o para dar consejos de cocina.¹⁸

Todo lo anterior repercute en las redes sociales ya que, socialmente, es más fácil para un hombre poder relacionarse con personas del otro género y de menor edad que para una mujer. Por ello, las mujeres tienden a hacer amistades con otras mujeres de la misma edad. No es lo mismo iniciar o mantener una red social sin prejuicios a cargar con toda la información relacionada con la mujer de la tercera edad. Las mujeres de la tercera edad, generalmente, son las más enfermas, las más discapacitadas y las más pobres; las viudas y solteras son las que experimentan más soledad y las que viven más en solitario.¹⁷ Esto limita sus redes sociales. La red de apoyo de las mujeres de la tercera edad y viudas se caracteriza por la ausencia de hombres. Las mujeres casadas mantienen mayor bienestar que las solas y tienen más gente a quien acudir. Las mujeres que nunca se casaron, si bien tienen menos personas en su red, se sienten más felices que las viudas o que las separadas. Las viudas sin hijos son las que sufren el mayor aislamiento.²⁹ Las adultas mayores tienen redes más grandes y reciben más apoyo social en comparación con los adultos mayores.³⁰

En uno de los primeros estudios gerontológicos sobre el apoyo social, se mostró que existe

una asimetría o inversión de roles de acuerdo a la edad. La gente más vieja recibió más apoyo que el que aportó. Los viejos más jóvenes fueron los más insatisfechos con el apoyo recibido, mientras que los más viejos estuvieron conformes y consideraron que podían depender de los miembros de su red.²⁹

Aparentemente, la red de apoyo de los viejos varía más de acuerdo con el género que de acuerdo con la edad. Las mujeres tienen redes de apoyo más amplias y proveen apoyo para otras personas en mayor medida que los hombres. Las mujeres están más satisfechas con los amigos y más insatisfechas con el matrimonio, que los hombres. Las ancianas buscan apoyo en otros miembros de la red además del esposo, tienen más confidentes y consideran otorgar menos apoyo al cónyuge, así como recibir menos apoyo de él.²⁹

REDES SOCIALES Y ESTADO CIVIL

Las personas casadas o que viven en pareja suelen ser más saludables y vivir más tiempo que las no casadas; esto atañe sobre todo a los hombres. Muchos hombres viudos llegan a perder gran parte del contacto que tenían con el entorno antes de morir su esposa; en cambio, las mujeres viudas suelen mantener con mayor frecuencia esas redes sociales. Otro factor que incide en la conformación de la situación conyugal en el grupo de personas de 65 años o más es la diferencia de edades al contraer matrimonio, pues es más común que las mujeres sean más jóvenes que su pareja y, por lo tanto, poco probable que ellos queden viudos, de manera que existe una proporción de hombres casados en edad avanzada significativamente más alta que la de las mujeres. En el 2000, en México, la proporción de hombres casados o que vivían en unión libre en el grupo poblacional de 65 años o más era de 73%, en tanto que las mujeres casadas para ese grupo de edades representaban sólo 39%. En cambio 18 de cada 100 hombres eran viudos, mientras que las viudas agrupaban a 49 de cada 100 mujeres. También, fueron más las mujeres que nunca se han casado, ya que 7 de cada 100 ancianas permanecen solteras contra 5 de cada 100 ancianos. En cuanto a divorcios o separaciones, un 4% de hombres y 5% de mujeres deshicieron su unión conyugal en el año 2000.¹⁸

En nuestro país, los ancianos suelen vivir acompañados más frecuentemente que en otros

países: los hombres de 65 años o más que viven solos representan 8% y las mujeres 12%, mientras que entre las personas de menos de 65 años sólo una de cada 100 vive sola; estos porcentajes son muy parecidos a los de Japón y Bolivia pero difieren enormemente de los de Dinamarca, República Checa y Finlandia, donde cerca de 20% de los hombres ancianos viven solos y alrededor de 50% de las ancianas.¹⁸ Los ancianos casados y viudos tienen redes más grandes y reciben más apoyo social que los solteros.³⁰

REDES SOCIALES Y OCUPACIÓN

En nuestro país en el 2000, de cada 100 hombres de 65 años o más, 41 eran económicamente activos, así como 9 de cada 100 mujeres. Las ocupaciones que agrupan el mayor número de hombres de edad avanzada son la de médicos generales y especialistas, seguida por la de comerciantes en establecimientos y después por la de abogados. En el caso de las mujeres, la principal ocupación es la de comerciantes en establecimientos, después la de trabajadoras afines a la educación y luego la de despachadoras y dependientas de algún comercio. De ellos, 50% de hombres y 64% de mujeres declaran no percibir ingresos o recibir menos de un salario mínimo.¹⁸ Estos empleos, de alguna forma, mantienen sus redes sociales más amplias ya que conviven con gente de diferentes procedencias y con diferentes necesidades y recursos. Estos adultos mayores invierten su tiempo en actividades que les otorgan bienestar y cierto grado de control e independencia.

APOYO SOCIAL Y SALUD FÍSICA

Durante el año 2005, en México, las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, los accidentes, las enfermedades del hígado y las enfermedades cerebrovasculares.³¹ Por otro lado, entre un 15 y un 20% de las personas mayores sufren problemas serios que las incapacitan y que les ocasionan algún grado de discapacidad.¹⁷ Las personas que padecieron las enfermedades mencionadas requirieron de cuidados y de atenciones; de redes y de apoyo sociales.

Existen numerosos estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye

negativamente sobre el estado de salud.²⁴ La satisfacción con el apoyo social de los pacientes con diabetes mellitus se asocia con un mayor control metabólico en las mujeres, y con un menor control metabólico en los hombres.²⁹

El contacto con parientes y amigos, así como la participación social, se asocia con menor mortalidad. La asistencia a la iglesia continúa presentando un efecto reductor en la mortalidad.^{29, 40} Las viudas mayores de 45 años presentan mayor índice de mortalidad que las casadas. Las viudas que viven con un adulto varón en el hogar están menos expuestas a este riesgo que el resto. No tener hijos o hermanos vivos repercute en la mortalidad de los viejos.²⁹

En cuanto a la relación entre apoyo social y morbilidad, se observa una disminución de la función inmune en las mujeres con apoyo social reducido. Las mujeres que viven solas presentan más síntomas físicos que los hombres que viven solos.²⁹

APOYO SOCIAL Y SALUD PSICOLÓGICA

Diversos autores han encontrado una relación positiva entre apoyo social y bienestar psicológico. A continuación se enlistan algunas de estas relaciones:²⁹

- A mayor satisfacción con el apoyo social, mejor desempeño intelectual
- Las personas adultas mayores con menos enfermedades crónicas, mayor red de apoyo y sin discapacidad funcional experimentan mayor bienestar
- El vivir solo se asocia a depresión
- El número de actividades de ocio compartidas con el cónyuge predice la satisfacción después de la jubilación tanto para hombres como para mujeres
- La red social de amigos predice la satisfacción después de la jubilación en hombres
- Las interacciones positivas con familiares proveen de apoyo emocional en tanto que las negativas se relacionan con un sentimiento de soledad

Las medidas de apoyo social percibido, tales como la satisfacción marital y la frecuencia de

contacto con amigos y parientes, se asocian con el bienestar, la felicidad y la satisfacción de vida en los viejos. En las mujeres, la red social reducida parece ser el predictor de depresión más importante. El ambiente en el que los ancianos viven parece incidir en el optimismo y la moral: los que viven con el cónyuge presentan una moral más alta que la gente que vive sola o con los hijos adultos. También, la participación en organizaciones ha mostrado ser un buen predictor de la satisfacción de vida. En particular, la concurrencia a la iglesia se relaciona con la satisfacción de vida en personas de ambos sexos y de toda edad.²⁹

Los principales factores de riesgo que antecedieron al intento suicida en un estudio fueron los sentimientos de desesperanza, el síndrome depresivo y el antecedente patológico personal suicida, en tanto que el factor protector para el suicidio en la mayoría de los ancianos fue el bienestar físico. La mayoría de ellos tenían redes sociales de tipo formal-informal, recibían fundamentalmente apoyo instrumental y percibían el apoyo social como de calidad deficiente. En dicho estudio, 69.2% de los participantes se encontraba sin pareja estable, 61% eran jubilados y 65.4% con deficiente apoyo social emocional. Las causas del intento suicida se debieron a conflictos familiares, vivencia de la soledad y a enfermedades físicas invalidantes. Los factores protectores fueron el bienestar físico (76.9%), la presencia de apoyo social emocional y la presencia de fortaleza interna en las personas y la presencia de esperanza.³²

La relación entre apoyo y depresión indica que los ancianos que viven solos están más deprimidos que los que viven acompañados. El apoyo social percibido se asocia a depresión en mayor medida que el tamaño de la red de apoyo. La relación con los hermanos parece ser especialmente importante para el bienestar psicológico. Los ancianos con interacciones positivas con sus hermanos comentan que dichas interacciones disminuyen el sentimiento de soledad, proveen apoyo emocional y sentimiento de cercanía y validan experiencias tempranas de la vida.²⁹

REDES EN EL ADULTO MAYOR

Probablemente, la vejez sea la etapa de la vida cargada de más estereotipos e ideas negativas; frecuentemente es asociada a tristeza, desaliento, falta de ilusiones, presencia de enfermedades, deterioro mental y de imagen así como a inutilidad. Esto propicia a que la sociedad

los margine y que sus redes sociales sean escasas y de mala calidad.²

Se han realizado estudios que revelan que el vínculo más fuerte del adulto mayor es aquel que se establece con la pareja sentimental; sin embargo, las relaciones con la madre, el padre, los hijos y los amigos también cumplen los criterios usados para describir las relaciones más cercanas.³³

Características de la red de apoyo de los ancianos²⁹

❖ Red de apoyo informal

De acuerdo con Albarracín, las mujeres poseen fuentes de apoyo más diversificadas que los hombres. Las mujeres ancianas canadienses reciben ayuda del esposo, de familiares y de amigos, mientras que los hombres cuentan casi exclusivamente con la ayuda del cónyuge. Las mujeres tienen ayuda de los hijos y los hombres de sus esposas. El 38.5% de las mujeres ancianas declara sentirse sola a veces o a menudo, las mujeres casadas y las que nunca se habían casado eran las que se sentían solas con menor frecuencia. Las mujeres viudas son las que presentan mayor sentimiento de soledad, probablemente porque no han podido reemplazar las funciones de apoyo satisfechas anteriormente por el cónyuge. Los ancianos casados, o que viven acompañados dependen menos de los amigos que los ancianos que viven solos. El apoyo social brindado por los hijos adultos parece ser percibido por los ancianos en tres dimensiones: cuidado y preocupación, integración social, amor y cariño.

Los hermanos son una fuente primordial de apoyo social no reemplazable por otros miembros. La red informal es capaz de reemplazar las funciones del cónyuge o de los hijos. 40% de las relaciones sociales mencionadas por ancianos viudos son negativas, y las relaciones familiares presentan una cualidad más negativa que las no familiares. El papel de los compañeros de trabajo ha sido estudiado debido a la sospecha de que la jubilación produce pérdidas cruciales en la red de apoyo. Las personas jubiladas desde hace más de 18 meses tienen menos amigos y confidentes entre los compañeros de trabajo que las personas que están trabajando. Las mujeres con alto nivel educacional prefieren vivir solas más que las mujeres de menor educación.

❖ Red de apoyo formal

Las mujeres utilizan los servicios formales de apoyo en menor medida que los hombres, con excepción de la iglesia. La edad de los sujetos predice el apoyo de la red formal. Las personas de mayor edad utilizan el los sistemas de servicios, más que los más jóvenes. La participación en organizaciones de apoyo voluntario disminuye a medida que las personas envejecen, tanto por la reducción en los recursos económicos como por los efectos de la edad. La mayoría de los cuidados para ancianos discapacitados son provistos por la familia.

EL ADULTO MAYOR Y SU DESEMPEÑO SOCIAL

En España, se realizó una encuesta en el año de 1993 para conocer algunos aspectos sobre la situación, actitudes y percepciones que las personas mayores españolas tienen de su papel en la sociedad; al mismo tiempo la encuesta informa sus actividades de ayuda. A continuación se menciona la información relevante:

- 44% realiza actividades de ayuda y de ellos el 30% ayuda a sus hijos/as y nietos/as
- La ayuda intergeneracional se centra en sus respectivos cónyuges (60%)
- La ayuda a los hijos consiste en cuidar y atender niños en un 75%, tareas domésticas (42%) y hacer compras (26%)
- Los abuelos cuidan a los nietos ocasionalmente, cuando salen los padres en un 66% y diariamente mientras trabajan los padres en un 36%
- 79% padecen mal estado de salud

En la encuesta IMSERSO, 2004,² se ratificaron los datos, previamente, obtenidos aunque y se contó con una mayor participación. Los datos relevantes son:

- 21% cuida a sus nietos actualmente.
- 39% los cuidó en el pasado.

- Sin tomar en cuenta la ayuda a nietos, las personas mayores apoyan a la familia, principalmente, en compras y gestiones, preparación de comidas, cuidado de la ropa y cuidado de otros adultos.
- El principal apoyo de las personas mayores para su familia es en relación a las compras.²

DEPENDENCIA²

La dependencia conceptualizada por el libro blanco, es “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

En el libro blanco se mencionan los cambios en la clasificación de las discapacidades de la OMS, denominada la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) reformada en mayo del 2001. Allí hacen señalamientos importantes como que las personas que tengan déficit en su funcionamiento van a presentar algún tipo de limitación ya sea física o mental que condicionará una restricción en la participación de actividades y que, finalmente, resultará en una dependencia. Este concepto de dependencia es relevante en el presente trabajo ya que la dependencia tiene una serie de variables de tipo social o ambiental que condicionan la aparición y desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, es decir que la dependencia se puede prevenir. Esto se puede lograr promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas que requieren diagnósticos integrales oportunos. La dependencia ha alcanzado trascendencia a nivel familiar y a nivel social. Se requiere de una red adecuada para dar atención a los casos de dependencia.

Redes Sociales Informales²

Las redes sociales informales, básicamente, quedan a cargo de las mujeres del núcleo

familiar; es decir, las madres, parejas, hijas o hermanas de las personas dependientes sobretodo de edades entre 45 y 69 años. Se ha dado un gran cambio del apoyo informal familiar debido a que las familias actuales no son como las familias de hace 50 años:

- ❖ La reducción o desaparición de la familia extensa que antes proveía de ayuda a la familia nuclear.
- ❖ La inestabilidad de la institución de la familia. Ahora ya se presentan más separaciones y divorcios que afectan la red social informal familiar.
- ❖ La movilidad geográfica de los miembros de la familia ocasiona debilitamiento de la red.
- ❖ La existencia de otros modelos familiares como familias monoparentales u hogares de un solo integrante.
- ❖ La triple jornada (trabajo remunerado, atención y cuidado del hogar, y de la familia) de la mujer que, efectivamente, reduce el apoyo brindado a sus familiares dependientes y que la abruma en sobremanera.
- ❖ Retraso en la edad del matrimonio que condiciona un primer hijo a edad avanzada y menor cantidad de hijos.
- ❖ Retraso en la independencia de los hijos e hijas que produce una permanencia en el hogar hasta edades tardías con un retraso en la incorporación a nuevas redes sociales.
- ❖ Tamaño reducido de viviendas que no permite la incorporación de familia extensa ni de amigos porque solo tienen espacio para el núcleo familiar.

EL CUIDADOR DEL ANCIANO

La dependencia de los humanos en la vejez es un tema preocupante para las familias, pero, a menudo, silenciado. Los padres e hijos habitualmente no conversan sobre la viudez, la eventual discapacidad de los padres y los arreglos de vivienda en dicha situación. Los cuidadores necesitan apoyo para continuar desempeñando un rol a menudo extenuante. El agobio del cuidador y la ausencia de un sistema informal de apoyo constituyen factores de riesgo en la institucionalización de los ancianos. Los principales cuidadores de ancianos son mujeres, de ellas, las más jóvenes y con actitudes más tradicionales.²⁹

CONSIDERACIONES MÉDICAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

El envejecimiento humano se caracteriza, desde un punto de vista fisiológico, por la disminución progresiva de las reservas homeostáticas de todos los sistemas, aparatos y órganos. Este proceso se manifiesta a partir de la tercera década de la vida, es gradual, progresivo, con magnitud y velocidad variable.

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. La instalación del declive brusco de un órgano o sistema, y por ende de la función, es secundario a una enfermedad y no a un envejecimiento "normal". El envejecimiento normal, está modificado por la presencia o ausencia de factores de riesgo como el sedentarismo, el tabaquismo o el síndrome metabólico.³⁴

Los principales cambios que se suscitan en el adulto mayor están resumidos en la tabla de la siguiente página.

Órgano/Sistema	Cambio Fisiológico relacionado con la edad*	Consecuencias del cambio fisiológico relacionado con la edad	Consecuencias patológicas ajenas a la edad
En general	↑ Grasa Corporal ↓ Agua corporal total	↑ Volumen de distribución de los fármacos liposolubles ↓ Volumen de distribución de los fármacos hidrosolubles	Obesidad Anorexia
Ojos/oidos	Presbicia Opacificación del cristalino ↓ Agudeza para los sonidos de alta frecuencia	↓ Acomodación ↑ Sensibilidad a los destellos Necesidad de más iluminación Dificultad para discriminar las palabras si hay ruido de fondo	Ceguera Sordera
Endócrino	Alteración de la homeostasis de la glucosa ↓ Depuración (y producción) de tiroxina ↑ ADH, ↓ renina y ↓ aldosterona ↓ Testosterona ↓ Absorción y activación de la vitamina D	↑ Glucemia en respuesta a una enfermedad aguda ↓ Dosis de T ₄ necesaria para corregir el hipotiroidismo Osteopenia	Diabetes mellitus Disfunción tiroidea ↓ Na ↑ K Impotencia Osteomalacia, fracturas
Respiración	↓ Elasticidad pulmonar y ↑ rigidez de la pared torácica	Desequilibrio de la ventilación/perfusión y ↓ PO ₂	Disnea, hipoxia
Cardiovascular	↓ Distensibilidad Arterial y ↑ TA sistólica → HVI ↓ Reactividad a βadrenérgicos ↓ Sensibilidad de los barorreceptores y automatismo del nodo SA	Hipotensión en respuesta a ↑ FC, hipovolemia o pérdida de la contracción auricular ↓ Gasto cardíaco y de respuesta de la FC al estrés Respuesta de la TA al ortostatismo, hipovolemia	Síncope Insuficiencia cardíaca Bloqueo cardíaco
Digestivo	↓ Función hepática ↓ Acidez gástrica ↓ Motilidad del colón ↓ Función anorrectal	Metabolismo lento de algunos fármacos ↓ Absorción de Ca con el estómago vacío Estreñimiento	Cirrosis Osteoporosis, déficit de B ₁₂ Impactación fecal Incontinencia fecal
Hematológico/ Inmunitario	↓ Reserva de la médula ósea ↓ Función de las células T ↑ Autoanticuerpos	Falsa negatividad con la PPD Factor reumatoide falso positivo, anticuerpos antinucleares	Anemia Enfermedad autoinmunitaria
Renal	↓ FG ↓ Concentración/dilución de la orina	Eliminación de algunos fármacos Respuesta tardía a la sobrecarga/restricción de sal o líquidos, nicturia	↑ Creatinina sérica ↓ Na
Genitourinario	Atrofia de la mucosa vaginouretral Agrandamiento de la próstata	Dispareunia, bacteriuria ↑ Volumen de orina residual	IVU con síntomas Incontinencia/retención urinaria
Musculoesquelético	↓ Masa muscular y corporal magra ↓ Densidad ósea	Osteopenia	Deterioro funcional Fractura de la cadera
Sistema nervioso	Atrofia cerebral ↓ Síntesis cerebral de catecolaminas ↓ Síntesis cerebral de sustancias dopaminérgicas ↓ Reflejos ↓ Fase 4 del sueño	Amnesia benigna del anciano Marcha más rígida ↑ Inestabilidad corporal Despertar prematuro, insomnio	Demencia, delirium Depresión Enfermedad de Parkinson Caídas Apnea del sueño

*Estas alteraciones se observaron generalmente en ancianos sin síntomas ni enfermedades detectables del órgano o sistema estudiado y habitualmente sólo son importantes cuando el sistema en cuestión sufre una sobrecarga o se añade a otros factores por ejemplo, fármacos, una enfermedad o una agresión ambiental; por lo demás es raro que aparezcan síntomas. Abreviaturas T₄ tiroxina TA =tensión arterial, FC= frecuencia cardíaca, ADH =hormona antiidiurética, FG =filtrado glomerular, HVI hipertrofia ventricular izquierda.⁴¹

Es relevante mencionar que en los adultos mayores:

- Las enfermedades suelen manifestarse de una manera atípica; con presencia de menos síntomas que indiquen la existencia de una enfermedad.
- El anuncio del establecimiento de alguna patología se hace más tempranamente debido a una disminución de las reservas fisiológicas.
- Los efectos secundarios de los medicamentos se instalan con dosis y fármacos que rara vez pueden afectar a pacientes más jóvenes.
- Se puede presentar un deterioro simultáneo de diversos mecanismos homeostáticos que ocasione síntomas a diversos niveles. La mejoría de uno de ellos puede repercutir en el resto.
- Un buen número de condiciones infrecuentes en los jóvenes son comunes en los ancianos.
- Se sugiere evitar tratar a un síntoma y otorgar atención integral.
- La prevención y el tratamiento de las patologías son igualmente importantes.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adulto mayor que atraviesa por la etapa de retiro y muerte del ciclo de vida familiar es un individuo con necesidades físicas, psicológicas y sociales. Físicamente, el adulto mayor tiene un deterioro progresivo de su funcionalidad⁴¹; entre las psicológicas y sociales destacan aquellas derivadas de la jubilación y de la viudez. Para proporcionarle apoyo, las redes formales, como las instituciones, tienen una disponibilidad limitada y para hacer frente a su creciente problemática, el adulto mayor tiene como alternativa la utilización de su red informal.²¹

Con base en los resultados de diversos estudios, se ha demostrado que las redes sociales tienen una importante influencia en la vida de las personas. Existe la tendencia de que una red social amplia favorece que los individuos tengan mejor cuidado de su salud.²⁹ Por el contrario, una red reducida se asocia a un deterioro en la salud de los humanos tanto en el ámbito físico, como en el psicológico y en el social. Esto se debe a que la red de apoyo puede generar o favorecer el bienestar de los individuos en la socialización, el afecto, los cuidados físicos, seguimiento de planes nutrimentales, el apego a los tratamientos médicos y, en general, con relación a los

cuidados de la salud. Las redes sociales son dinámicas y su sobrevivencia depende de la extensión y frecuencia del intercambio, reciprocidad y solidaridad que mantengan las personas que la integran.²¹ La tendencia es que el mayor merme su red de apoyo previa (compañeros laborales y cónyuge) y quede con menos recursos para hacer frente a sus diversos requerimientos.

Por lo anterior, surge la pregunta de investigación: ¿cuáles son las redes de apoyo de los adultos mayores que se encuentran en la fase de retiro y muerte del ciclo de vida familiar?

2.3 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial se están gestando diferentes cambios en torno al envejecimiento: las bajas tasas de fecundidad, la aumentada esperanza de vida, la migración, la incrementada participación de la mujer en la fuerza laboral, el debilitamiento de los lazos de parentesco, los estilos de vida y las nuevas tecnologías. La pirámide poblacional muestra que cada vez son más los adultos mayores. En el año 2000, a nivel mundial, se reportaron 16.6% de adultos mayores, mientras que en México en el año 2005, se registró un 5.5% de ese grupo poblacional.³

Las proyecciones de desarrollo demográfico indican que el proceso de envejecimiento iniciará en México en el año 2018 y terminará sólo un cuarto de siglo después, esto es, en el año 2043. Para entonces, los adultos mayores mexicanos representarán 14%; aproximadamente el triple de la población mayor actual.¹

Hoy existen más personas cursando por la etapa de retiro y muerte del ciclo de vida individual. La identificación de las redes en este grupo es de suma importancia ya que ellas repercuten en la salud del mayor.³⁸

Este estudio fue factible ya que se contó con la participación de un grupo de adultos mayores que se reunió de manera regular y que tuvo interés en el proyecto. Esta investigación, permitió conocer las redes sociales del grupo de adultos mayores en fase de retiro y muerte del ciclo de vida familiar que se reunió en el Centro de Salud “José Castro Villagrana” de noviembre de 2004 a febrero de 2005. Además, conviene realizar este trabajo para sentar la base de futuros estudios en los que el equipo de salud, en coordinación con el adulto mayor y su familia, incida en

el fortalecimiento, en la ampliación y en la optimización de las redes sociales que incidan en una mayor calidad de vida en la vejez.

2.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

GENERAL

Describir las redes sociales de los adultos de la tercera edad en fase de retiro y muerte del grupo de apoyo que se reunió en el Centro de Salud “José Castro Villagrana” de noviembre de 2004 a febrero de 2005.

ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas de los participantes
2. Identificar las características de las redes sociales de los participantes

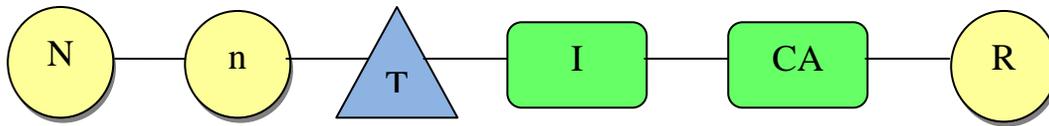
3 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

La población de referencia (N) está constituida por los adultos mayores mexicanos adscritos al Centro de Salud “José Castro Villagrana”. Se seleccionó una muestra no probabilística (n) que está constituida por los adultos mayores que se reúnen en el grupo de la tercera edad de dicho centro. La gente incluida en la muestra, participó en un taller (T) acerca de las redes sociales, aceptó voluntariamente a participar y contestó el instrumento (I) denominado “Apoyo social” de la Dra. Margarita Terán Trillo. La información obtenida se capturó en una base de datos en SPSS y se analizó (CA). Finalmente, se identificaron las redes sociales del grupo (R).



N=Población de referencia

(adultos mayores mexicanos adscritos al Centro de Salud “José Castro Villagrana”)

n=Muestra no probabilística (adultos mayores que se reúnen en el grupo de la tercera edad del Centro de Salud “José Castro Villagrana”)

T= Taller acerca de las redes sociales

I= Instrumento “Apoyo social”

CA=Captura y análisis de la información recabada

R=Identificación de redes sociales

3.3 MUESTRA

Se trató de una muestra no probabilística a juicio del recolector de datos de 41 individuos. La muestra estuvo constituida por las personas en fase de retiro y muerte del ciclo de vida que se reunieron en el grupo de la tercera edad del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana de noviembre de 2004 a febrero de 2005.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron a todos los individuos en fase de retiro y muerte del ciclo de vida familiar que asistieron al grupo de apoyo de la tercera edad del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” durante los meses de noviembre de 2004 a febrero de 2005 que aceptaron participar voluntariamente. Si bien, no existe una edad para pertenecer a la fase de retiro y muerte, para fines de este estudio se incluyeron a los individuos mayores de 60 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron a todos los individuos que no pertenecían al grupo, que fueron menores de 60 años y/o que no asistían regularmente al grupo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Fueron eliminados aquellos participantes que dieron respuestas incompletas en sus cuestionarios.

3.5 VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Número de cuestionario	Cuantitativa	Discontinua	Número consecutivo del 1 al 41
Género del participante	Cualitativa	Nominal	1. femenino 2. masculino
Edad del participante	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. primaria 2. secundaria 3. bachillerato/ preparatoria 4. licenciatura 5. carrera técnica 6. otra 7. sin estudios
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. hogar 2. jubilado/ pensionado 3. otra
Personas que le dan apoyo	Cualitativa	Nominal	Listado de cada uno de los elementos de red (1-24)
Edad de quien le da el apoyo	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Parentesco o relación con el caso estudiado	Cualitativa	Nominal	1. esposo 2. esposa 3. hijo 4. hija 5. hermano 6. hermana 7. nieto 8. nieta 9. yerno 10. nuera 11. cuñado 12. cuñada 13. otro (prima, sobrina, sobrino, primo)

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Tipo de apoyo	Cualitativa	Nominal	1. emocional 2. cuidados y compañía 3. información y servicios (traer o llevar cosas) 4. económico (dinero o cosas)
Participación en grupos	Cualitativa	Nominal	1. sí 2. no
Número de integrantes de sus grupos	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Principales actividades que realiza el o los grupos	Cualitativa	Nominal	Respuesta abierta
Acceso a servicios: a) médicos b) religiosos o espirituales c) educativos o de capacitación d) recreativos e) deportivos f) otros	Cualitativa	Nominal	1. sí 2. no
Otros apoyos significativos (sustitutivos, no humanas) a) animales b) plantas c) otras cosas	Cualitativa	Nominal	1. sí 2. no

3.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

- ❖ Número de cuestionario: Corresponde al número progresivo que se le asigna a cada cuestionario
- ❖ Género del participante: Género al que pertenece cada participante; masculino para hombre y femenino para mujer
- ❖ Edad del participante: Número de años cronológicos de vida del participante
- ❖ Estado civil: Situación civil del participante; casado(a), soltero(a). También se considera la situación de viudo(a)
- ❖ Ocupación: Actividad principal que realiza el participante ya sea remunerada o no

- ❖ Número de personas que le dan apoyo: El listado de las personas que proporciona algún tipo de apoyo al participante
- ❖ Edad de quien le da el apoyo: Número de años cronológicos de vida de quien le otorga apoyo al participante
- ❖ Parentesco o relación con el caso: Vínculo filial de acuerdo con la definición de familia de la OMS y/o relación de amistad, laboral u otra
- ❖ Tipo de apoyo:
 - Emocional o psicológico que involucra intercambio de manifestaciones afectivas
 - Cuidados y compañía (en el instrumento se indica como tiempo pero para fines de este trabajo se decidió ampliar y especificar esta variable) se refiere a la procuración de cuidados, asistencia y aspectos de acompañamiento
 - Información y servicios corresponde a asesoría, recomendaciones, hacer compras, dar orientaciones o información. También se identifica como apoyo instrumental
 - El económico o material que es inherente al sustento total o parcial, proporcionar dinero, proveer despensa, alimentos, medicamentos o artículos para curación
- ❖ Participación en grupos: Indica si el paciente participa en grupos o no
- ❖ Número de integrantes de sus grupos: Cantidad total o aproximada de individuos que participan en el o los grupos, en caso de que la respuesta al planteamiento anterior haya sido positiva
- ❖ Principales actividades que realiza el o los grupos: Aún cuando se trata de una respuesta es abierta, será reagrupada en función a las respuestas con una mayor frecuencia
- ❖ Acceso a servicios: Los diferentes recursos formales con los que cuenta el participante; mismos que pueden clasificarse en: médicos, religiosos o espirituales, educativos o de capacitación, recreativos, deportivos u otros
- ❖ Otros apoyos significativos (sustitutivos, no humanos): elementos de apoyo como son los animales, las plantas u objetos significativos (colecciones u objetos específicos) para el participante.

3.7 DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito estadístico de la investigación fue describir. Se estudió a un grupo y se realizó una medición. Se incluyeron variables cuantitativas y cualitativas; la mayoría cualitativas. Para las primeras, la escala fue discontinua y para las segundas, nominal. La muestra fue no probabilística y estuvo constituida por 41 individuos. Se utilizó una base de datos en SPSS versión 11.0 y se emplearon medidas de tendencia central (media, mediana y moda) al igual que medidas de resumen (frecuencias y porcentajes)

3.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento empleado fue el cuestionario de redes sociales “Mis apoyos” de Terán-Trillo (ver anexos); esta validado con un alfa de cronbach de 0.9438. El instrumento consta de:

1. Ficha de identificación: Información sociodemográfica del participante (4 preguntas)
2. Listado de personas que otorgan apoyo: Personas que dan apoyo al participante en orden de importancia y tipo de apoyo que proporcionan (4 preguntas). El instrumento indica 22 apoyos como máximo pero el autor señala que añadir 2 (total 24) en un participante que cuenta con 24 apoyos no es inconveniente para el instrumento ni para el trabajo.
3. Participación en grupos: Existencia o ausencia de participación en grupos del participante y número de personas que conforman los grupos (3 preguntas)
4. Servicios: Acceso del participante a los servicios médicos, religiosos, educativos, recreativos, deportivos u otros (1 pregunta)
5. Otros apoyos significativos: Apoyos no humanos como plantas o animales que pueden ser importantes para el paciente y que, en un momento determinado, “sustituyen” el apoyo humano (1 pregunta)

3.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

El investigador y 5 ayudantes, asistieron al grupo de la tercera edad que se reunió en el Centro de Salud “José Castro Villagrana” de noviembre de 2004 a febrero de 2005. Se realizó un

taller acerca de las redes sociales, del consentimiento informado y de las instrucciones para el llenado del instrumento. Se firmaron los consentimientos informados y se proporcionó apoyo a los participantes durante la contestación del instrumento. La información obtenida se capturó en una base de datos de SPSS versión 11.0 que fue diseñada por el Dr. Raúl Ponce Rosas, se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de resumen (frecuencias y porcentajes).

3.10 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

Para evitar los sesgos, se contó con 6 personas (médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar, previamente capacitados en esta actividad), que supervisarán el llenado de los instrumentos y que resolvieran las dudas de los participantes, se revisó de manera aleatoria la captura de la información.

3.11 PRUEBA PILOTO

Previamente se realizó una prueba piloto con 10 personas de la consulta externa para verificar que la redacción del instrumento fuera adecuada y para su auto aplicación. No se requirieron cambios derivados de la prueba.

3.12 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Se realizó la codificación de datos de las preguntas cerradas, se utilizó una base de datos en SPSS mencionada anteriormente (ver 3.9) y para el análisis estadístico descriptivo de los datos se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) al igual que porcentajes

3.13 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO

Se contó con el apoyo de 6 personas (médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar) para supervisar el llenado de los instrumentos, una persona que capturó los cuestionarios en la base de datos y 2 asesoras de trabajo de tesis. El material empleado fue: computadora, impresora, hojas de papel, lápices y plumas. El instrumento utilizado es creación de la Dra.

Margarita Terán Trillo y la base de datos en SPSS del Dr. Raúl Ponce Rosas. Para la aplicación del instrumento se contó con el área de usos múltiples del Centro de Salud TIII "José Castro Villagrana". El financiamiento fue provisto por la autora de este trabajo.

3.14 CRONOGRAMA

Ver anexos

3.15 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Ley General de Salud en México publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 con última reforma aplicada el 2 de junio de 2004, menciona en el título quinto destinado a la investigación en salud, en su capítulo único, artículo 96, que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan, entre otras, al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos y al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.³⁵ Además, este estudio está en conformidad con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, en Edimburgo, Escocia en octubre de 2000, que en su apartado 10 dice que la labor del médico investigador es el de proteger la vida, la salud, la privacidad y la dignidad de los participantes y que en su apartado 14 afirma que todo protocolo debe contener las consideraciones éticas involucradas y estar alineadas a la declaración.³⁶

El estudio se realizó con la debida información acerca de los objetivos de la investigación y del cuestionario con la aceptación de participación voluntaria de los pacientes, se mantuvieron los nombres en anonimato y no estuvo en riesgo la integridad de los participantes. Al considerar los documentos mencionados en este apartado, esta investigación se considera sin riesgo.

4. RESULTADOS

DATOS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES

Se estudiaron un total de 41 individuos en la fase de retiro y muerte del ciclo de vida.

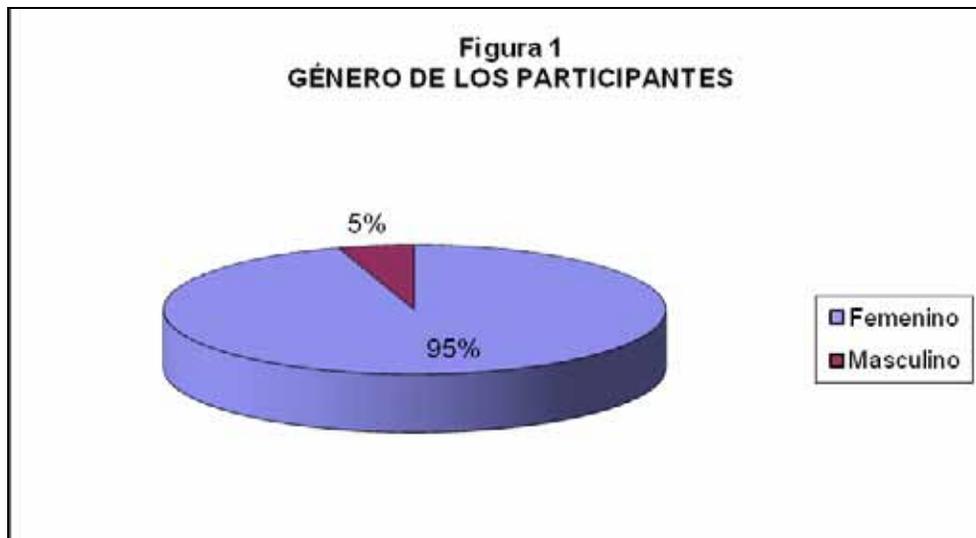
En cuanto a la edad de los participantes, se obtuvo una media de 72.49 años, una mediana de 72 años, una moda de 65 años, una mínima de 62 y una máxima de 93 años.

Se agrupó a los participantes por quinquenios a partir de los 60 años. El mayor porcentaje de participantes se encontró en los rangos de 65 a 69 años y de 70 a 74 años como se puede observar en la tabla 1:

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
60 a 64	3	7.32
65 a 69	12	29.27
70 a 74	12	29.27
75 a 79	9	21.95
80 a 84	3	7.31
85 y más	2	4.88
	41	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

La figura 1 indica el género de los participantes, predominantemente, femenino:



Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

En la tabla 2 se encuentra la información del estado civil de los encuestados:

Tabla 2 ESTADO CIVIL		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	10	24.40
Casado(a)	5	12.20
Viudo(a)	25	61.00
Unión libre	1	2.40
Total	41	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

La ocupación de los participantes fue, predominantemente, el hogar (87.80%); en segundo lugar con 2.40% se encontró a las siguientes ocupaciones: hogar, empleada doméstica, jubilado/pensionada(o), recamarera, profesor y empleada de oficina.

En relación al número de personas que dan apoyo al participante, existió una media de 4.95, una mediana de 4, una moda de 4, una mínima de 1 y una máxima de 24 apoyos. En la tabla 3 se expresa el número de integrantes de la red de apoyo por persona:

Tabla 3 FRECUENCIA DE PERSONAS QUE DAN APOYOS A LOS CASOS ESTUDIADOS		
Número de personas que dan apoyo por caso estudiado	No de casos	Subtotal
1	3	3
2	2	4
3	8	24
4	10	40
5	4	20
6	4	24
7	4	28
8	2	16
9	1	9
10	1	10
24	1	24
Total	42	202

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS

Los 41 (100%) encuestados participan en un grupo de apoyo del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), además, la mayoría se desarrolla en otros grupos. En general, los grupos a los que pertenecen tienen una media de 47.29 integrantes. La principal actividad que realizan en los grupos es el trabajo manual (tejer, pintar)

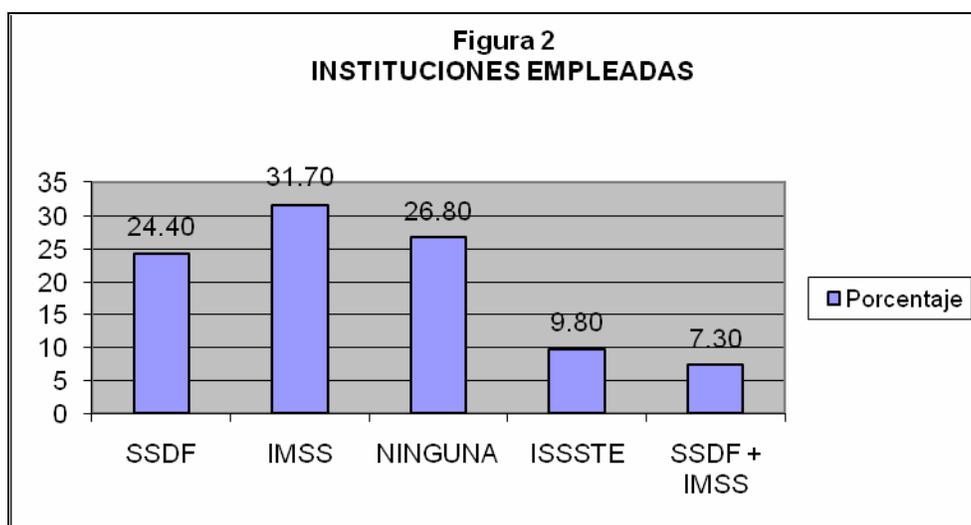
SERVICIOS DE LOS PARTICIPANTES

Servicios utilizados por los participantes (ver tabla 4)

SERVICIOS	Frecuencia	Porcentaje
Servicios médicos	40	97.60
Religioso o espiritual	33	80.50
Educativo o de capacitación	24	58.50
Recreativos	30	73.20
Deportivos	16	39.00
Otros	2	4.90

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

La figura 2 indica las instituciones médicas que emplea el participante:



Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

RED DE APOYO DE LOS PARTICIPANTES

El rango de edad de las personas que se consideran apoyos tiene una mínima de 12 y una máxima de 86 con un promedio de 46.58. El total de apoyos fue de 202. La tabla 5 indica la edad de las personas consideradas como apoyo:

Tabla 5 EDAD DE LAS PERSONAS CONSIDERADAS COMO APOYO		
Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
10 a 14	4	2.00
15 a 19	5	2.40
20 a 24	5	2.40
25 a 29	7	3.40
30 a 34	18	9.00
35 a 39	30	14.80
40 a 44	37	18.30
45 a 49	20	10.00
50 a 54	15	7.40
55 a 59	14	7.00
60 a 64	15	7.40
65 a 69	11	5.40
70 a 74	7	3.50
75 a 79	10	5.00
80 a 84	3	1.50
85 a 89	1	0.50
Total	202	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

Con respecto al parentesco o la relación de los apoyos, destaca por su alto porcentaje, la participación de los hijos de los participantes en la red familiar y el apoyo de la amiga en la red extrafamiliar.(ver tabla 6A y 6B)

Tabla 6A					
TIPO DE PARENTESCO Y GÉNERO DE LA RED DE APOYO DE LOS PARTICIPANTES					
Red de apoyo familiar					
FEMENINO			MASCULINO		
Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Hija	60	29.70	Hijo	55	27.10
Hermana	14	6.90	Hermano	8	4.00
Nuera	6	3.00	Yerno	0	0.00
Nieta	6	3.00	Nieto	10	4.90
Otros	4	2.00	Otros	12	6.00
Subtotal	90	44.6		85	42.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

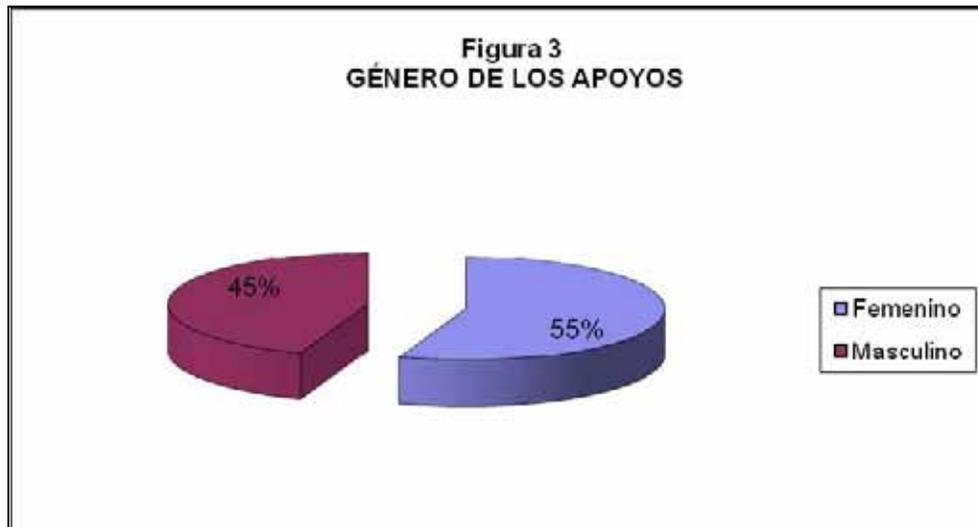
En "otros" se agruparon a la sobrina (frecuencia de 2 =1%), a la esposa (1= 0.50%), a la prima (1=0.50%), sobrino (8=4%), esposo (4=2%) y al primo 0=0%.

Tabla 6B					
TIPO DE PARENTESCO Y GÉNERO DE LA RED DE APOYO DE LOS PARTICIPANTES					
Red de apoyo extrafamiliar					
FEMENINO			MASCULINO		
Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Amiga	15	7.40	Amigo	1	0.50
Vecina	4	2.00	Vecino	0	0.00
Comadre	1	0.50	Compadre	0	0.00
Ahijada	1	0.50	Ahijado	1	0.50
Otros	3	1.50	Otros	1	0.50
Subtotal	24	11.90		3	1.5
Total	114	56.50		88	43.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

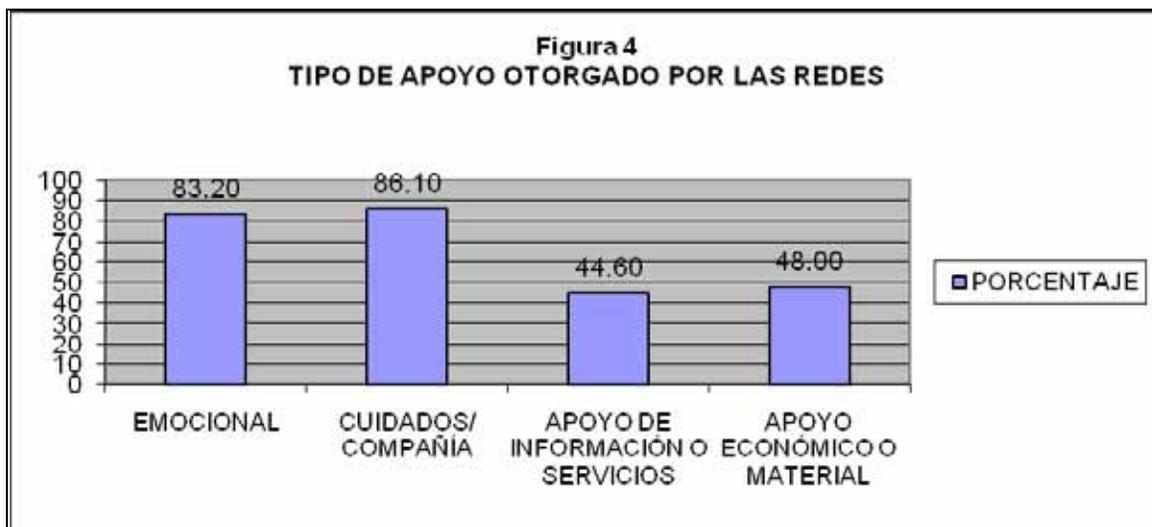
En "otros" se agruparon a la médico (0=0%), trabajadora social (2=1.00%), maestra (1=0.50%), médico (1=0.50%), trabajador social (1=0.50%) y al maestro (0=0%).

Frecuencia de género de los apoyos de los casos estudiados (ver la figura 3)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

La distribución del tipo de apoyo se expresa en la figura 4:

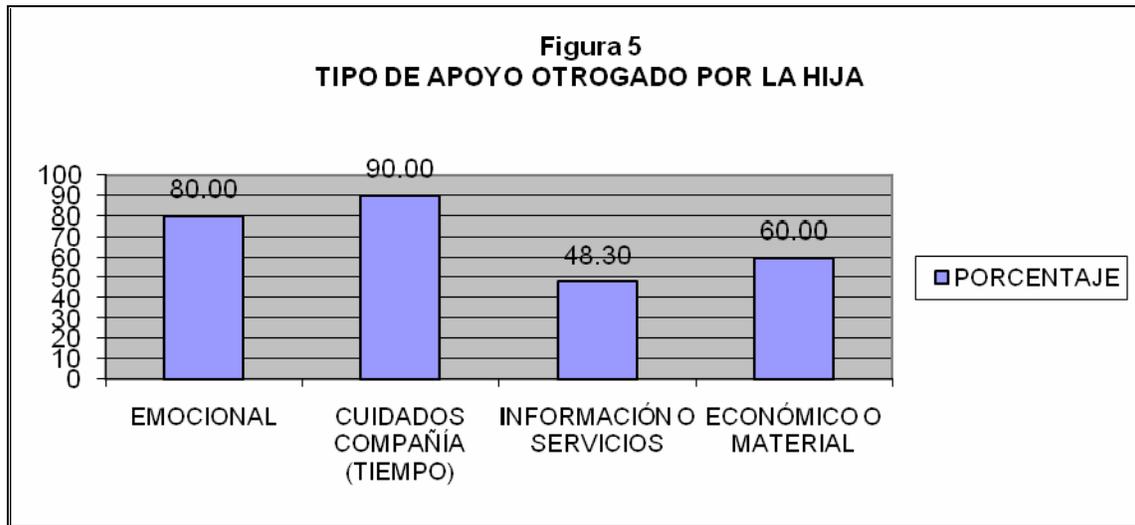


Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

PRINCIPALES APOYOS DE ACUERDO AL PARENTESCO O RELACIÓN

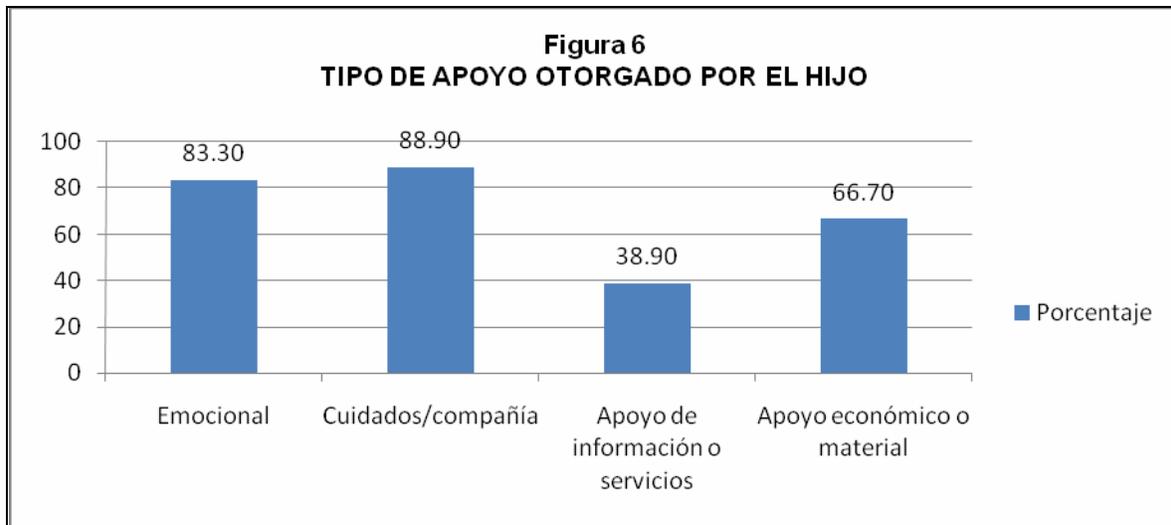
Los principales apoyos encontrados son las hijas e hijos que, por mucho, sobrepasan el apoyo de otros individuos.

La hija tiene un mínimo de 30 años, un máximo de 70 años y un promedio de 44.60 años, edad productiva. El tipo de apoyo otorgado se indica en la figura 5:



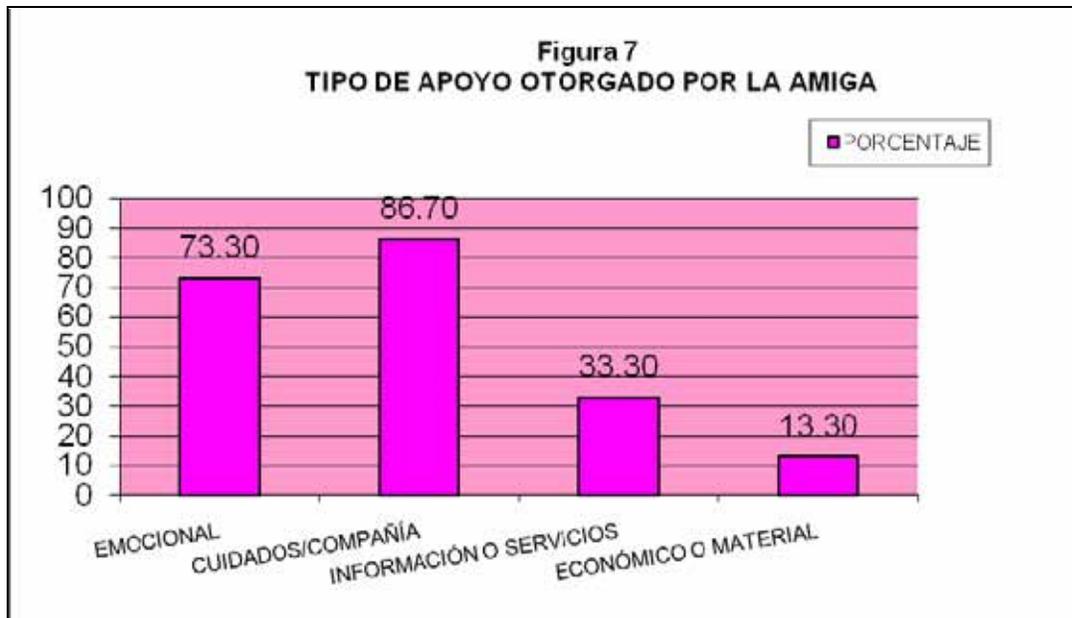
Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

La edad del hijo tiene una mínima de 28, una máxima de 78 y una media de 42.48 años. El tipo de apoyo se detalla en la figura 6:



Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

El tercer apoyo en orden de presentación es la amiga que tiene un mínimo de 38 años, un máximo de 78 y una media de 67.2 años. El tipo de apoyo se indica en la figura 7:



Fuente: Instrumento de recolecci3n de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. Jos3 Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

Las otras personas que otorgaron apoyo a los participantes est3n divididas en aquellas que pertenecen a la red familiar y en las que conforman la red extrafamiliar; tabla 8A y 8B respectivamente. En las tablas se indica las edades promedio de los apoyos y el tipo de apoyo que proporcionaron.

Tabla 8A			
APOYOS ADICIONALES DESCRITOS EN LA RED FAMILIAR			
PERSONA	EDAD PROMEDIO	TIPO DE APOYO PRINCIPAL	Porcentaje (%)
Hermana	67.50	Cuidados/compañía	85.70
Nieto	18.30	Emocional	90.00
Hermano	56.50	Emocional	100.00
Sobrino	39.50	Emocional	75.00
Nuera	38.30	Cuidados/compañía	100.00
Nieta	20.83	Emocional	100.00
Esposo	67.00	Económico/material	100.00
Sobrina	33.50	Emocional, cuidados/compañía, económico/material	100.00
Prima	77.00	Emocional, cuidados/compañía, información/servicios	100.00
Esposa	63.00	Emocional	100.00

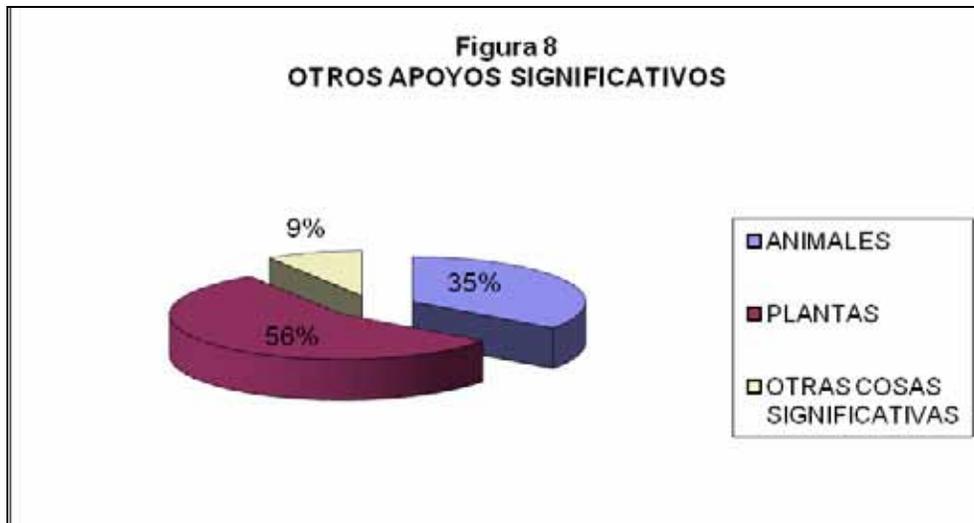
Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

Tabla 8B			
APOYOS ADICIONALES DE LA RED EXTRAFAMILIAR			
PERSONA	EDAD PROMEDIO	TIPO DE APOYO PRINCIPAL	Porcentaje (%)
Vecina	72.50	Emocional	75.00
Trabajador social	35.00	Emocional cuidados/compañía, información/servicios	100.00
Amigo	80.00	Emocional, cuidados/compañía	100.00
Comadre	61.00	Emocional, cuidados/compañía, información/servicios	100.00
Ahijado	35.00	Emocional, cuidados/compañía, información/servicios	100.00
Ahijada	40.00	Emocional, cuidados/compañía, información/servicios	100.00
Maestra	52.00	Emocional, cuidados/compañía, información/servicios	100.00
Médico	40.00	Emocional, cuidados/compañía, información/servicios	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

OTROS APOYOS SIGNIFICATIVOS

La figura 8 indica los porcentajes de otros apoyos significativos no humanos como animales, plantas o colecciones que tienen los participantes:



Fuente: Instrumento de recolección de datos. n=41 integrantes del grupo de adultos mayores del C.S. TIII "Dr. José Castro Villagrana", noviembre de 2004 a febrero de 2005

5. DISCUSIÓN

Existen estudios que han analizado algunos aspectos que se consideran en el presente trabajo de investigación:

En lo relacionado con los participantes, este trabajo reportó que los adultos mayores tuvieron una media de edad de 72.49 años. Un estudio de la Dra. Terán Trillo que analizó las redes sociales de los enfermos del servicio de geriatría del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE³⁷ indicó que la mayoría de los estudiados estuvo entre los 79 y los 89 años de edad³⁷. El autor Robles estudió las redes y el apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara; sus resultados mostraron que la edad promedio de los participantes fue de 75 años de edad. En cuanto a género, los resultados de los 3 estudios reforzaron lo encontrado en estudios sobre población en etapa de vejez, que muestra un predominio de mujeres. En el presente estudio se registró la participación del género femenino en un 95%, Terán Trillo reporta un 74%³⁷ y Robles un 65% de mujeres³⁰. El grupo estudiado en este trabajo de investigación, 41 adultos mayores, tuvo características similares a las descritas en la etapa de retiro y muerte de la clasificación de Geyman para ciclo de vida: viudez (61%) y dedicados al hogar (ocupación no remunerada, 87.90%). Por su parte, el estudio Terán Trillo reportó el estado de viudez en 64%³⁷ de los adultos mayores y Robles 47.5%³⁰.

Se estudiaron los servicios de apoyo de los participantes y la red institucional. Este trabajo de investigación, Terán Trillo y Robles indican una cobertura de servicios médicos de más del 96%. En este trabajo de investigación se identificó dispendio de los servicios; un 48.8% tiene acceso a otros servicios médicos diferentes a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Terán Trillo reportó que un 98% tuvo otros servicios médicos diferentes al ISSSTE, entre ellos privados. Esto, posiblemente, se debe, entre otras causas, a que los participantes tienen familiares que los aseguran en diferentes instituciones.

En cuanto a la participación en actividades religiosas o espirituales, esta tesis reportó 80.5% y el estudio Terán Trillo, 62%; con respecto a lo educativo o de capacitación, 58% y 16% de participación respectivamente y, en relación a lo recreativo, 73.2% este estudio de tesis y 18% en el del Terán Trillo. Para ambos trabajos, se encontró una limitada participación en actividades deportivas ya que solo el 39% (trabajo de investigación) y el 12% (Terán Trillo) realizaron este tipo de actividad, probablemente, se debió a las mermas en la salud que los pacientes geriátricos tienden a experimentar. Lisa Berkman, quien ha dedicado gran parte de su trabajo al estudio de las redes sociales en salud, observó en un seguimiento de 9 años que los adultos mayores que eran miembros de grupos religiosos y no religiosos tuvieron una menor tasa de mortalidad que aquellos que no socializaban de esa manera⁴⁰.

Al analizar los apoyos de los participantes, la media de personas que proporcionaron apoyo fue 4.95; existió un máximo de 24 y un mínimo de 1 integrante en la red; en tanto que, Terán Trillo encontró un promedio mayor con una media de 7.6, un mínimo de 2 y un máximo de 22³⁷. Robles registró un promedio de 7.5 integrantes (rango de 2 a 16 integrantes)³⁰. Un estudio de la red personal en cuidadores de pacientes con Alzheimer reportó un promedio de 4 personas en la red social de los participantes. Una posible explicación para la diferencia en la media de apoyos es que los pacientes sanos que colaboraron en este trabajo de tesis son suficientemente sanos e independientes para participar en un grupo de ayuda mutua y requieren de una menor red de apoyo; también es probable que la independencia contribuya a subestimar la ayuda real que los participantes reciben. Los pacientes que atraviesan por crisis de salud transitorias como es el caso de los pacientes del estudio de Terán Trillo, pueden tener una red mayor porque sus apoyos se

aglutinan, también, de manera transitoria. Sin embargo, en padecimientos crónicos, irreversibles y progresivos como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, es posible que la red se refracte notablemente como consta en el estudio mencionado.

En todos los estudios, el género de las personas que proporcionaron los apoyos es predominantemente femenino. En relación con la edad promedio de los apoyos, esta tesis reportó 46.58 con mínima de 12, el trabajo del Terán Trillo indicó 45.3 años con una mínima de 3³⁷ y el estudio de enfermedad de Alzheimer afirmó que la mayoría de los cuidadores se encontró en los rangos de 40 a 59 años de edad (66.8%)³⁸. Los apoyos de cortas edades, si bien no aportan económicamente, su trascendencia radica en que pueden llegar a ser alicientes afectivos y de compañía para los entrevistados.

El tipo de apoyo reportado tuvo variantes; el del presente trabajo reportó en primer lugar los cuidados y compañía (86.10%) y el del Terán Trillo el afecto y la confianza (95.29%)³⁷.

Con excepción del estudio de Berkman, todos los estudios mencionados identifican como principales apoyos de los participantes a las hijas y a los hijos en primer y segundo lugar en orden de importancia (58.8% en este estudio, 39.8% en el estudio del Terán³⁷, 82.5% en los resultados de Robles³⁰ y 72.2% el de enfermedad de Alzheimer³⁸). Los padres, tradicionalmente, proporcionan apoyo a sus hijos desde su nacimiento; en la etapa de retiro y muerte del ciclo de vida individual, se revierte en ciertas maneras esa relación.

Al analizar la red extrafamiliar, existió una marcada diferencia entre la participación de la red familiar y la extrafamiliar. En este estudio, el tercer lugar en frecuencia de apoyo fue para la amiga con un 7.4%. La edad promedio de la amiga fue de 67.2 años; los individuos tienden a asociarse con sus pares ya que atraviesan por circunstancias semejantes. Fue la amiga quien proporcionó más apoyo de cuidado y de afecto que de información, de servicios o de recursos económicos. El estudio de Terán reportó que la relación de amistad se percibió en sólo un 6% de los encuestados, que también guarda relación con aspectos de proximidad en edad, en donde ya existen múltiples pérdidas por defunciones, cambios de domicilio, dificultad para trasladarse, etcétera. Los participantes de este estudio son del medio urbano que, en general, restringe las relaciones vecinales. Robles reportó una mayor participación de los amigos: 30%.

En relación a los otros apoyos significativos o sustitutivos, los que se presentan con mas frecuencia son las plantas (90.2%), seguidos de los animales (56.10%). Es probable que esto se deba a que la mayoría de los participantes son mujeres y ellas tienden a cuidar de la flora de manera tradicional. Las otras cosas significativas hacen referencia a colecciones de objetos, a fotografías, a música etc.

Un estudio, comparó 3 poblaciones de los países Costa Rica, Inglaterra y España. La población más semejante a la nuestra es la Costarricense que cuenta con las siguientes características: presentan bajos niveles de depresión, el apoyo social se realiza, fundamentalmente, a través de redes informales; sufren mayores problemas instrumentales, las redes familiares muestran en mayor medida su fortaleza conforme empeora la salud de los adultos mayores, coresidencia intergeneracional, redes familiares más fuertes, pero es también en ellas en las que dicha fortaleza muestra efectos positivos menos claros³⁹.

Este trabajo de investigación, sin duda, tuvo limitaciones y sesgos como la inclusión de una muestra no probabilística y no representativa de los adultos mayores, la falta de inclusión de pruebas estadísticas que le darían mayor fortaleza al trabajo, la demora entre el tiempo de aplicación y de culminación de la tesis, entre otras. Sin embargo, es posible llegar a las siguientes conclusiones.

6. CONCLUSIONES

1. La red social en medicina es considerada como un elemento que se da por hecho que existe pero rara vez es analizada a detalle. La medicina familiar tiene un mayor acercamiento a ella a través del familiograma pero debido a que éste sólo incluye a la familia, deja fuera a la red extrafamiliar que llega a tener destacados desempeños.
2. La población estudiada estuvo constituida en su mayoría por mujeres, viudas, dedicadas al hogar.

3. La red social del grupo en estudio tuvo un promedio de apoyos de 4.95; con una participación del género femenino del 55.5%. Los apoyos más significativos fueron proporcionados por las hijas y los hijos (56.8%) de los encuestados seguidos por los amigos (7.40) y las hermanas (6.9%). La red social del grupo resultó con una mayoría de los apoyos emocional y de cuidados, con menor frecuencia otorgaron información y algunos proporcionaron apoyo económico.
4. En relación a la red de instituciones y servicios, existió una gran concurrencia en los servicios médicos, religiosos y recreativos.
5. Se propone que las redes identificadas en este trabajo de investigación sean fortalecidas para mejorar la salud de los participantes.
6. Se requieren estrategias para optimizar los servicios médicos
7. Ante la prolongación de la esperanza de vida y del aumento de las enfermedades crónicas y/o degenerativas, se requieren adecuaciones en el programa académico del médico en formación, que favorezcan la debida capacitación en la atención al adulto mayor. Por otro lado, el médico general y familiar ya formados requieren tener apoyo de las instituciones para su actualización en geriatría y gerontología, ya que son ellos quienes atienden a los pacientes mayores, en una atención continua y con enfoque preventivo.
8. Finalmente, la identificación de las redes sociales del adulto mayor representa una herramienta en y para la salud así como el inicio del proceso de reconstrucción, mantenimiento y ampliación de las redes. Este trabajo describe las características de los participantes y de sus redes de apoyo y da pauta a la generación de mejoras para fortalecer a ese individuo que ha andado tanto: el adulto mayor.

7. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Romero-Centeno M. Demografía de la Vejez. En Asili N. Vida Plena en la Vejez. 1ª ed. México. Pax México; 2004, 2 – 16.
2. IMSERSO. Autonomía Social y Dependencia. Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España. Consultado en septiembre de 2007. Disponible en URL:http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/1_dependencia.html
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Dinámica de la población por quinquenios. Consultado en septiembre 2007. (3 pantallas). Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx>
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Tasa global de fecundidad. Consultado en enero 2008. (2 pantallas). Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx>
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Esperanza de vida. Consultado en febrero de 2008. (1 pantalla). Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx>
6. Wash F. Normal Family Proceses 2da ed. Nueva York. Editorial The Gilford Press. 1993, p 282-309.
7. Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ªed. México. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2000, p 25-31.
8. Escobar PE. El niño sano. 1ª ed. México. Manual Moderno. 2001,557-560.
9. Medalie J. Medicina Familiar: Principios y práctica. 2da ed. México. Editorial Limusa. 1987.
10. Benson MJ. Bridgging the Individual and the Family: Journal of Marriage and the Family. New York. 1995. p561-566.
11. Huerta GJ. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. 1ª Ed. México. Editorial
12. Losso R. Psicoanálisis de la familia. 1ª ed. Argentina. Editorial Lumen. 2001. p104-108
13. Zarra M. Principios de la Atención Primaria de la Salud. 3º edición. pp79.
14. Kübler-Ross, E. Fases del duelo. Consultado en agosto 2006 Disponible en URL: http://donacion.organos.ua.es/info_sanitaria/proceso/el_duelo2.htm. (1 pantalla) Citado en agosto 2006.
15. Baile de Salón y Relaciones Sociales Entre Ancianos. La Cultura de la Ancianidad. Consultado en febrero 2005. (30 pantallas). Disponible en URL:<http://www.redcracion.org/documentos/conreso7/LJaramillo.html>
16. Como Tratar a los Ancianos. Respeto, Atención, Cariño e Integración en la Vida de Cada Día. Consultado en febrero 2005. (8 pantallas). Disponible en URL: <http://www.revista.consumer.es/web/es/20001001/interiormente/30114.php>
17. Sánchez-Vera P. Sociedad y Población Anciana. 1ª ed. España. Imprenta Regional de Murcia. 1989; p 181-188.
18. González-Pérez R. Relaciones Familiares y Sociales en la Vejez. En Asili N. Vida Plena en la Vejez. 1ª ed. México. Pax México; 2004, 190-206, 268-270.
19. Zettel LA. Substitution and Compensation in the Social Networks of Older Widowed Women. Psychology and Aging. 2004 19(3):433-443.
20. Chadi M. Redes Sociales en el Trabajo Social. 1ª ed. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2000, p 23-55
21. Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Fernández-Ortega MA, Gómez-Clavelina FJ. Redes Sociales en la Atención Médica Familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2): 35-44.
22. Terán-Trillo M. Las redes sociales en atención a la salud. En: Arteaga-Basurto C, Solís-San Vicente S, coordinadores. La política social en la transición. 1ª ed. México: D.R Plaza y Valdes; 2000. p. 295-307.
23. Dabas N. La Intervención en red. En Dabas N. Red de Redes. 1ª ed. Argentina. Paidos, 1993, p15-31.
24. De la Revilla-Ahumada L, Fleitas L. El Apoyo Social y la Atención Primaria de Salud. Aten Primaria 1991; 8(9): 664-666.

25. Tamez-González S, Molina-Arechiga N, Zepeda-Zepeda MA. Redes Sociales, Apoyo y Salud: Una Relación Promisoria Dentro de un Contexto de Equidad. En ¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad. Herramientas para la Promoción de la Salud. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) / OPS. México. 1998. p. 168-185
26. Scott A, Wenger G. Género y Redes de Apoyo Social en la Vejez. En: Arbor S, Ginn J. Relación entre Género y Envejecimiento. 1ra ed. España. Narcea. 1994, p 221-239.
27. Jaramillo-Echeverry LG, Gómez-Taborda E, Zuluaga Gómez MP. El Baile de Salón Como Ejercicio Físico en los Ancianos que Asisten a la Caja de Compensación Familiar (Confamiliares) de la Ciudad de Manizales. Revista Digital 2000;5(28):35.
28. Sluzki CE. La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. 1ª ed. España. Gedisa, S.A. 1998, p 48-54, 113-116.
29. Albarracín D, Goldstein E. Redes de Apoyo Social y Envejecimiento Humano. En Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI de España. 1994. pp. 373-398.
30. Robles L, Rizo-Curiel G, Camarena-G LM, Cervantes-Coles L, Gómez-Medrano MS, Siordia-González M. Redes de Apoyo Social en Ancianos Enfermos de Escasos Recursos en Guadalajara, México. Cuadernos de Salud Pública 2000 16(2):557-560.
31. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Porcentaje de defunciones generales por sexo y principales causas. Consultado en septiembre de 2007. (1 pantalla). Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx>
32. Guibert-Reyes W, Sánchez-Cruz DR. Ancianos con Intento Suicida en el Municipio 10 de Octubre. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001;39(2):126-35.
33. Doherty N, Feeney JA. The Composition of Attachment Networks Throughout the Adult Years. Personal Relationships. 2004 11(4):469-488.
34. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol I. 15ªed. México. McGraw-Hill Interamericana Editores. 2002. p45-48.
35. Ley General de Salud. Consultado en septiembre de 2007. (128 pantallas). Disponible en la URL: http://www.cdi.gob.mx/derechos/vigencia/ley_general_salud.pdf
36. World Medical Association Declaration of Helsinki. Consultado en septiembre de 2007. (3 pantallas). Disponible en URL: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
37. Terán-Trillo M. Participación de las mujeres en redes sociales de enfermos atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en la Ciudad de México, México. Consultado en enero de 2008. (5 pantallas). Disponible en URL: <http://gmexico.colmex.mx/textos/Ter%C3%A1nGM%C3%A9xico07.pdf>
38. Terán-Trillo M. Estudio de red personal en cuidadores de pacientes con alzheimer. Consultado en enero de 2008. (13 cuartillas). Disponible en URL: <http://209.85.173.104/search?q=cache:IHLjFo6Fw2oJ:revista-redes.rediris.es/webredes/vmesahispana/alzheimer.doc+ESTUDIO+DE+RED+PERSONAL+EN+CUIDADORES+DE+PACIENTES+CON+ALZHEIMER&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx>
39. Puga D, Rosero-Bixby L. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 5, número 1, artículo 1, jul - dic 2007
40. Berkman, I. F. & Syme, S. L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County Residents. *Am. J. Epidemiol.*, 109:186-204, 1979.
41. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol I. 15ªed. México. McGraw-Hill Interamericana Editores. 2002. p45-48.

8. ANEXOS

Mis apoyos

Terán-Trillo y Olivera-López

Este cuestionario es para identificar los distintos apoyos sociales con los que cuenta una persona, a partir de sus relaciones significativas y de intercambio.

Por tratarse de aspectos personales, se requiere de su participación voluntaria y sincera. Si durante el proceso de aplicación, usted considera que algún dato de la información requerida le causa molestia o simplemente no desea contestar, puede dejarlo en blanco.*

Agradecemos su consentimiento y participación.

A) Datos personales

Nombre: _____
Sexo: F M Edad: _____ Estado civil: _____
Ocupaciones: _____ Teléfono: _____

B) Lista de personas que me dan distintos apoyos

Núm	Nombre	Edad	Parentesco o relación	Tipo de apoyos			
				Tiempo	Emocional	Información o servicios	Económico o material
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

* Consentimiento informado.

Otras personas que me dan distintos apoyos

Núm	Nombre	Edad	Parentesco o relación	Tipo de apoyos			
				Tiempo	Emocional	Información o servicios	Económico o material
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

C) Participo en grupos: No Sí
 Número aproximado de personas que lo integramos _____

Nombre del grupo	Principales actividades que realizamos
1.	
2.	
3.	

D) Cuento con servicios	Sí	No
Médicos		
Religiosos, espirituales		
Educativos o de capacitación		
Recreativos		
Deportivos		
Otros ¿Cuáles?		

E) Tengo	Sí	No
Animales		
Plantas		
Otras cosas significativas		

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
"REDES DE APOYO EN LA FASE DE RETIRO Y MUERTE DEL CICLO DE VIDA
FAMILIAR"

Yo, _____,
(nombre completo)

en pleno uso de mis facultades mentales, acepto que:

- se me han informado los objetivos de esta investigación y del cuestionario
- se me ha informado que se me mantendrá en el anonimato
- se me ha informado que no se lesionara en ninguna forma mi integridad
- estoy participando de manera voluntaria en este proyecto

México D. F. a ____ de _____ de _____

Firma